

Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии

Литвинцев С.В.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов
Министерства труда и социальной защиты»

Резюме. В статье приводится краткий исторический экскурс в учение о психосоматике и установление понятия «психосоматическая медицина». Рассмотрены некоторые взгляды на формирование и систематизацию психосоматических расстройств. Анализируются научные основания выделения соматоформных расстройств в отдельную группу и включения их в современные классификации психических болезней (DSM и МКБ-10). Утверждается, что клиническая картина соматоформных расстройств не содержит специфических психопатологических симптомов и синдромов, а большей частью состоит из разрозненных симптомокомплексов, что оставляет открытым вопрос о месте этой патологии в психиатрической номенклатуре. Предполагается необходимость дальнейшего поиска специалистами разных областей науки научно обоснованных принципов очерчивания клинических границ соматоформных расстройств на междисциплинарном уровне, что позволит разработать валидные лечебно-реабилитационные программы для данной группы пациентов.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, клиническая психиатрия, соматоформные расстройства, психопатологический симптом, психопатологический синдром, соматический симптом, клинико-психологический подход, клинико-психопатологический метод, классификация психических и поведенческих расстройств.

Some problematic and discussion issues of psychosomatic relationships and somatoform disorders from the standpoint of clinical psychiatry

Litvintsev S.V.

St.-Petersburg institute of postgraduate improvement of physicians-experts of the Ministry of Labour
and Social Protection

Summary. A brief historical digression into the doctrine of psychosomatics and the establishment of the term «psychosomatic medicine» are represented in the article. Some views on the formation and systematization of psychosomatic disorders are examined. The scientific grounds for isolating somatoform disorders into a separate group and their inclusion in the modern classifications of mental diseases (DSM and ICD-10) are analyzed. It is stated that the clinical picture of somatoform disorders does not contain specific psychopathological symptoms and syndromes but mostly consists of disparate symptom complexes, and this fact puts a question of the place of this pathology in psychiatric nosology. It is suggested that further research by experts from different fields of science should lead to the science-based principles for delineating the clinical boundaries of somatoform disorders at an interdisciplinary level that will allow developing valid therapeutic and rehabilitation programs for this group of patients.

Key words: psychosomatic medicine, clinical psychiatry, somatoform disorders, psychopathological symptom, psychopathological syndrome, somatic symptom, clinical-and-psychological approach, clinical-and-psychopathological method, classification of mental and behavioral disorders.

Появление термина «психосоматический» относится к 1818 году и принадлежит профессору психиатрии Лейпцигского университета Иоганну Христиану Гейнроту, использовавшему его в своей публичной лекции для объяснения развития некоторых заболеваний с психологической точки зрения. В 1822 году немецкий психиатр Карл Якоби этот термин дополнил родственным понятием — «соматопсихический» [13]. Последователь З. Фрейда, американский врач и психоаналитик австрийского происхождения, Феликс Дейч, в 1922 году ввёл понятие «психосоматическая медицина» и в 1939 году стал первым главным редактором специализированного журнала под тем же названием [2]. У истоков психо-

соматических идей стоял ещё один последователь З. Фрейда, Георг Вальтер Гродекк (1866-1934), немецкий психиатр, психоаналитик и писатель, который, используя понятие «психосоматическая медицина», создал представление о бессознательном «Оно» как формирующем принципе всех нормальных и патологических процессов организма [7]. Основа психосоматической медицины и включение в неё части ранее традиционно только психической патологии, а части — соматической, всё больше выкристаллизовывалась на повсеместном принятии факта единства двух важнейших сфер человеческого организма — сомы и психики, тесно переплетённых и взаимодействующих в любом патологическом процессе. «Психосоматиче-

ская медицина» как новая область медицинских знаний, быстро структурировалась в один из разделов клинической психиатрии и находила повсеместное распространение, в том числе, и в нашей стране. Фраза, принадлежащая советскому психиатру Д.Д. Плетнёву (1927): «Нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов» [27], приобрела постулированное значение и цитировалась чуть ли не в каждой отечественной публикации, посвящённой данной проблеме. Не вдаваясь в детальное изложение истории формирования учения о психосоматике, нельзя не отметить вклад, внесённый многими учениками и последователями З. Фрейда. Особое среди них место принадлежит американскому психоаналитику Ф. Александру, разработавшему в 1934 году концепцию психосоматических расстройств на основе теории «специфичности интрапсихического конфликта» [4,37], что позволило ему не только специфицировать психологические факторы для разных болезней, но и для каждой из них гипотетически определить механизмы психосоматической связи. Решающую роль в признании эмоционального напряжения значимым фактором возникновения и развития широкого спектра патологических процессов сыграло выдвинутое им утверждение, что «организм образует единое целое со всеми своими взаимосвязанными частями», включая психику. Соответственно, он полагал, что поскольку психическое и соматическое в человеке неразрывно связаны и «каждый телесный процесс подвергается прямому или косвенному воздействию психологических стимулов» [1], то различные физиологические сдвиги (повышенное кровяное давление, дисфункции желудочно-кишечного тракта и т.д.) являются результатом длительно сохраняющихся бессознательных эмоциональных состояний. Отсюда Ф. Александер предложил механизм «соматизации», учитывающий важную роль внутреннего конфликта и невыраженных эмоций, причём, использованный им термин «соматизация» не предполагал символический смысл, а прямо указывал на склонность переживать и выражать психологический стресс в форме соматических симптомов [35]. Если до него соматические симптомы рассматривались лишь «как невербальный по форме и архаичный по сути призыв о помощи» [3], то он оценивал их не в качестве замещения подавленного конфликтного содержания, а как нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Важной заслугой Ф. Александра явилось выделение им группы психогенных расстройств, проявляющихся симптоматикой в вегетативных системах организма, которые он назвал вегетативными невротами, рассматриваемыми сейчас в рамках соматоформных расстройств как «соматоформная вегетативная дисфункция» [21].

