Проблемы лекарственных подходов к терапии больных с соматоформными расстройствами

**Введение**  
   Одной из ключевых задач при создании современной диагностической классификация психических расстройств МКБ-10 было стремление к формированию гомогенных клинических популяций для терапевтических рекомендаций и фармакологических исследований. В то же время, видимо, нельзя быть уверенным в том, что эта важная работа исчерпывающе отвечает на все актуальные клинические вопросы. Опыт применения этой классификации показывает, что пациенты, которым выставлен одинаковый диагноз в современной диагностической системе, совсем не обязательно действительно имеют сходную патологию и требуют одинакового терапевтического подхода.  
   Для пациентов, чье страдание клинически представлено в основном соматическими симптомами, диагностический путь и терапевтический выбор осложняются известной "конкуренцией" между интернистами и психиатрами. И для ин-тернистов и для психиатров эта группа пациентов остается плохо понимаемой, несмотря на регулярные попытки установить консенсус.  
   Позиция интернистов складывается из следующих составляющих:

* Расстройства, не находящие исчерпывающего объяснения при медицинском обследовании, квалифицируются как функциональные.
* Несмотря на поиски специфических нарушений субстрата, эти исследования не находят отражения в терапевтических подходах к лечению функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта.
* В фокусе диагностического анализа интерниста находятся соматические симптомы, в то время как психические симптомы обесцениваются или рассматриваются в качестве вторичных по отношению к соматическим.
* Формально декларируется связь между психическими и соматическими симптомами, фактически эта связь рассматривается как ассоциативная (коморбидная в узком смысле), но не функциональная.
* Интерес исследователей смещается от классификационных проблем к терапевтическим подходам, симптоматическим по своей сути.

Позиция психиатров:

* Соматические симптомы, не находящие исчерпывающего объяснения при медицинском обследовании, предположительно рассматриваются как соматизированные.
* Целостное состояние пациента, в понимании психиатра, выходит за рамки его актуальных соматических жалоб.
* Соматические жалобы являются знаком психического страдания пациента.
* Психиатр редко ограничивается констатацией сомато-формного расстройства (СР), стремясь установить "нозологические" рамки состояния: невроз, циклотимия, истерия, ипохондрия и т. д. Следовательно, СР является для психиатра производным какого-то первичного психического расстройства.
* В фокусе диагностического поиска находятся гипотезы, относящие СР к другому "основному" психическому расстройству.
* Терапевтические подходы определяются диагностической гипотезой.

   Таким образом, на сегодняшний день отсутствует согласованная общемедицинская позиция на счет терапии пациентов с указанным типом расстройств.  
   Врачи общей практики нередко оказываются разочарованными неубедительными результатами лечения, а также отсутствием медикаментов, предотвращающих экзацерба-цию хронически текущих состояний. На сегодняшний день, видимо, нет пользующихся общим одобрением методов терапии функциональных заболеваний.  
   Что касается психиатров, то рекомендации по терапии СР также являются предварительными и не подкреплены корректными контролируемыми психофармакологическими исследованиями.

**Теоретические предпосылки к психофармакотерапии СР**В большинстве руководств по биологической терапии психических расстройств раздел по лечению СР либо содержит негативную информацию об отсутствии проверенных эффективных методов терапии, либо такой рубрики нет вообще. Так, в обширном руководстве по психофармакологии под редакцией Schatzberg и Nemeroff (1998) данных по терапии СР нет. Kaplan и Sadock (1997) рекомендуют с осторожностью назначать таким пациентам психотропные средства. Даже в работах, специально посвященных этой проблеме Kellner (1996), указано, что рекомендации по терапии в этой области являются лишь предварительными и будут меняться в ходе дальнейших исследований в этой области.  
   Терапевтическая неудовлетворенность закономерно согласуется с неудовлетворенностью диагностической. Эта неудовлетворенность выражается в нескольких мнениях:

