

## Предвестники психического заболевания Сообщение 2. Психосоматический диатез

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

**Резюме.** В статье рассматриваются психосоматические и соматопсихические дисфункции, предшествующие развитию как соматоформных расстройств, так и широкого круга психосоматических заболеваний. Обосновывается концепция психосоматического диатеза; предлагается его систематизация, описана динамика различных типов психосоматического диатеза. Проводится параллель между психопатологическим и психосоматическим диатезами.

**Ключевые слова:** психосоматический диатез, психосоматические заболевания, соматоформные расстройства.

### The precursors of mental disease Post 2. Psychosomatic diathesis

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

**Summary.** The psychosomatic dysfunction prior to the development of both somatoform disorders, and a wide range of psychosomatic illnesses, justification of the conception of psychosomatic diathesis, its systematization, the dynamics of various types of psychosomatic diathesis are discussed in the article. A parallel between psychopathological and psychosomatic diathesis is drawing.

**Key words:** Psychosomatic diathesis, psychosomatic illness, somatoform disorders

С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков [6] высказали предположение о существовании своеобразного психосоматического диатеза, который при наличии декомпенсирующих стрессовых факторов «играет существенную роль в манифестации психосоматических заболеваний или соматоформных расстройств с тенденцией к невропатическому или психопатическому развитию личности». Фактически об этом же говорится в работах А.Б. Смулевича [13, 15], развивающего концепцию о преморбидной психосоматической уязвимости пациентов.

С точки зрения П.И. Сидорова и И.А. Новиковой [12], психосоматический диатез – это «нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние», которое под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленных аномалий и т.п.) факторов может трансформироваться в функциональные психосоматические нарушения, проявляющиеся органными неврозами или другими соматоформными расстройствами.

Данные литературы и собственные клинические наблюдения позволяют предположительно сделать следующие выводы.

1. Существует категория лиц с конституционально (биологически) обусловленной уязвимостью к психосоматическим заболеваниям, под которой мы понимаем клинически не выявляемое снижение толерантности определенных соматических систем организма к стрессовым воздействиям.

2. Под влиянием стрессовых (психических и/или соматических) воздействий у таких лиц

развиваются различные психосоматические реакции (сопровождающиеся соматовегетативными, эндокринными и иммунными функциональными сдвигами), для которых характерно отсутствие морфологических изменений, соответствующих соматическим жалобам пациентов. Эти дисфункциональные состояния могут быть квалифицированы как проявления психосоматического диатеза; их появление знаменует наступление этапа предболезни [11].

3. В случае продолжения действия стрессоров психосоматические дисфункциональные состояния трансформируются в соматоформные расстройства и психосоматические заболевания. При этом соотношение идеаторной представленности патологических телесных перцепций и объективно наблюдаемых соматовегетативных сдвигов можно обозначить как проявления «психосоматической пропорции» [2].

Мы полагаем, что психосоматический диатез, как и психопатологический, может быть эпизодическим (реакции), фазным и константным (акцентуации личности).

А. Эпизодический психосоматический диатез представлен различными нозогенными соматизированными реакциями, проявляющимися в виде отдельных дисфункций сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой и опорно-двигательной систем: а) так называемого «психовегетативного синдрома» в форме ахалазии-кардиоспазма, нейроциркуляторной дистонии с неприятными ощущениями и покалываниями в области сердца, сердечной дизритмии, сосудистых кризов и орто-

статических обмороков, трансформирующихся в начальные этапы гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, цереброваскулярной патологии, метеотропных сосудистых реакций, неприятных ощущений в голове и головных болях; б) нарушения глотания (особенно твердой пищи), спазмы пищевода, дисфункция желудка (диспепсия, гастралгия, тошнота, рвота), дисфункции кишечника (метеоризм, запор, диарея, болезненные спазмы) и др.; в) учащенного или затрудненного мочеиспускания, никтурии, полиурии и олигоурии, цисталгии, болезненного мочеиспускания, сексуальных дисфункций; г) синдрома гипервентиляции (психогенной одышки), нервного кашля и нервной икоты; д) мышечных болей в покое и при напряжении, спазмов скелетных мышц, интермиттирующего гидроартроза; д) эпизодических или сезонно повторяющихся аллергических реакций, переходящих, но возобновляющихся под влиянием разных факторов; е) гипергидроза, кожной гиперестезии, неадекватных вазомоторных реакций (покраснения, бледности), кожного зуда различной локализации и других расстройств [5, 7].

