

## Предвестники психического заболевания Сообщение 1. Психопатологический диатез

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул  
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»

**Резюме.** В статье обоснованы представления о психопатологическом диатезе как о состоянии предболезни, определены его клинические границы, приведена систематизация типов диатеза, обосновано его прогностическое значение для дальнейшего течения психического заболевания; описаны характерные состояния предболезни, предшествующие развитию расстройств шизофренического и аффективного спектров.

**Ключевые слова:** уязвимость, психопатологический диатез, состояние предболезни.

### The precursors of mental disease Post 1. Psychopathological diathesis

A.P. Kotsubinskyi, N.S. Sheinina, N.A. Penchul  
St. Petersburg Psychoneurological Research Institute named after V.M. Bekhterev

**Summary.** The concept of psychopathological diathesis as a state of pre-existing disease, its clinical boundaries, systematization types of diathesis, prognostic value of further course of mental illness, the description of typical pre-disease states prior to the development of schizophrenia and affective disorders are discussed in the article/

**Key words:** Vulnerability, psychopathological diathesis, pre-disease state

Многие исследователи относят к области диатеза проявления психического дизонтогенеза. Как подчеркивает Т.Б. Дмитриева [3], «статическое понимание клиники психических расстройств давно признано недостаточным и даже ошибочным... Любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического созревания, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса, а с другой — определяет ресурсы психики, влияя на клиническое оформление».

По наблюдению М.В. Вандыша [1], выраженность психического дизонтогенеза в раннем детстве, схожего с начальными симптомами шизофренического расстройства, достигает 74,7%. С этой точки зрения понятно включение в систему оценки состояния пациента показателей нарушенного развития (психического дизонтогенеза) в форме асинхроний развития (включая личностный инфантилизм в его «мягком» клиническом проявлении), аномалий развития (включая диссоциированное развитие) и дефектов развития (варианты задержек и поврежденного развития в виде грубых необратимых нарушений) [7].

Оправдано также и стремление большинства исследователей при изложении клинических параметров психических расстройств указывать на преморбидные (в том числе личностные и конституционально-биологические) особенности, характеризующие состояние пациентов в этот период.

Итак, психический диатез — это совокупность признаков, характеризующих предрасположенность к психической патологии. Двумя его специ-

фическими вариантами являются **психопатологический диатез** и **психосоматический диатез**.

К **психопатологическому диатезу** [5, 11, 15, 16, 17, 20, 22] относят различные субклинические нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенсаторных возможностей организма и его готовности реагировать патологическим образом на внутренние и внешние стрессорные факторы.

Истоки представления о диатезе лежат во введенном А.В. Снежневским [14] определении *pathos'a* и развиваемой С.Б. Семичовым [12] концепции предболезни.

Понятие диатеза связано с представлениями о чувствительности индивидуума, то есть его психобиологической готовности реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода чувствительность существует в форме клинически скрытой уязвимости [29] и может проявляться вовне в форме психопатологического диатеза [5, 10, 15, 16, 17,]. С этой точки зрения психопатологический диатез — это аномалия психической конституции, обусловленная генетической уязвимостью пациента. Последняя представляет собой скрытый (латентный) фактор риска развития психического заболевания, который при определенных обстоятельствах может проявиться в форме психопатологического диатеза, приобретая качество признака риска психического расстройства.

Долгое время «уязвимость» была, скорее, постулируемым, чем обнаруживаемым феноменом.

В качестве косвенного признака уязвимости рассматривались различные анатомо-физиологические маркеры, особенности биохимии мозга, электрофизиологические изменения и т. п.

В последние годы наметилась тенденция рассматривать в качестве маркера уязвимости явления нейрокогнитивного дефицита. Этому способствовало появление современных методов нейровизуализации, позволивших соотнести (с помощью специальных тестов) когнитивную недостаточность с изменениями определенных областей головного мозга.