Понятие психосоматических расстройств не является устоявшимся, оно постоянно наполняется всё новым и новым содержанием. На смену

прежней психосоматической модели, возникшей на основе психоаналитического учения о психосоматическом единстве человеческого организма и учитывающей в формировании психосоматических расстройств преимущественно психогенные факторы, пришла биопсихосоциальная [17], предполагающая существенное участие социальных и личностных характеристик. Причём, есть все основания полагать, что со временем будут учитываться ещё и экологические факторы, вне всякого сомнения, также играющие большую роль в образовании психосоматической патологии [16]. Исходя из накапливаемых знаний по широкому комплексу соматопсихосоциальных взаимодействий человека с внешней средой, практическое здравоохранение всё больше ориентирует медицинских работников на тщательный анализ природы любого заболевания с обязательным учётом всех обстоятельств, влияющих на психосоматические взаимоотношения. Важность такого подхода определяется продолжающейся распространённостью психосоматических расстройств, достигающей в общей медицине, по разным данным, 19-50% [11], и поиском причин, этому способствующих.

Дальнейший рост распространённости психосоматической патологии очевиден за счёт повышения частоты психических расстройств, спровоцированных тяжёлыми соматическими и инфекционными заболеваниями, травмами, неправильным питанием и образом жизни, социальной и экономической нестабильностью, неблагоприятной экологической обстановкой. Перечисленные реалии нашей сегодняшней действительности не в состоянии обеспечить достаточную надёжность гармонии взаимовлияния сомы и психики как основного гаранта поддержания устойчивого психосоматического здоровья и всё чаще приводят к дисбалансу взаимоотношений этих двух сфер, чреватому возникновением многочисленной психосоматической патологии. Клиническое разнообразие психосоматических расстройств объяснимо избирательной уязвимостью человеческого организма, обусловленной конституциональными, соматическими, личностными, возрастными, гендерными, генетическими, морфологическими особенностями к тому или иному стрессорному фактору из числа постоянно сопутствующих нашему повседневному существованию, но приобретающему в какой-то конкретной ситуации значение дистресса.

Сочетание разных предрасполагающих факторов создаёт основу патофизиологической многовариантности процессов формирования и течения психосоматических расстройств, накладывающих отпечаток не только на их патогенез, но и на клиническое обрамление. Таким образом, формирование психосоматических расстройств, происходящее «в результате двунаправленного взаимодействия психических/характерологических расстройств с соматическими», проявляется широтой психопатологических проявлений, другими словами, — «обширной симптоматикой в границах практически всей психопатологической феноме-

нологии невротического, психопатического/патологического и психотического уровней» [33,34]. Рассматривая возникновение психосоматических расстройств как результат взаимодействия участвующих в болезненном процессе соматических и психологических факторов риска, А.Б. Смулевич с соавт. (1999) предложили оригинальную клинко-психопатологическую двухуровневую модель, согласно которой в построении каждого отдельно взятого синдрома обязательно участвует симптоматика соматопсихики («телесного Я», по К. Jaspers, 1976) и аутопсихики («собственно Я»). По мнению авторов, симптоматика соматопсихического уровня представлена патологическими телесными ощущениями и функциональными расстройствами органов и систем (алгии, психовегетативные нарушения и др.) без объективного подтверждения соматической патологии, а аутопсихического уровня — симптомами, относимыми как к так называемым рефлексивным (тревожные, депрессивные, фобические, обсессивные), экспрессивным (истерические), так и к кругу образных представлений [20]. На наш взгляд, недостатком предложенной модели является отсутствие представленности должной роли социальных (микросоциальных) факторов, вносящих безусловную лепту в клиническое оформление синдромов обоих уровней, особенно, — аутопсихического. Тем не менее, данная модель заслуживает внимания, поскольку психосоматические расстройства представлены здесь не простой совокупностью симптомов, а определёнными соотношениями, отражающими синдромальное единство нарушений сомато- и аутопсихики.

Из-за значительного полиморфизма психосоматических расстройств они не соединены единой рубрикой в современных классификациях. Более того, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) они не ограничиваются кругом психических расстройств в её соответствующих разделах, а занимают места ещё и в соматических классах. Поэтому, несмотря на сведение психосоматических расстройств в одну область медицинской науки (психосоматическую), их этиопатогенетическая разнородность и клиническая несхожесть реализованы сразу в нескольких неидентичных рубриках: F0 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F06 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни»); F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F45 «Соматоформные расстройства»); F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (F50 «Расстройства приёма пищи», F 51.0 «Расстройства сна неорганической природы», F52 «Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием, F54 «Психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах) [21].