* Выделение СР как "наднозологической патологии" имеет отрицательную сторону в том плане, что предполагает проведение лечения соответствующих расстройств без учета их нозологии. Такой подход сторонники этого взгляда на терапию психических расстройств считают ошибочным.  
  Большинство исследователей основной психофармакологической мишенью обозначают проявления расстройства настроения и тревоги коморбидные соматоформным симптомам. Концепция "коморбидности" - удачный методологический ход для исследователя, обеспечивающий ему позицию нейтральности по вопросу качественных связей между симптомами симптома. В рамках такого подхода первостепенной является задача по контролю "сосуществующих" с соматическими психическими симптомами.
* Следующий подход к проблеме психотропной терапии СР основан на понимании соматического симптома как клинического фасада "маскированного" психопатологического синдрома. Обычно речь идет о депрессии или тревоге. Таким образом, в рамках такого подхода нет существенной разницы между терапией СР и клинически скрытого им синдрома.
* Другая группа исследователей предлагает свой подход к клинической концептуализации расстройств в широком смысле именуемых соматизацией. И следуя этим концепциям, составляют терапевтические рекомендации.

  Характеризуя весь спектр исследований, посвященных проблемам означенных расстройств, можно выделить два рода таких работ. К первому относятся работы, посвященые клинической теории. В них проблемы фармакотерапии занимают подчиненное положение. Ко второму относятся работы, в которых описываются результаты по эффективности и безопасности конкретного лекарственного препарата, что также не вполне отвечает на вопрос об общих психофармакологических возможностях в этой группе пациентов.

**Клинико-терапевтические факты**При анализе разнообразных данных по терапии СР выделяются следующие клинические группы, видимо, принципиально различно реагирующие на психотропную терапию: 1) пациенты, удовлетворяющие критериям расстройства по типу соматизации согласно критериям МКБ-10 (трактуемые так же, как пациенты с соматической презентацией тревожного расстройства или расстройства настроения); 2) пациенты, чье состояние может быть квалифицировано как упорная соматоформная боль по МКБ-10 (часто таких пациентов рассматривают, как пациентов с идиопати-ческой болью); 3) пациенты с соматоформной вегетативной дисфункцией по МКБ-10 (пациенты с преобладанием в картине болезни функциональных соматических расстройств).  
   Пациенты с расстройством по типу соматизации являются, видимо, наиболее частым объектом исследований психиатров из всей группы СР. Известно, что это расстройство имеет тенденцию к хроническому, фазному течению. Обострения, как правило, приходятся на весенне-осенний период. Клинические гипотезы связывают эти состояния с рекуррентной депрессией, но в то же время имеются убедительные данные о значительном вкладе расстройства личности в формирование и течение расстройства.  
   Своеобразие терапии этих пациентов в общей практике связано с противоречивым ответом на симптоматическую терапию:

* парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций;
* тенденция к смене ведущего соматического синдрома (от обострения к обострению, а иногда и в рамках одной фазы);
* нестойкость полученного терапевтического эффекта;
* склонность к идиосинкразическим реакциям.