Изучение характера когнитивных расстройств при шизофрении и заболеваниях аффективного спектра обнаружило сходство нейрокогнитивных нарушений [27, 28]. И если принять во внимание тот факт, что не страдающие психозами родственники больных шизофренией тоже обнаруживают нейрокогнитивный дефицит [24, 26], а аналогичных исследований в отношении родственников больных с аффективными расстройствами пока не проводилось, можно предположить, что нейрокогнитивные нарушения, наблюдаемые у взрослых пациентов с шизофренией и, возможно, с аффективными заболеваниями, имеют преморбидное нейроморфологическое происхождение.

Таким образом, можно предположить, что нейрокогнитивный дефицит сигнализирует о генетической предрасположенности к заболеванию.

Тем не менее, на сегодняшний день можно согласиться с утверждением о том, что пока еще ни один фактор не может быть безоговорочно признан в качестве маркера уязвимости в отношении эндогенных заболеваний [25]. Это обстоятельство делает тем более актуальным дальнейшее изучение преморбидных проявлений психических расстройств, включая не только маркеры уязвимости, но и весь комплекс преморбидных проявлений, в частности — особенности симптоматики пограничных нарушений, рассматриваемых нами в рамках психопатологического диатеза.

Вопрос о прогностическом значении этих преморбидных расстройств и о степени риска развития психического заболевания при их выявлении остается одним из наиболее спорных в психиатрии. Клиническая сущность этих феноменов и их отношение к развивающемуся впоследствии заболеванию трактуются весьма противоречиво в силу неоднозначного понимания структуры доболезненного периода и определения собственно начала заболевания. Это обстоятельство способствовало поляризации точек зрения: одни авторы рассматривают эти нарушения как выражение уже начавшегося психоза, другие же полностью отрицают их связь с развившимся впоследствии заболеванием.

Н. С. Шейниной [21] было показано, что эпизодические нервно-психические дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией не являются нозоспецифическими феноменами, поскольку сходные расстройства были обнаружены в контрольных группах больных неврозами и практически здоровых лиц. Вместе с тем,

у больных шизофренией дисфункциональные состояния в анамнезе встречались достоверно чаще и, в ряде случаев, отличались качественным своеобразием и относительно более грубыми проявлениями. Разделяя «ранние» и «поздние» проявления дисфункциональных состояний у больных шизофренией, Н. С. Шейнина выявила, что в периоде ремиссии у больных с «ранними» дисфункциональными состояниями отмечалась достоверно меньшая выраженность негативной симптоматики, чем у больных с поздними дисфункциональными состояниями.

Таким образом, группа более редких «поздних» дисфункциональных состояний имела худший прогноз, чем группа более частых «ранних». Также статистически достоверна и большая представленность лиц, имевших по два и более дисфункциональных состояний, в группе больных шизофренией по сравнению с контрольными группами.

То обстоятельство, что дисфункциональные состояния не являются нозоспецифическими нарушениями, представляется веским аргументом в пользу неправомочности их отнесения в разряд процессуальных расстройств. Вместе с тем, психопатологические дисфункции нельзя признать проявлениями болезни, поскольку они не выходят за рамки субклинических, донозологических расстройств, однако отнести их к вариантам нормы также не представляется возможным, так как нарушение адаптации все же происходит, а в части случаев следует даже обращение к врачу и констатация патологического состояния.

Следовательно, нервно-психические дисфункции занимают промежуточное положение между нормой и болезнью. Они свидетельствуют о повышенном риске психического заболевания, но не дают оснований для диагностирования текущего процесса. Совокупность этих особенностей соответствует понятию «предболезнь». Это состояние может стать «переходным» от нормы к болезни, но может и остаться максимальным проявлением нервно-психических нарушений, если повышенный риск заболевания так и не будет реализован на протяжении всей жизни индивидуума.

Количественные и качественные отличия нервно-психических дисфункций в анамнезе больных шизофренией и в контрольных группах и установление статистических отношений зависимости между различными типами дисфункциональных состояний и некоторыми клиническими характеристиками процесса позволили верифицировать изучаемые расстройства как показатель активизации ранее скрытых патогенетических механизмов в стадии предболезни — то есть как проявления диатеза.