Такой разброс психосоматических расстройств по нескольким рубрикам МКБ-10 указывает, что часть из них имеет преимущественно органический генез, часть — психогенный, а часть представлена отдельными, часто этиопатогенетически неясными и не связанными между собой расстройствами синдромального уровня. Последние, наряду с нарушениями сна, пищевого и сексуального поведения, включают ещё и «депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования» (В.П. Зайцев и соавт., 1990; Н.И. Скачкова, 1996; С.В. Прохорова, 1996) [10, 33], аффективные тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ (М.В. Коркина, В.В. Марилев, 1995) [15] и т.д. Попытки разобраться со всем этим хаотическим нагромождением психических расстройств, представленными как в виде нозологических форм, так и синдромальными образованиями, втиснутыми в область психосоматической медицины только на основе мало кем оспариваемого единства и взаимовлияния биологической, психической и социальной сфер человеческой жизнедеятельности, и систематизировать их в рамках одной парадигмы до сих пор оказываются безуспешными. На разном рода научных форумах среди исследователей, причём не только психиатров, но и представителей других отраслей знаний (терапевты, неврологи, психофизиологи, психологи и т.д.), идут дискуссии по путям решения данной проблемы, однако, единый взгляд на клинику, диагностику и систематику психосоматических расстройств у широкого круга медицинских специалистов до сих пор не сформирован. Такое положение дел сложилось, в первую очередь, из-за отсутствия интеграции усилий широкого специалистов, а разрозненность их мнений существенно сказывается на разработке концептуальных подходов к решению вопросов организации психопрофилактических мероприятий и оказания медицинской помощи таким пациентам.

К тому же за последние десятилетия границы психосоматики пополнились ещё и обширной «наднозологической группой» [6] ранее не описывавшихся соматоформных расстройств (СФР). Несмотря на то, что они рассматриваются в пограничном разделе психиатрической дисциплины [12] и в МКБ-10 приведены единой рубрикой (F45) в разделе неврологии, освещение их клинической картины в современных учебниках и руководствах отличается аморфностью и почти не содержит специфической психопатологической феноменологии, затрудняя тем самым применение к ним традиционных диагностических подходов в рамках психиатрической пропедевтики, направленных на выявление психопатологических симптомов и синдромов. Во главу диагностических критериев ставится невозможность установления у пациента соматической патологии, несмотря на упорное предъявление им соматических жалоб [3, 24,26,29,32,35]. Ещё более уязвимым проблему очерчивания границ соматоформных расстройств

делает то обстоятельство, что они «могут сопутствовать шизофрении, тревожным и обсессивным расстройствам в случаях, когда имеющаяся симптоматика не может быть объяснена наличием указанных состояний» [3]. В основу клинических проявлений СФР закладывается наличие у пациента разнообразных телесных ощущений и дисфункций без обнаружения у него соответствующих морфологических изменений и не поддающихся лечению симптоматическими фармакологическими средствами, что, по мнению ряда авторов, «определяет место данной патологии на стыке психиатрической и общемедицинской практики» [30].

Одним из наиболее весомых аргументов в пользу СФР, называется неправильное поведение пациента, выражаемое настойчивыми требованиями проведения ему медицинских обследований вопреки подтверждающим отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии для этого реальной основы [26,29]. В порядке возражения такому «диагностическому критерию» укажем на невозможность представить человека, испытывающего боли и не получающего ожидаемого облегчения от проводимой терапии, при этом не проявляющим тех или иных поведенческих реакций, соответствующих его характеру, воспитанию, культуре, возрасту, полу и т.п., возможно, даже и гротескно выраженных. В этом плане нельзя не согласиться с авторами [22,23,39], предлагающими вообще исключить в качестве психопатологических признаков поведенческие критерии, исходя из пристрастного их употребления, условности понимания адекватности/неадекватности и логичности.

Отсутствие понятного психиатрам феноменологического аппарата, который бы содержал достаточный набор психопатологических симптомов для структурирования психического статуса клинической картины СФР, затрудняет формулирование диагностических критериев. Указание на частую коморбидность этой группы расстройств с аффективными, тревожными и обсессивными расстройствами [5,28,32], размывающее представление о синдромальном содержании, порождает серьёзные сомнения, касающиеся возможности очерчивания чётких границ каждой из этих форм. Такие сомнения усиливаются и целым рядом других предлагаемых клинических характеристик. К примеру, высокая коморбидность хронического соматизированного соматоформного расстройства с депрессией (60-100%) предполагает наличие болевого варианта маскированной депрессии, причём не исключаящего в этих случаях и того, что депрессия может являться следствием хронического болевого синдрома [32]. Соматоформную вегетативную дисфункцию А.Г. Нарышкин с соавт. (2015) вполне обоснованно рассматривают «... и как самостоятельное полиэтиологичное, но монопатогенетичное заболевание, и как синдром, входящий в структуру отдельных нозологических форм (неврозы, органическое поражение центральной нервной системы, гипоталамические

расстройства, первичное поражение внутренних органов, желез внутренней секреции и др.)» [25]. Полиморфизм клинических проявлений и этиопатогенетическая неопределённость, наблюдающиеся и при описании других форм СФР, указывают на отсутствие дифференцированных критериев, позволяющих уложить их в прокрустово ложе самостоятельных нозологических единиц.