В этом отношении интересна ситуация, связанная со сменой акцентов в интерпретации таких вариантов «психовегетативного синдрома», которые еще относительно недавно трактовались, как вегетативные или тревожно-вегетативные кризы [3], а в настоящее время получают психопатологическую квалификацию в качестве панического расстройства [8]. Такого рода смена понятий (от соматического к психическому полюсу) отражает общую тенденцию к психологизации клинических явлений и их упрощенной патогенетической трактовке [5].

Б. Фазный психосоматический диатез: эпизодическая реактивная лабильность с гипертрофированной чувствительностью к сенсориям со стороны телесной сферы. К его проявлениям можно отнести «проприоцептивный диатез» [18], невропатический диатез [15] – склонность к вазовегетативным и другим функциональным нарушениям со стороны внутренних органов (эгодистонное отношение к различным телесным сенсориям): альтернирующие полисистемные синдромологически незавершенные органоневротические симптомы и вегетативные расстройства (признаки метеопатии, немотивированный субфебрилитет, сенсбилизация к инфекционным агентам, аллергиям и пр.).

В динамике такие вегетосоматические нарушения нередко оказываются аффилированными с аффективной патологией. При этом на разных этапах течения могут преобладать либо психовегетативный симптомокомплекс с выраженными аффективными расстройствами, либо более грубые соматические нарушения, перекрывающие слабо выраженное аффективное сопровождение. Психопатологическая или соматическая направленность этих изменений чаще всего непредсказуема [5].

В. Константный психосоматический диатез.

С.А. Овсянников и Б.Д. Цыганков [6] считают, что развитие психосоматического диатеза обусловлено «сочетанием «слабого» типа нервной системы (меланхолический темперамент в комплексе с сенситивностью, пассивной жизненной позицией) с общим ослаблением биологического энергетического уровня. Это доказывается дисгармонией сферы инстинктов при особой «экзальтированности» инстинкта самосохранения, «стигматизированностью» структуры личности астеническим радикалом с невыносимостью к физическим и психическим нагрузкам, эмоциональной ранимостью, гиперестезией, а иногда гиперпатией, отсутствием уверенности в себе, склонностью к формированию страхов и опасений, тревожностью, зависимостью, чувством собственной неполноценности.

В целом с этим солидарны П.И. Сидоров и И.А. Новикова [12], которые среди психофизиологических особенностей лиц, склонных к психосоматическим заболеваниям, отмечают слабый или среднеслабый неуравновешенный тип нервной системы, высокую эмоциональность и аффективную неустойчивость и такие личностные особенности, как доминирующая тревожность и значительная представленность алекситимии. С точки зрения авторов, «такая личность... не имеет полноценных психосоциальных ресурсов для продуктивной самореализации в учебной и трудовой деятельности, коммуникативной среде и семейных отношениях. Именно поэтому компенсаторным механизмом является развитие психосоматического заболевания».

Применительно к клинической квалификации описанные выше характерологические особенности константного психосоматического диатеза сочетаются, с нашей точки зрения, с одним из следующих психосоматических феноменов, которые А.Б. Смулевич [13, 15] рассматривает в континуме гипо/гиперкоэнестеziопатии

1. Соматопатия [20], невропатическая конституция [13], «соматическая гиперперсонализация» (термин предложен Э. Б. Дубницкой – цит. по [13]), клинические проявления которой выступают в качестве гиперкоэнестеziопатического полюса соматопатической конституции. Ее особенностью является наличие патохарактерологических девиаций с гипертрофированной чувствительностью к сенсориям со стороны телесной сферы, явлениями гиперсенестезии в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), сочетающиеся с врожденной неполноценностью вегетативных функций на фоне гипостении (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно провоцируемые астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

При этом наблюдается сочетание основного нарушения (константной формы диатеза) с другими вариантами психосоматического диатеза:

а) «вкрапление» эпизодических дисфункций (эпизодическая форма) в виде вегетососудистых

кризов (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз);

б) «вкрапление» реактивной лабильности (фазная форма) с появлением нозогенных реакций, эндоформных реакций, которые представлены витальной тревогой (сопровождающейся физическим ощущением тяжести) с танатофобией, манифестирующей при приступах стенокардии и бронхиальной астмы.