Таким образом, в 80-х годах впервые была обоснована (доказана с применением адекватных математических моделей) концепция клинической и патогенетической сущности эпизодических психопатологических дисфункций как проявлений диатеза, представляющего собою предболезнь.

Позднее диатез стал изучаться не только относительно шизофрении, но и других эндогенных

расстройств. В частности, этому посвящены разработки С. Ю. Циркина [15, 16], назвавшего диатез психопатологическим.

По сути, это характеристика той predisposition, которая в известной мере определяет как вероятность возникновения психического заболевания, так и его дальнейшее течение и даже ожидаемый прогноз, что непосредственно отражается на представлениях о возможностях функционального восстановления пациентов.

В континууме «здоровье — психоз» явления психопатологического диатеза представлены на протяжении всего спектра преморбидных психических расстройств от самых ранних признаков нарушения психической жизни (в форме донозологических проявлений), зачастую отставленных от манифестации эндогенного психоза длительным периодом благополучия, до пограничных состояний, находящихся в непосредственной близости к эндогенным психозам [11].

Выдвигаемое нами положение о психопатологическом диатезе является логическим продолжением не только идей об «уязвимости» будущих психически больных [29], предшествующей манифестации психоза [23], но и представлений о нем как о состоянии предболезни, определяемом нервно-психической дезинтеграцией (дефицитарностью и диссоциированностью) различных сфер психики [4].

Критерии, позволяющие диагностировать психопатологический диатез, следующие: 1) наличие психопатологической симптоматики непсихотического уровня, находящегося в регистре от нормы до пограничных расстройств личности; 2) наличие различной степени психической дезадаптации обратимого характера; 3) наличие признаков тропности, но не специфичности по отношению к эндогенным психозам.

По признаку динамики мы выделяем три основные формы психопатологического диатеза.

### 1. Эпизодическая.

**1.1. Ранние проявления (выявляющиеся обычно до семилетнего возраста).**

**1.2. Поздние проявления (возникающие, как правило, в школьные годы).**

### 2. Фазная.

### 3. Константная.

**1. Эпизодический диатез** представлен различными относительно короткими дисфункциональными состояниями, характеризующимися неглубоким уровнем психопатологических нарушений и отставленностью от начала аутохтонного развития болезни.

1.1 Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:

1) психомоторные нарушения в виде гипердинамического синдрома, различных навязчивых движений, заикания и т.п.;

2) неспецифические расстройства сна: трудности засыпания, поверхностный сон, кошмарные сновидения, сногворения;

3) сверхценные страхи:

а) так называемые «детские» фобии — темноты, незнакомых предметов, чужих людей, одино-

чества, реальных (собаки, «чужие дяди» и т. п.) и фантастических (персонажи сказок) объектов;

б) своеобразные по фабуле фобические переживания (боязнь змей на картинках, страх боя курантов, пожара, внезапного начала войны или «конца света», боязнь реального захода солнца или страх исчезновения солнца в будущем, приступообразные страхи неминуемой собственной смерти или смерти родителей, страхи конечности жизни на Земле и т.п.).

**1.2. Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза:**

1) «диссомнические» — особые формы нарушения сна: снохождения, внезапные пробуждения с чувством страха и ощущениями «полета в пропасть», «умирания» (от ночных страхов отличаются отсутствием изменения сознания и последующей амнезии);

2) «шизотропные» — эпизоды нарушения мышления и восприятия, кратковременные рудименты психотических расстройств: парейдолии, элементарные слуховые обманы, локальные сенестопатии, метаморфопсии и другие элементарные расстройства восприятия; деперсонализационно-дереализационные расстройства, эпизоды своеобразной интеллектуальной несостоятельности; сверхценные идеи сенситивного характера у подростков;

3) «аффектотропные» — внешне немотивированные спады настроения и активности: астенические состояния длительностью от нескольких дней до двух месяцев, спонтанно проходившие, без суточных колебаний и вегетативных нарушений, с последующим многолетним периодом благополучия.