Тем не менее, несмотря на отсутствие этих критериев, приходится исходить из того, что СФР к настоящему времени являются реальностью, они устойчиво заняли свою формальную нишу в современных классификациях (DSM и МКБ-10) и надёжно задекларировали факт своего существования огромным значением для финансовой политики [30,32]. По результатам публикуемых эпидемиологических исследований, их распространённость достигает 6,3% [46]. Приводимые данные о том, что пациенты, страдающие СФР, составляют от 25% до 40% всех больных общесоматической практики и поглощают не менее 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение [11,28,32], вынуждают исследователей к поиску весомой клинической аргументации уже состоявшихся решений о выделении этим расстройствам нозологического места в клинической психиатрии.

Впервые СФР отдельной рубрикой обозначились в американской классификации психических расстройств — в DSM-III. В неё были включены расстройство соматизации, конверсионное расстройство, психогенное болевое расстройство, ипохондрия и атипичное соматоформное расстройство. При последующих пересмотрах DSM данная рубрика всё более усложнялась и дополнялась новыми расстройствами. В DSM-V она получила название «Расстройство соматических симптомов и близкие расстройства» и включила в себя такие формы как расстройство соматических симптомов, расстройство тревоги по поводу возможных заболеваний, конверсионное расстройство, психологические факторы, влияющие на другие общемедицинские состояния, симулятивное расстройство, другие формы расстройства соматических симптомов и близких расстройств, а также неспецифическое расстройство соматических и близких расстройств [42,43]. Перечень СФР, представленных в МКБ-10 диагностической рубрикой (F45), несколько отличается от американской и содержит следующий спектр: соматизированное расстройство (F45.0); недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1); ипохондрическое (небредовое) расстройство (F45.2); соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы («органные неврозы») (F45.3); устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4); другие соматоформные расстройства (F45.8) и соматоформное расстройство неуточнённое (F45.9) [21].

Несмотря на некоторые расхождения в количестве и формах СФР, их клиническая характеристика в обеих классификациях одинаково доминирована вегетативными симптомами и акцентом на отсутствие органической почвы для упор-

но высказываемых соматических жалоб. При этом психопатологические симптомы, либо замаскированные, либо находящиеся на втором плане [24], оставляют открытым возможность их выявления и встраивания в алгоритм диагностического процесса. В свою очередь, вегетативные симптомы, сопровождающие, как известно, любую патологию (соматическую, неврологическую и психическую), являются мало значащими, а атрибутивное утверждение о первостепенном значении соматических симптомов в клинике СФР нивелирует результативность применения клинкопсихопатологического метода исследования.

Дело в том, что соматические симптомы, вне связи с другими психопатологическими феноменами, являются лишь неопределёнными признаками некоего неблагополучия в организме и однозначно рассматриваться в качестве патологических проявлений психической жизни, то есть психопатологических симптомов, не могут. С одной стороны, они трактуются как нарушения соматических функций, возникающие, в том числе и при психическом заболевании, с другой — выступают в качестве симптомов соматического заболевания, с третьей — считается, что они вызываются психологическими факторами-причинами, но проявляются телесно (соматически) в виде заболеваний отдельных органов или систем. Теоретическое значение психопатологического симптома соматические симптомы могут приобрести при условии наличия у пациента патологической сознательной деятельности, являющейся основой «нарушений телесной перцепции, рассматриваемой в рамках общей психопатологии как проявление рецепторных нарушений — патологии чувственного познания либо как проявление интрапсихических нарушений» [19], указывающих на психическое расстройство. Но поскольку описание клинической картины ни одной из форм СФР не содержит явных очертаний сложного динамического психопатологического процесса, то и ни одна искусственно выделенная его часть не предоставляет видения психиатра психопатологических симптомов, отличающихся, как считает В.К. Смирнов (1973), от обычных признаков многомерностью своей структуры [38].

Затруднённая квалификация соматических симптомов клиницистами вызвала заметный исследовательский интерес у психологов. По мнению Е.И. Рассказовой (2013), имеющийся вакуум надёжных и валидных инструментов для распознавания на клиническом уровне этих симптомов обусловлен недоучётом психологических и поведенческих факторов, который может быть восполнен применением клинкопсихологического подхода [35]. Проведение в этих целях клинкопсихологических исследований, считает она, должно опираться либо на исторически сложившиеся представления о соматизации, конверсии и диссоциации, либо на широкие и нейтральные конструкты — «субъективные соматические жалобы», часто трактуемые как «необъяснённые симптомы». Их клинкопсихологическое квалифи-