Как было указано выше, сочетание проявлений разных вариантов (диатеза) характерно и для психопатологического диатеза.

2. Соматотония [19], соматотоническая конституция (гипертрофированное сознание телесного Я у людей с высокоразвитыми физическими способностями): гедонистическое ощущение повышенного телесного тонуса (занятия спортом, потребность в физических упражнениях и способность получать от них наслаждение), толерантность к высоким нагрузкам (энергичность, экстремальные условия труда, стремление к видам деятельности, характерным для молодежи, хорошая переносимость экологически неблагоприятных факторов); «культ тела» со стремлением к поддержанию «безупречной» физической формы (здоровый образ жизни, заимствованный из популярных стереотипов).

3. Сегментарная деперсонализация [16], выступающая в качестве гипоконестезиопатического полюса соматоперцептивных акцентуаций — дефицит телесного самосознания (антиипохондриа), признаки психической анестезии, асенестезии и редукции/отсутствия сознания своего телесного «Я», снижение чувствительности к боли и другим мучительным телесным страданиям. Характерна психическая ареактивность («упругость» по Druss R.A. et al., 1988, — цит. по [15]) к проявлениям соматических катастроф (соматической болезни).

При наличии психосоматического диатеза неблагоприятная констелляция стрессовых воздействий может привести к появлению следующих феноменов.

1. Соматоформные расстройства [F45 по МКБ-10], в инициуме которых имеют место функциональные нарушения, возникающие на основе взаимодействия психических и соматических факторов, и проявляющиеся в виде повторяющихся, множественных, клинически значимых для пациента жалоб.

Соматоформные расстройства в дальнейшем, в случае продолжения действия стрессора, приобретают характер функционально-органических нарушений, обусловленных связанными между собой психосоматическими или соматопсихическими соотношениями единого болезненного процесса.

А. Обусловленные психосоматическими соотношениями.

К этой группе относятся: соматизированное психическое расстройство [F45.0 по МКБ-10], характеризующееся множественными жалобами, которые относятся к любой части тела, а так-

же недифференцированное соматоформное расстройство [F45.1] и хроническое соматоформное болевое расстройство [F45.4], когда имеются определенные основания для предположения о соматизации психологически обусловленного страдания. Эти больные (а они составляют 25-40% общесоматического контингента) считают себя соматически больными и обращаются за помощью к врачам терапевтического профиля, а то и к хирургам. Даже ипохондрические идеи и опасения, которые ими движут, трудно признать патологическими — ведь их соматические функции действительно нарушены, и это не может не вызывать беспокойства у пациентов [7]. Такого рода патологические телесные ощущения, лишённые реальной соматической основы, гетерогенны и с трудом поддаются классификации [4]. В настоящее время нет полного представления о механизмах, лежащих в основе соматизации психических нарушений.

Помимо описанных выше, соматическими симптомами сопровождаются многие депрессивные нарушения, они являются неотъемлемой частью тревожных и тревожно-фобических расстройств, посттравматического стрессового расстройства, диссоциативных (конверсионных) расстройств и др. Такая ситуация свидетельствует о том, что систематика соматизированных психических расстройств в настоящее время далека от завершения, а анализ диагностических рубрик раздела соматоформных расстройств в МКБ-10 показывает их недостаточность и внутреннюю противоречивость [2].