**2. Фазная форма психопатологического диатеза** — проявления реактивной лабильности: психогенно обусловленные непродолжительные изменения самочувствия и поведения, но с чрезмерным «масштабом» реагирования относительно вызвавшей их причины.

В дошкольном возрасте — астено-дистимические (субдепрессивные) эпизоды: резкое ухудшение сна и аппетита, плаксивость, раздражительность. В школьном и более старшем возрасте — психосоматические и конверсионно-диссоциативные нарушения.

Это непродолжительные изменения самочувствия и поведения, причинно обусловленные психотравмирующими факторами: угрозой развода родителей, переводом в другой коллектив, попыткой изнасилования, нападением собаки и т.п. В одних случаях психотравмой служат внезапные и сильно пугавшие ребенка события, в других — длительные стрессовые ситуации, заставлявшие жить в постоянном напряжении и тревожном ожидании и приводящие в конце концов к нервным срывам. Нередко в характере невротических нарушений четко прослеживается их защитный механизм.

Субаффективные фазы, сочетающиеся с астенией и нарушениями сна, выступают при этом в виде стертых вялодинамических соматизиро-

ванных или невротических субдепрессий, субъективно расцениваемых как «периоды переутомления», с включением obsессивных и фобических явлений, а также кратковременных или более затяжных (до двух месяцев) дистимических, гипотимических состояний без признаков интеллектуального торможения, но с раздражительностью, угнетенностью, плаксивостью, ощущением физического нездоровья либо тревожным аффектом. Аффективный фон характеризуется неустойчивостью, в силу чего возможны неожиданные, хотя и кратковременные, улучшения состояния с последующим их «спадом».

### 3. Константная форма психопатологического диатеза.

А.П. Коцюбинским [6] было сформулировано представление о константной форме психопатологического диатеза. При анализе данных о преморбидном периоде больных шизофренией была обнаружена связь преморбидных константных субклинических особенностей индивида с некоторыми клиническими характеристиками развившегося впоследствии заболевания, что подтвердило правомочность отнесения этих феноменов в разряд проявлений психопатологического диатеза. Об этом свидетельствуют и наблюдения С.Н. Мосолова [9], отметившего у будущих пациентов некоторые признаки когнитивной и «мягкой» негативной (дефицитарной) недостаточности, что является показателем слабости адаптивных механизмов уже в преморбидном периоде.

Представление о константной форме психопатологического диатеза тесно смыкается с вопросом об их соотношении с личностными расстройствами. Как показало исследование, проведенное А.А. Чумаченко [20], преморбидная личность будущих психически больных, как правило, отличается сочетанием различных характерологических радикалов, и квалифицировать тип личности можно только по преобладанию одного/двух из них. При этом чем явственнее проявляются расстройства личности, тем в большей степени они «сцеплены» с симптомами константного психопатологического диатеза.

Эти связи представляются вполне логичными в силу явного сходства содержания характерологических особенностей и конкретных проявлений константной формы диатеза, что свидетельствует об условности разделения личностных расстройств и некоторых проявлений константной формы психопатологического диатеза.

Так, было подтверждено [11], что чем в большей степени у пациентов выражены преморбидно присущие им расстройства личности, тем вероятнее обнаружение у них симптомов диатеза. Справедливо и обратное: имеется отчетливая тенденция к учащению различных проявлений диатеза по мере утяжеления личностных расстройств (от акцентуаций до выраженных психопатий). Другими словами, множественность симптомов психопатологического диатеза и «грубость» характерологических особенностей сопутствуют друг другу.