цирование на основе предложенного ею психологического анализа переживаний, отношений и реакций личности существенно дополняет клинический взгляд и открывает новые возможности, способствующие «... определению, классификации и диагностике соматических симптомов, не имеющих достаточных органических оснований, а также психологических и поведенческих факторов, призванных объяснить процессы симптомообразования (таких, как поведение болезни, дисфункциональные убеждения о здоровье и болезни и т.п.)» [35]. Но, справедливо отмечает автор, именно здесь возможны трудности операционализации и диагностики, а во втором случае — ещё и трудности дальнейшего осмысления полученных результатов в рамках медицинской терминологии, в результате чего ответ психологов врачам зачастую непонятен. Безусловно, что для преодоления между ними языкового барьера необходимо взаимное интегрирование знаний и умений, позволяющих в перспективе обмениваться феноменологической терминологией, определяющей клиническое и клинкопсихологическое содержание СФР, исследованное этими специалистами. Это представляется весьма важным и потому, что на непонимание происхождения соматических симптомов и их верификацию в рамках СФР существенно влияет нередкое оперирование существующими в зарубежной литературе терминами, как «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» (medically unexplained symptoms) и «функциональные соматические симптомы» (functional somatic symptoms) [29,44,45]. Их синонимичное соматическим симптомам толкование подтверждает несовершенство существующего понятийного аппарата, обозначающего всякого рода тягостные и болезненные ощущения, не находящие при обследовании клинического объяснения.

Не будучи психопатологическими феноменами, соматические симптомы могут являться следствием тех или иных физиологических и эмоциональных перегрузок индивида, приводящих к астении, и существовать вне каких-либо заболеваний. В то же время точно такие же по степени выраженности и уровню их восприятия interoцептивные ощущения могут сигнализировать и о соматическом неблагополучии в организме, требующем физического обследования пациента, в силу разных причин не исключающего диагностических ошибок. Одна из этих причин состоит в ограниченном лимите времени, регламентированном существующими нормативными документами на проведение осмотра больного в условиях поликлиники. Вряд ли 15 минут, отводимые пациенту согласно приказу Минздрава РФ № 290н от 2 июня 2015 года [31] на посещение участкового врача, и 18 минут — врача общей практики, включающие ещё и затраты на оформление медицинской документации, можно считать достаточными для распознавания болезни. В таком временном цейтноте не представляется возможным провести даже детальный сбор анамнеза, а если учесть, что ряд больных, часто обращающихся

с жалобами на соматическое недомогание, обладают бедной лингвистической дифференциацией эмоций и не способны транслировать тонкости своих интрапсихических ощущений, то в ситуации неполноценного диалога клиническое мышление врача нередко направляется в ошибочное диагностическое русло.

Диагноз СФР, вынесенный на основе упорно высказываемых соматических жалоб без достаточных биологических и физиологических объяснений, т.е. без обнаружения морфологических изменений соответствующих тканей, но при наличии в организме неспецифических и функциональных нарушений, вызывает много вопросов. Как пишут В.Д. Тополянский и М.В. Струковская (1986), в патологии нет областей без «функциональных проявлений в начале заболевания и своих функциональных последствий при уже остановившемся или даже полностью отзвучавшем патологическом процессе» [40]. И.В. Давыдовский (1958, 1962) считал, что «не только функциональные нарушения, но и вообще любые функциональные сдвиги всегда имеют известную метаболическую основу», причём «функциональные нарушения нередко предшествуют анатомическим, заметно обгоняя их в своём развитии на определённых этапах болезни». «Отсутствие конкретных морфологических изменений, — указывал он, — адекватных» тем или иным функциональным расстройствам в представлении лечащих врачей и узких специалистов отнюдь не означает ещё действительного отсутствия какого-либо материального субстрата страдания» [8,9]. По этому поводу весьма образно высказался в 1932 году В.М. Коган-Ясный: «не слышком ли часто действительное мы смешиваем функциональные расстройства с органическими поражениями, забывая, что они часто маскируются в форму последних» [14]. Это высказывание, не утратившее и сегодня своей актуальности, является ярким подтверждением отсутствия убедительных критериев, позволяющих придать соматоформным расстройствам чёткие очертания самостоятельных патологических образований, убедительно отделяемые их от иных, внешне схожих нозологических единиц.

Сложившаяся ситуация с клинической неопределённостью этой группы расстройств во многом обусловлена стремительным отходом от привычной систематизации психопатологических состояний, разработанной в русле крепелиновской нозологии и переходом на новые классификационные схемы (DSM, МКБ-10). Диагностические критерии, заложенные в них, исключают необходимость пользования клинко-психопатологическим методом исследования, основанным на структурном анализе выявляемых у пациента психопатологических феноменов. Стандартные опросники,

подменившие традиционное исследование психического статуса и процесс сбора анамнеза, сделали ненужным вербальное общение практикующего врача с пациентом, направленное на всестороннее изучение его личности [41]. Сухая и бесстрастная регистрация основных контуров СФР сводит на нет проведение тонкой дифференциации признаков функциональных и органических расстройств от психопатологических феноменов. Описание статуса пациентов с СФР содержит набор разрозненных симптомокомплексов, совершенно не увязанных между собой единой этиопатогенетической платформой, часть из которых представлена проявлениями психопатологических аффективных регистров невротического уровня, синдромально не завершённых. Психиатры, основываясь на диагностических рубриках МКБ-10, делают акцент при постановке диагноза СФР на выявляемых «соматических» симптомах и других психологических признаках и оставляют вне своего внимания подробную характеристику сфер психической деятельности.