   Использование психотропных средств выявляет преимущества антидепрессантов. Выбор группы антидепрессантов определяется только спектром побочных эффектов и индивидуальной переносимостью пациента.  
   Одно из редких исследований по сравнительной эффективности лекарственной терапии расстройств настроения и тревожного расстройства, проведенное Z.Lipowski, не обнаружило различия между пациентами с преобладанием соматического ряда нарушений по сравнению с группой пациентов, у которых преобладали эмоциональные проявления расстройства.  
   Касаясь побочных эффектов терапии, необходимо отметить, что пациенты с СР склонны преувеличивать тяжесть побочных эффектов, принимая их за ухудшение тех соматических симптомов, на которые направлена терапия. У таких больных часто выявляются реакции непереносимости, которые при детальном анализе нередко оказываются острыми тревожными эпизодами, осложненными вегетативной дисфункцией и деперсонализацией.  
   Первые эффекты от терапии антидепрессантами развиваются редко раньше 2-3-й недель терапии средними терапевтическими дозами, рекомендуемыми для меланхолических депрессий. Терапевтический курс имеет смысл продолжать до ожидаемого обострения в соответствии с тактикой противорецидивной антидепрессивной терапии. Ориентиром для оценки эффекта лечения могут служить в равной степени и психический, и соматический ряд расстройств.  
   Использование транквилизаторов имеет значение на этапе развития и становления эффектов антидепрессантов, но в целом не должно иметь самостоятельного места в терапевтической стратегии.  
   Пациенты с упорной соматоформной болью являются, видимо, наиболее сложными в аспекте фармакотерапии. Нередко медицинская помощь наносит этим пациентам больше урона, чем пользы. Эти пациенты проходят сложные диагностические процедуры, нередко врачи склоняются к операционному лечению, здесь часты случаи зависимости от аналгезирующих средств.  
   Пациенты с идиопатической болью почти никогда не способны принять мысль о психической природе мучительных соматических ощущений. Поэтому они очень редко сотрудничают с психиатром. Тесный и доверительный контакт между врачом общей практики и психиатром в этом случае особенно важен.  
   Ответ на психофармакотерапию отличается от привычных стандартов для развития контроля над соответствующими психическими симптомами антидепрессантами или ан-типсихотиками. Нередко пациенты получают временное облегчение от нетрадиционных методов терапии или в результате инвазивных терапевтических вмешательств (хирургическое лечение).  
   Видимо, антидепрессанты имеют преимущество уже потому, что с их помощью удается улучшить сон, аппетит, облегчить суицидальные тенденции, нередко обнаруживаемые у пациентов с упорной соматоформной болью.  
   В ходе длительного курса антидепрессивной терапии отмечается диссоциация между психическим и алгическим рядами расстройств. Облегчение психических симптомов приводит зачастую лишь к определенной адаптации к болевой симптоматике.  
   К сожалению, нам не удалось найти данные о рандомизированных исследованиях с контрольными группами, в которых бы подтверждалась эффективность той или иной терапевтической тактики. Существует предположение о сходстве терапевтической динамики болевого СР и панического расстройства, также являющейся сложной для терапии задачей. Известно, что сроки ожидания признаков контроля над тревожной симптоматикой при паническом расстройстве могут быть расширены до 12-16 нед, а на развитие и закрепление эффекта уходит более 6 мес. Длительные сроки, необходимые для развития эффекта, вкупе с высокой озабоченностью пациента соматическим состоянием и часто разочаровывающим опытом предыдущих обращений к медикам делают лечение таких пациентов настоящим испытанием для врача.  
   Пациенты с соматоформной вегетативной дисфункцией, возможно, получают выраженное облегчение от любых средств, обладающих седативной активностью, и в этом напоминают пациентов с клинической картиной по типу гене-рализованного тревожного расстройства.  
   Объективно состояние пациентов, как правило, значительно шире, чем актуальные жалобы пациента, сгруппированные вокруг расстройства той или иной функции. Терапевтическая стратегия для психофармакотерапии определяется выявляемыми при кропотливом клиническом анализе "основными" психическими расстройствами.

**Заключение**Понимание терапевтических границ и возможностей психофармакотерапии застрахует пациента от ятрогенных проблем, связанных с необоснованными назначениями лекарств, и врача от фрустрации, обусловленной чрезмерными ожиданиями.  
   Основной проблемой в терапии этой клинически не вполне понятной группы остаются диагностические сложности, связанные с определением терапевтической цели. В этой связи актуальными являются следующие вопросы:

* Какие качественные связи существуют между соматическим и психическим рядами расстройств?
* Какое влияние оказывает психофармакотерапия на эти связи?
* В какой степени симптомы соматоформного расстройства являются достижимыми для психофармакологических средств?

Возможно, продолжение специально ориентированных на решение этих задач исследований приведет к созданию корректных терапевтических рекомендаций для лекарственного лечения пациентов с СР.