Учитывая то обстоятельство, что все варианты константного диатеза были выделены независимо от изучения характерологических особенностей исследуемых, данные о схожести проявлений константного диатеза по некоторым важным параметрам, а в ряде случаев и полной его тождественности с особенностями личности, являются веским аргументом в пользу гипотезы о возможности трактовки расстройств личности как верифицированного психопатологического диатеза. «Если «психопатические» проявления, — отмечает С. Ю. Циркин [17], — занимают ведущее место в клинической картине диатеза, правомерно говорить о его психопатической форме». В этом смысле понятно отнесение В.Б. Волобаевым [2] к биологическому блоку функционального диагноза личностных особенностей пациентов, предрасполагающих к развитию заболевания.

За прошедшие сто с лишним лет развития психиатрии накоплен огромный опыт пограничной психиатрии, который показывает, что разрыв между «чертой личности» (trait) и болезненным состоянием (state) не столь уж непреодолим, и противопоставление этих категорий некорректно [17]. В частности, хорошо известно, что предболезненные состояния могут быть совсем неглубокими и длиться долгие годы и даже десятилетия.

Диагностика склада личности традиционно осуществляется на основании выявления совокупности ее наиболее характерных черт. Однако нельзя утверждать, что значительное число этих признаков не может выявляться при разных характерологических типах, то есть представлять собой транстипологический феномен.

Исходя из этих рассуждений и подвергнув анализу клиническую реальность, можно считать обоснованным утверждение, что константная форма диатеза базируется на констелляции следующих базовых характеристик — диссоциированности и дефицитарности [4], которые, будучи «транстипологическими» [16], доступны для изучения с использованием математических моделей анализа и позволяют исследовать весь спектр разнообразных по феноменологии и тяжести проявлений личностных расстройств.

**1. Диссоциированность** — несогласованность потребностей, способностей, установок и поведения в разных сферах психической жизни, проявляющаяся в:

а) противоречивости характерологических черт (например, интровертированности со стремлением к лидерству);

б) несоответствии субъективных переживаний объективно фиксируемым особенностям поведения (например, декларируемой стеснительности со стеничным поведением), рассогласовании между поступками или образом жизни индивида, с одной стороны, и «характерологическими чертами» — с другой;

в) неравномерности уровня развития различных сторон психики (например, эмоциональной недифференцированности и интеллектуальной одаренности; затруднений в сфере логического

или математического интеллекта при хорошем или даже опережающем развитии вербального интеллекта; дисбалансе психического и моторно-мимического реагирования (синдром неуклюжего ребенка);

г) несоответствии чрезмерно развитой внутренней эмоциональности и рефлексивности (повышенная впечатлительность, живость воображения, эмоциональная неустойчивость) при внешней сдержанности в проявлении эмоций.

**2. Дефицитарность** — ущербность психики, может быть тотальной и парциальной.

**Тотальная дефицитарность:**

а) явления психического инфантилизма — относительно равномерно выраженная задержка развития как в сфере эмоционально-волевых проявлений, так и в когнитивной сфере, что отражается на характере суждений, оценок и способностей к синтезу, критическому осмыслению ситуации и самого себя [18]. Клинически некритичность устанавливается по непродуманности тех конкретных жизненных аспектов, которые объективно значимы для индивидуума и в силу этого требуют должного понимания, причем недопонимание реальности происходит не в связи со снижением интеллекта, а вследствие игнорирования объективности и придания неадекватно большого значения субъективным представлениям и мотивам [17];

б) пассивность всех психических проявлений, слабость побуждений при определенной эмоциональной нивелированности — так называемые «образцовые личности», «пассивные шизоиды», «дефицитарные личности» [19].

**Парциальная дефицитарность**, при которой наиболее существенной является дефицитарность в следующих сферах:

а) интеллектуальной — задержка в речевом развитии, избирательная интеллектуальная дефицитарность: неравномерность развития с элементами дисграфии, дислексии, дислалии, дискалькулии; резко различающиеся способности к математическим, гуманитарным и естественным предметам, преподаваемым в школе;

б) эмоциональной — врожденная слабая насыщенность и дифференцированность эмоциональных переживаний; эмоциональная бледность, невысокая амплитуда аффективных реакций; в этом случае эмоциональные отношения близки к равнодушию, влечения слабы, собственное положение в (микро)социуме и порядок вещей в окружающей жизни не вызывают ни удовольствия, ни досады [17];