Такой мало результативный подход является следствием отсутствия доказательной клинической базы, позволяющей рассматривать СФР как самостоятельные заболевания с установленным этиопатогенезом. Более того, проведённый нами анализ феноменов, предлагаемых в качестве диагностических признаков этих расстройств, свидетельствует, что ни один из них не может однозначно выступать в качестве «косвенного свидетельства» [36] психической болезни, то есть психопатологического симптома. Сведение этих признаков в некие компоненты без патофизиологического обоснования и наличия, как писал Кронфельд, «внутренней связи» [18] образует лишь симптомокомплексы, не обладающие «сущностной характеристикой», и не являющимися «динамическими категориями», обязательными для включения в понятие «синдром» [36]. Дифференциация выше перечисленных феноменов (симптом, симптомокомплекс, синдром) — путь поиска и нахождения диагностически высокозначимых таксономических признаков для выстраивания клинически узнаваемого общепризнанного каркаса СФР. По нашему мнению, в этих целях необходимо пересмотреть целый ряд проблемных вопросов, касающихся происхождения и формирования данной группы расстройств, что может быть достигнуто лишь комплексными усилиями специалистов медицинских и психологических наук. В свою очередь, это позволит на научно обоснованном уровне перейти к разработке лечебно-реабилитационных программ для пациентов с подобными страданиями, включая адекватную психофармакотерапию и валидные психотерапевтические технологии.

Литература

1	Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований. — 2006. — 336с.	Alexander F. Psychosomatic medicine. It's principles and applications. M.: Institut Obshchegumanitarnykh Issledovaniy. — 2006. — 336s. (In Rus.).
2	Аммон Г. Психосоматическая терапия. — СПб.: Речь. — 2000. — 238с.	Ammon G. Psychosomatic therapy. SPb.: Rech'. 2000. 238 s. (In Rus.).
3	Бобров А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. — №1. — С. 98-103.	Bobrov A.E. The problem of psychosomatic relationships and some methodological questions of psychopathology. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. — 2017. — №1. — S.98-103. (In Rus.).
4	Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР Медицина. — 1999. — 376с.	Broitigam V., Kristian P., Rad M. Psychosomatic medicine / Per. s nem. — M.: GEOTAR Meditsina. — 1999. — 376s. (In Rus.).
5	Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторак С.В. Комбинированная терапия панических расстройств в кардиологической практике // Врач. — 2017. — №8. — С.18-22.	Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Poltorak S.V. Combined therapy of panic disorders in cardiac practice. — Vrach. — 2017. — #8. — S.18-22. (In Rus.).
6	Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). — М.: Триада-Х. — 2000. — 256с.	Gindikin V. Ya. Manual: somatogenic and somatoform mental disorders (clinic, differential diagnosis, treatment). — M.: Triada-Kh. — 2000. — 256 s. (In Rus.).
7	Гродекк Г. Книга об Оно. Психоаналитические письма подруге / Пер. с нем. — Ижевск: ERGO. — 2014. — 352с.	Grodekk G. The book of Id. Psychoanalytic letters to a girlfriend / Per. s nem. — Izhevsk: ERGO. — 2014. — 352s. (In Rus.).
8	Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). — М.: Медгиз. — 1962. — 175с.	Davydovskii I.V. The problem of causality in medicine (etiology). — M.: Medgiz. — 1962. — 175s. (In Rus.).
9	Давыдовский И.В. Общая патология человека. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина. — 1969. — 612с.	Davydovskii I.V. General pathology of human being. 2-e izd., pererab. i dop. — M.: Meditsina. — 1969. — 612s. (In Rus.).
10	Зайцев В.П., Кольцова Т.И. Применение пирлиндона при ишемической болезни сердца // Тер. арх. — 1980. — №2. — С.84-87.	Zaitsev V.P., Kol'tsova T.I. The use of pyrindone in ischemic heart disease. — Ter. arkh. — 1980. — #2. — S.84-87. (In Rus.).
11	Иванов С.В., Смудевич А.Б. Психосоматические расстройства / Психиатрия: Научно-практический справочник // Под ред. акад. РАН А.С. Тиганова. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2016. — С.397-426.	Ivanov S.V., Smulevich A.B. Psychosomatic disorders / Psychiatry: scientific and practical manual // Pod red. akad. RAN A.S. Tiganova. — M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo. — 2016. — S.397-426. (In Rus.).
12	Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Разина М.В., Сафонова Н.Ю. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств // Неврологический вестник. — 2017. — №2. — С.31-36.	Karavaeva T.A., Mikhailov V.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Polyakov A.Yu., Razina M.V., Safonova N.Yu. Development of a comprehensive personalized program for the correction of dissonmic disorders in the structure of neurotic disorders. — Nevrologicheskii vestnik. — 2017. — #2. — S.31-36. (In Rus.).
13	Карвасарский Б.Д., Бизюк А.П., Володин Н.Н. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — 5-е изд., доп. — СПб.: Питер. — 2014. — 896с.	Karvasarskii B.D., Bizyuk A.P., Volodin N.N. Clinical psychology: a textbook for universities / Pod red. B.D. Karvasarskogo. 5-e izd., dop. — SPb.: Piter. — 2014. — 896s. (In Rus.).
14	Коган-Ясный В.М. Сердце и вегетативная система соматических симптомов // Клиническая медицина. — 1932. — №13-16. — С. 498-509.	Kogan-Yasnyi V.M. Heart and vegetative system of somatic symptoms. — Klinicheskaya meditsina. — 1932. — #13-16. — S.498-509. (In Rus.).