**Литература**

  1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. In International Classification of Diseases (Tenth revision). Geneva: Division of Mental Health, WHO, 1992.  
   2. Hollander E. Obsessive-compulsive related disorder//American Psychiatric Press, Inc., Washington, D. C., 1993.  
   3. Murphy M. Classification of the Somatoform Disorders. In Somatization: Physical Symptoms and Psychological Illness (Edited by Bass C). Oxford: Blackwells, 1990.   
   4. Tyrer P. Somatoform and Personality Disorders: Personality and the Soma. J Psychosomatic Research 1995; 39(4): 395 7.  
   5. Williams JBW, Sitzer RL. Idiopathic pain disorder: A critique of pain-prone disoder and a proposal for a revision of the DSM-3 category psychogenic pain disorder. J Nerv Ment Dis 1982; 8: 415 19.  
   6. Bass C., Murphy M.: Somatoform and Personality Disorders: Syndromal Comorbidity Overlapping Developmental Pathways. Journal of psychosomatic research 1995; 39(4): 4403 27.  
   7. Dubovsky S. L., Thomas M. Beyond specificity: effects of serotonin and serotonergic treatments on psychobiological dysfunction. Journal of psychosomatic research1995; 39(4): 429 44.  
   8. Ануфриев А.К., Остроглазов В.Г., Пограничные психопатологические состояния в общемедицинской практике, М., 1988.   
   9. Katon W. Depression: Somatization and social factors//J Fam Pract 1988; 27(6): 579 80.  
   10. Wise T.N. The somatising patient//Ann Clin Psychiat 1992; 4: 9 17.   
   11. Angst J., Merirkangas K., Sheidegger P., Wicki W. Recurrent brief depression: A new subtype of affective disorder//J Affect Disord 1990; 19: 887 98.  
   12. Merskey H, Spear F.G., Pain. Psychological and Psychiatric aspects. London: Balliere, Tindall and Cassel, 1967.  
   13. Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Спорные вопросы в проблеме соматоформных и смежных расстройств. Журн. невропатол. и психиатр. 1996; 96(4).  
   14. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. С. 428 449.  
   15. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Соколовская Л.В. Психопатологическая характеристика динамики и исходов астении//Журн. невропатол. и психиатр. 1991; 91(5): 100 3.  
   16. Kellner R. Treatment Approaches to Somatizing and Hypochondriacal Patients. Current Concept of Somatization: Research and Clinical Perspectives. 1991 American Psychiatric Press, Inc.  
   17. Kellner R. Somatization and hypohondriasis.  Praeger Publishers Division; Westport, 1986; 401 p.   
   18. Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Masked depression.  Deutscher Azzte-Verlag, 1982; 106 S.   
   19. Kirmayer Laurens J., Robbins James M, Concept of Somatization. Current Concept of Somatization: Research and Clinical Perspectives. 1991 American Psychiatric Press, Inc.  
   20. Lindsay P.G., Wycokoff M. The depression  pain syndrome and its response to antidepressants//Psychosomatics. 1981; 22(7): 571 7.   
   21. Lipowski Z J: Somatization and depression. Psychosomatic 1990; 31: 13 21.   
   22. Noyes R Jr, Holt CS, Kathol RG. Somatization. Diagnosis and management. Arch Fam Med 1995 Sep; 4(9): 790 5.  
   23. von Knorring L., Perris C., Eisemann M. Et al. Pain as a symptom in depressive disorders//Pain. 1983; 15: 19 26.  
   24. von Knoring L., Perris C., Eismann M., Ericsson U., Perris H. Pain as a symptom in depressive disorders. 1. Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology. Pain 1983; 15: 19 26.  
   25. Ward NG, Bloom VL, Friedel RO. The effectiveness of tricyclic antidepressants in the treatment of co-existing pain and depression. Pain 1979; 7: 331 41.  
   26. Lopez Ibor S.S., Masked Depression. Ed. P.Kielholz. Bern, 1973; 97 112.  
   27. Shader R.I. Manual of psychiatric therapeutic.  2nd.  Little Brown and Comp. (Iuc.)  Washington, D.C., 1994; 378 p.  
   28. Ford C.V. The somatizing disorders. Illness a way of life.  Elsevier Biomedical; New York, 1983; 265 p.  
   29. Maryta T., Vatterott M.K., McHardy M.J. Pain management as an antidepressant: Long-term resolution of pain-associated depression//Pain. 1989; 36: 335 7.   
   30. Freyhan F. Clinical and investigative aspects psychopharmacological frontiers. – London. 1959.