в) «энергетической» — задержка в развитии моторики; снижение интенсивности побуждений; легкая степень безынициативности; некоторая общая заторможенность;

г) коммуникативной — страх перед общением, трудность вхождения в любой коллектив; отсутствие длительных, прочных дружеских связей; отсутствие постоянных компаний; неумение поддерживать беседу, особенно по телефону;

д) сексуальной — сексуальная ретардированность при социальной зрелости, страх перед

представителями противоположного пола и половыми отношениями.

Как видно из содержания, вкладываемого в понятие базовой составляющей константной формы диатеза, среди перечисленных расстройств нет несовместимых, и комбинирование разных составляющих — обычное явление.

Таким образом, к проявлениям константной формы диатеза особенности личности можно отнести в том случае, если они сопровождаются несомненными проявлениями диссоциированности и/или дефицитарности различных аспектов функционирования индивидуума. При этом, как свидетельствуют проведенные нами исследования, при любом варианте константной формы психопатологического диатеза могут наблюдаться как специфические (для данного типа расстройства личности), так и неспецифические реакции и состояния в виде различных проявлений эпизодической и фазной формы психопатологического диатеза.

Сравнительное исследование психопатологического диатеза в группах больных шизофренией и аффективными расстройствами позволило сделать вывод, что уже на стадии предболезни прослеживаются тенденции к циклоидности и/или диссоциации, которые можно рассматривать как доминирующие проявления циркулярности и схизиса. В этом просматривается структурно-динамическая связь психопатологического диатеза с последующим заболеванием, и именно циклоидность и диссоциацию можно считать проявлениями действия патогенетических факторов в преморбидном периоде [20].

В частности, если рассматривать качественные особенности проявлений психопатологического диатеза, то можно отметить «избирательность» связи некоторых вариантов психопатологического диатеза с проявлениями личностной аномалии. Так, фазная форма (невротические реакции), «поздняя» аффектотропная форма и парциальная (социально-психологическая) дефицитарность имеют отчетливую связь с теми или иными личностными радикалами, в силу чего могут трактоваться как личностно зависимые, так как проявления диатеза и особенности личности в этом случае оказывают взаимное патопластическое влияние, формируя друг друга.

Вместе с тем «ранние» проявления диатеза и «поздние» диссомнические и «шизотропные» варианты оказываются личностно независимыми. В отношении «ранних» проявлений можно думать, что их независимость, по-видимому, связана именно с ранним возрастом возникновения: они появляются на том этапе, когда еще нельзя говорить о формировании личности. Что касается специфических расстройств сна («диссомнические»), то их можно рассматривать как признак в большей степени органической стигматизации. В отношении же «шизотропного» варианта логично предположение, что имеющиеся в его рамках нарушения мышления и восприятия относятся к тем симптомам, которые не выводимы непосред-

ственно из личностных свойств у будущих больных.

При этом у **больных с проявившимися в дальнейшем расстройствами шизофренического спектра** (шизотипические расстройства и шизофрения) клиническая картина диатеза оказывается преимущественно личностно-независимой (поздние шизотропные) и сходной в своей константной форме с самой сложной структурой преморбидной личности (диссоциированность, ретардация и энергетический дефицит), которые входят в структуру шизоидных, ананкастно-тревожных и астенических проявлений. Такого рода сочетание личностно-независимых проявлений психопатологического диатеза с отчетливо выраженными преморбидными личностными особенностями (от акцентуации до расстройств личности) — суть **доклинические проявления схизиса**.

Отсутствие «связи» определенной формы диатеза с соответствующей структурой личности наблюдается лишь в случае паранойяльной (параноидной) психопатии, формированию которой **предшествуют** особенности диатеза и конституциональное носительство иных личностных особенностей (от акцентуации до психопатии. При этом клинически паранойяльность проявляется в более зрелом возрасте, характеризуюсь глубокой убежденностью индивида в правильности своих представлений о жизни и негибкостью его поведения либо фанатическим уходом в религиозно-мистическое существование.