15	Коркина М.В., Марилев В.В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1955. — №6. — С.43-47.	Korkina M.V., Marilov V.V. Variants of psychosomatic personality development in diseases of the gastrointestinal tract. — Zhurn. nevropat. i psikhiatr. im. S.S. Korsakova. — 1955. — #6. — S.43-47. (In Rus.).
16	Королёва Е.Г. Психосоматика: учебное пособие. — Минск: ИВЦ Минфина. — 2007. — 216с.	Koroleva E.G. Psychosomatics: a tutorial. — Minsk: IVTs Minfina. — 2007. — 216s. (In Rus.).
17	Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — №4. — С.22-32.	Kotsyubinskii A.P. A holistic approach to the diagnosis of mental disorders. — Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. — 2015. — #4. — S.22-32. (In Rus.).
18	Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии (Отдельный оттиск из трудов Института психиатрии им. Ганнушкина, вып. V, 1940). — М. — 1940. — 147с.	Kronfel'd A.S. Problems of syndromology and nosology in modern psychiatry (A separate impression from the works of the Institute of psychiatry named after Gannushkin, issue V, 1940). М. — 1940. — 147s. (In Rus.).
19	Крылов В.И. Психопатология телесной перцепции // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2006. — №2. — С.15-20.	Krylov V.I. Psychopathology of bodily perception. // Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina. — 2006ю — №2. — S.15-20. (In Rus.).
20	Мариничева Л.П., Злоказова М.В. Особенности терапии при депрессивных расстройствах у подростков с психосоматической патологией // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — №3. — С.37-39.	Marinicheva L.P., Zlokazova M.V. Features of therapy for depressive disorders in adolescents with psychosomatic pathology. — Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. — 2009. — #3. — S.37-39. (In Rus.).
21	Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина — СПб. — 1994. — 304с.	International statistical classification of diseases and related health problems (10th review). Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines / Per. na russkii yazyk pod red. Yu.L. Nullera, S.Yu. Tsirkina. SPb. — 1994. — 304s. (In Rus.).
22	Менделевич В.Д. Казус художника-акциониста Петра Павленского: психопатология или современное искусство? — Неврологический вестник. — 2015. — №1. — С.4-16.	Mendelevich V.D. The special case of the artist-actor Pyotr Pavlensky: psychopathology or contemporary art? — Nevrologicheskii vestnik. — 2015. — #1. — S.4-16. (In Rus.).
23	Менделевич В.Д. От Ганнушкина до Павленского: классификация расстройств и реальная жизнь // Неврологический вестник. — 2016. — №4. — С.58-60.	Mendelevich V.D. From Gannushkin to Pavlensky: classification of disorders and real life. — Nevrologicheskii vestnik. — 2016. — #4. — S.58-60. (In Rus.).
24	Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: Городец, — 2016. — 596с.	Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Science of neuroses and psychosomatic medicine. М.: Gorodets, — 2016. — 596s. (In Rus.).
25	Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Горелик А.Л., Скоромец Т.А., Второв А.В., Лисичик М.В., Орлов И.А., Бондарева М.М., Клочков М.Н. Неспецифический метод лечения соматоформных, вегетативных и гипоталамических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2015. — № 3. — С.56-62.	Naryshkin A.G., Galanin I.V., Gorelik A.L., Skoromets T.A., Vtorov A.V., Lisichik M.V., Orlov I.A., Bondareva M.M., Klochkov M.N. Nonspecific method of treatment of somatoform, vegetative, and hypothalamic disorders. — Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. — 2015. — #3. — S.56-62. (In Rus.).
26	Пережогин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика: Клин. рекомендации. — М.: Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России. — 2015. — 22с.	Perezhogin L.O. Somatoformnyye rasstroistva. Somatoform disorders. Diagnosis, treatment, prevention: clinical recommendations. М.: Federal'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiatrii i narkologii Minzdrava Rossii. — 2015. — 22s. (In Rus.).