У **будущих больных с аффективными расстройствами** картина психопатологического диатеза оказывается принципиально иной, а именно — личностно зависимой (фазная форма в виде реактивной лабильности и «поздняя» аффекто-тропная в виде спадов активности и настроения). Иными оказываются и сложные картины преморбидной личности (от акцентуации до психопатии), которые включают в себя циклотимические, ананкастно-тревожные и (в меньшей мере) истерические проявления. В результате аффективные колебания как проявления циклоидного характера практически неотличимы от гипотимических и астено-гипотимических проявлений диатеза. В ряде случаев (но далеко не всегда) эти расстройства личности сохраняются на протяжении всей жизни. Такого рода сочетание проявлений диатеза и личностных особенностей является общим проявлением циклоидных свойств личности, то есть **доклинических проявлений циклоидности**.

В случае уже развившегося психического заболевания, особенно на ранних его стадиях, знание особенностей психопатологического диатеза у конкретного больного позволяет судить о перспективах клинического восстановления пациента.

Так, Ю.В.Мельниковой [8] было показано значение психопатологического диатеза для последу-

ющего социального восстановления больных; при этом роль психопатологического диатеза оказалась тем более значимой, чем меньше прогрессивные тенденции развившегося заболевания.

Излагаемое выше понимание психопатологического диатеза расходится с точкой зрения исследователей, принадлежащих к школе А.Б. Смулевича [13], которые, ранжируя все расстройства личности на два ряда («прототипические» и «расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза»), считают, что явления психопатологического диатеза свойственны только «непрототипическим» (то есть шизотипическому и пограничному) расстройствам личности, а также невротической конституции и что только им «свойственны повышенная готовность к манифестации психопатологических симптомокомплексов и ...широкий спектр временных, обратимых расстройств как психогенного, так и эндогенноморфного (шизотипического и аффективного) круга». Такая точка зрения минимизирует представление об уязвимости будущих психически больных и касается лишь некоторых статических характеристик диатеза.

Трудно согласиться и с точкой зрения С.Ю. Циркина [17], считающего возможным выделение в психопатологическом диатезе до манифестного и манифестного этапов его течения. В связи с этим автор утверждает, что к психопатологическому диатезу «несомненно следует отнести почти все «нозологические» рубрики функциональных психических расстройств из традиционной концептуальной систематики: реактивные состояния, неврозы, аффективные расстройства (включая циклотимию), психопатии (расстройства личности) и латентную (непрогрессирующую) шизофрению», что вряд ли правильно, так как такая расширительная трактовка «растворяет» содержание феноменов, относящихся к предболезни, в широком круге разнообразных психических расстройств.

Таким образом, современные представления о клинических проявлениях психопатологического диатеза, их прогностическом значении и месте в патогенезе психозов остаются спорными, хотя на этапе нынешних возможностей медицины и фармакологии изучение донозологических расстройств становится все более актуальным. Вместе с тем определение места разнообразных доклинических психопатологических расстройств в динамической системе «патос — нозос» имеет существенное значение для теории развития психозов. Уточнение их прогностического значения важно для общемедицинской (в особенности — педиатрической) практики здравоохранения, поскольку дает основания для решения вопроса о степени риска развития психического заболевания и целесообразности превентивного вмешательства.