27	Плетнёв Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии // Русская клиника. — 1927. — № 36. — С.496-500.	Pletnev D.D. To the question of «somatic» cyclothymia. — Russkaya klinika. — 1927. — #36. — S.496-500. (In Rus.).
28	Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро. — М. — 1997. — 496 с.	Popov Yu.V., Vid V.D. Modern clinical psychiatry. — M.: Ekspertnoe byuro. — M. — 1997. — 496s. (In Rus.).
29	Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П., Юркова И.О. Вопросы терапии соматоформных расстройств и психотерапевтические подходы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — № 4. — С.73-80.	Pribytkov A.A., Erichev A.N., Kotsyubinskii A.P., Yurkova I.O. Questions of therapy of somatoform disorders and psychotherapeutic approaches. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. — 2014. — #4. — S.73-80. (In Rus.).
30	Прибытков А.А., Юркова И.О., Баженова Ю.Б. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016. — № 2. — С.31-35.	Pribytkov A.A., Yurkova I.O., Bazhenova Yu.B. Personality structure and mechanisms of psychological defense in somatoform disorders. — Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. — 2016. — #2. — S.31-35. (In Rus.).
31	Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».	Order of the Ministry of Health of Russia from 02.06.2015 № 290n «On approval of the standard time for the performance of work related to the one patient's visit of a pediatrician district doctor, a district doctor, a general practitioner (family doctor), a neurologist, an otorhinolaryngologist, an ophthalmologist and a doctor-obstetrician-gynecologist».
32	Психиатрия / под ред. Н.Г. Незнанова и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 512с.	Psychiatry/ Pod red. N.G. Neznanova i dr. — M.: GEOTAR-Media. — 2009. — 512s. (In Rus.).
33	Психические расстройства в клинической практике / Под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ. — 2011. — 720с.	Mental disorders in clinical practice / Pod red. akad. RAMN A.B. Smulevicha. — M.: MEDpress-inform. — 2011. — 720s. (In Rus.).
34	Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. — М.: МЕДпресс-информ. — 2016. — 776с.	Mental disorders in clinical practice / Pod red. akad. RAN A.B. Smulevicha. — M.: MEDpress-inform. — 2016. — 776s. (In Rus.).
35	Рассказова Е.И. Клинико-психологический подход к диагностике трудноклассифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 3. — С. 25-32.	Rasskazova E.I. Clinical and psychological approach to the diagnosis of difficult-to- categorize symptoms in somatoform disorders. — Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. — 2013. — #3. — S.25-32. (In Rus.).
36	Савенко Ю.С. Симптомы, феномены и синдромы в клинической практике // Независимый психиатрический журнал. — 2009. — № 2. — С.31-35.	Savenko Yu.S. Symptoms, phenomena and syndromes in clinical practice. — Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal. — 2009. — #2. — S.31-35. (In Rus.).
37	Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. — М.: МЕДпресс-информ. — 2006. — 568с.	Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Psychosomatic medicine: a guide for doctors / Pod red. akad. RAMN P.I. Sidorova. — M.: MEDpress-inform. — 2006. — 568s. (In Rus.).
38	Смирнов В.К. О патологии сознания при шизофрении: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Л. — 1973. — 35 с.	Smirnov V.K. On the pathology of consciousness in schizophrenia: author's abstract. of diss. ... doctor of medicine sciences. — L. — 1973. — 35 s. (In Rus.).
39	Снедков Е.В. Современная концепция психического здоровья // Актуальные проблемы военной психиатрии / Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. — СПб.: ВМедА. — 2011. — С. 10-22.	Snedkov E.V. Modern concept of mental health. Aktual'nye problemy voennoi psikhiiatrii / Materialy Vserossiiskoi yubileinoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. — SPb.: VMedA. — 2011. — S.10-22. (In Rus.).

40	Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина. — 1986. — 384 с.	Topolyanskii V.D., Strukovskaya M.V. Psychosomatic disorders. — M.: Meditsina. — 1986. — 384 s. (In Rus.).
41	Точиллов В.А. Классификация психических расстройств // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. — М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — С. 290-305.	Tochilov V.A. Classification of mental disorders // Psikhiiatriya: natsional'noe rukovodstvo / Pod red. T.B. Dmitrievoi i dr. — M.: GEOTAR-Media. — 2009. — S.290-305. (In Rus.).
42	APA Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourrth Edition (Text Revision) // Amer. Psychiatric Pub. — 2000. — 943 p.	APA Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR Fourrth Edition (Text Revision). — Amer. Psychiatric Pub. — 2000. — 943 p.
43	APA Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.) // Arington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2013. — 947 p.	APA Diagnostic statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2013. — 947 p.
44	Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms — will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? // J. Psychom. Res. — 2009. — Vol.66. — №5. — P. 379-381.	Creed F. The outcome of medically unexplained symptoms — will DSM-V improve on DSM-IV somatoform disorders? — J. Psychom. Res. — 2009. — Vol.66. — P. 79-381.
45	Creed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? // J. Psychom. Res. — 2010. — Vol.68. — № 1. — P. 5-8.	Creed F., Guthrie E., Fink P. et al. Is there a better term than “medically unexplained symptoms”? — J. Psychom. Res. — 2010. — Vol.68. — P. 5-8.
46	Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disoders of the brain in Europe 2010 // Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — № 9. — P. 655-679.	Wittchen H.U., Jacobi F. Et al. The size and burden of mental disorders and other disoders of the brain in Europe 2010. — Eur Neuropsychopharmacol. — 2011. — Vol.21. — P. 655-679.

Сведения об авторе

Литвинцев Сергей Викторович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, лауреат Государственной премии Российской Федерации в области науки и техники, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства труда и социальной защиты». E-mail: sergejlitvincev@yandex.ru