## Литература

1. Вандыш М.В. Клиника и лечение невротоподобного синдрома в структуре шизотипического расстройства: автореф. дис... канд. мед. наук. — Москва. — 2008. — 24 с.
2. Волобаев В.М. К вопросу о функциональном диагнозе синдрома эмоционального выгорания // Психотерапия. — 2008. — № 11. — С. 25–29.
3. Дмитриева Т.Б. Введение / Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2007. — С. 9–14.
4. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из группы высокого риска по эндогенным психическим заболеваниям // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1986. — В. 10. — С.1534-1538.
5. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) // Обозр. психиатр. и мед. психолог. им. В.М.Бехтерева. — 1996. — №2. — С.203-212.
6. Коцюбинский А.П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб. — 1999. — 46 с.
7. Макушкин Е.В. Принципы диагностики в подростковом возрасте // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / под ред. В.А.Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2007. — С. 252-280.
8. Мельникова Ю.В. Значение психопатологического диатеза для социальной адаптации больных эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. .... канд. мед. наук. — СПб. — 2008. — 22 с.
9. Мосолов С.Н. Предисловие к русскому изданию: Шизофрения. Клин. руководство: пер. с англ. // Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли / Под общ. ред. С.Н. Мосолова. — М.: МЕДпресс-информ. — 2008. — С. 9-20.
10. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическая предпатология (превентивная диагностика и коррекция). — СПб: ЭЛБИ-СПб. — 2010. — 368 с.
11. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний) / Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. [др.]. — СПб: Гиппократ. — 2008. — 128 с.
12. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина. — 1987. — 182 с.
13. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Современные аспекты психофармакотерапии расстройств личности // Психиатрия. — 2004. — № 5 (11). — С. 7–13.
14. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophræniæ // Шизофрения. Мульти-дисциплинарное исследование. — М.: Медицина. — 1972. — С. 5–15.
15. Циркин С.Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — № 2. — С. 114–118.
16. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатрический журнал. — 1998. — № 4. — С. 5–8.
17. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. — М.: Изд-во БИНОМ. — 2012. — 288 с.
18. Цуцурьковская М.Я., Минскер Э.И., Пекунова Л.Г. Исследование психического инфантилизма больных юношеской шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1975. — В.1. — С. 102–110.
19. Цуцурьковская М.Я., Пекунова Л.Г., Михайлова В.А. Преморбидная личность больных приступообразной шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. — 1977. — В.4. — С. 547–557.
20. Чумаченко А.А. Проявления психопатологического диатеза у больных эндогенными психическими расстройствами: автореферат дис. канд. ... мед. наук. — СПб. — 2003. — 23 с.
21. Шейнина Н.С. Дисфункциональные состояния в анамнезе больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л. — 1985. — 16 с.
22. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О Аксенова [и др.]. — СПб: Гиппократ+. — 2004. — 336 с.
23. Chung R., Langeluddecke P., Tennant C. Threatening life events in the onset of schizophrenia, schizophreniform psychosis and hypomania // Brit. J. Psychiat. — 1986. — No. 148. — P. 680–685.
24. Evidence for early, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder. Results from a longitudinal birth cohort / M. Cannon, A. Caspi, T. Moffit [et al.] // Arch. Gen. Psychiat. — 2002. — Vol. 59(5). — P. 449-456.
25. Jablensky A. Epidemiological and clinical research as a guide in the search for risk factors and biological markers // J. Psychiatr. Res. — 1984. — Vol. 18. — P. 541-554.
26. Neuropsychologic functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: the effect of genetic loading / S.V. Faraone, L.J. Seidman., W.S., Kremen [et al.] // Biol. Psychiatry/ — 2000. — Vol. 15. — P. 120–126.
27. Non-specific differences in neurocognitive performance in psychotic disorders / G. Selva., R. Tabares., J. Salazar [et al] // Actas Esp Psiquiatr. — 2000. — Vol. 28(5). — P. 312–324.
28. Outpatients with schizophrenia and bipolar 1 disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning / F.B. Dickerson., J. Sommerville., A.E Origoni. [et al.] // Psychiatry Res. — 2001. — Vol. 102. — P. 21–27.
29. Zubin J., Spring B. Vulnerability—a new view of schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. — 1977. — Vol. 86. — P. 103–126.

*Сведения об авторах*

**Коцюбинский Александр Петрович** — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: ak369@mail.ru

**Шейнина Нина Семеновна** — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: sheinini@yandex.ru

**Пенчул Наталья Алексеевна** — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: penchul@inbox.ru