Б. Обусловленные взаимосвязанными психосоматически-соматопсихическими соотношениями — психовегетативные нарушения [F45.3], которые представлены как изменениями вегетативной регуляции, доступными объективной верификации, так и субъективно переживаемыми «соматоформными» феноменами, являющимися проявлениями соматизации аффективных (тревожно-депрессивных) расстройств. Симптоматика такого рода «психосоматозов», то есть соматических заблуждений, в генезе которых определенную (но не этиопатогенетическую) роль играют психогенные факторы, не ограничивается жалобами «соматического» характера, но практически всегда сопряжена с явными или скрытыми (доступными тем не менее специальным исследованиям) компонентами аффективной структуры [5]. Соматизация в этих случаях понимается не как некая особая клиническая форма, а как процесс вовлечения различных физиологических функций (имеющих отчасти органическую основу) в патогенез и клиническое оформление патологических психических состояний.

При этом соматическая дисфункция и аффективная патология оказываются тесно аффилированными друг с другом и обнаруживаются непосредственные взаимосвязи в клинических проявлениях и течении (при углублении аффективных расстройств усугубляются проявления соматической патологии, равно как ухудшение

течения соматического заболевания сопровождается усилением аффективной составляющей клинической картины). В связи с этим можно сказать, что вегетативно-соматические изменения или «психовегетативный синдром» [21] являются посредниками и/или промежуточным звеном патогенеза и клинического оформления симптоматики не только при ее трансформации от субаффективной к развернутой аффективной, но также и при трансформации от субаффективной к соматической.

К этим расстройствам можно отнести «кардионевроз», «нейроциркуляторную дистонию», «сердечную аритмию», «расстройства пищеварительной системы («невроз желудка») и дисфункцию других органов и систем (F45.30–45.38).

В. Обусловленные соматопсихическими соотношениями.

1. Соматоорганические — психические расстройства вследствие повреждающего влияния соматического заболевания на центральную нервную систему (сосудистые заболевания головного мозга, инфекционные факторы и т.д.), которые в МКБ-10 фиксируются в рубриках F00-F09 [2].

1) Соматореактивные — возникают как следствие реакции личности на соматическое заболевание (нозогении) и/или некоторые методы лечения (что в совокупности выступает в качестве психотравмирующего события). При этом механизмы воздействия соматической болезни на психику могут трансформироваться: на начальных этапах хронического соматического заболевания развивающиеся у пациента психические расстройства имеют исключительно психогенную (нозогенную) природу и проявляются в широком диапазоне — от воздействия на отдельные психологические характеристики вплоть до развития затяжных невротических состояний. В дальнейшем к ним могут присоединяться соматогенные влияния, выступающие как органический фактор, сформированный в результате оперативных вмешательств, общего наркоза, химиотерапии [2]. Такое сочетание влияния соматической болезни (психогенное и органическое) на психику проявляется, например, в форме депрессии и мнестических расстройств после операции аортокоронарного шунтирования, аффективных, анксиозных и астенических состояний у больных, получающих гемодиализ, и др. [F32, F41, F43, F44].

2) Соматхарактерологические, проявляющиеся в форме трансформации личности [F45.2], то есть ее «ипохондрического перерождения» от уровня акцентуации до псевдопсихопатии (психопатического развития личности) в результате преувеличения и интерпретации реальных соматических ощущений.

3) Соматоэндогенные, возникновение которых связывается с наличием промежуточного звена между психическим и соматическим — «соматического диатеза» [17]. Проявления соматического диатеза в соответствии с представлениями автора опосредуют воздействие соматической сферы

на психическую сферу, способствуя активизации (манифестации/экзацербации) аффективных нарушений.

2. Психосоматические заболевания, то есть развитие или экзацербация соматической патологии под влиянием психогенных факторов (психосоматические заболевания в традиционном их понимании): ишемическая болезнь сердца, эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, ревматический артрит, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит и ряд других (в том числе аллергических) болезней.

Схема развития этих заболеваний, по Ф. Александер [1], следующая: бессознательные конфликты порождают хроническое эмоциональное напряжение, которое приводит к хроническому напряжению вегетативной нервной системы, которое, в свою очередь, приводит к функциональным, а затем и необратимым изменениям внутренних органов. С таким же правом «психосоматическими» можно обозначить большинство хронических соматических расстройств, обнаруживающих симптоматические (по современным представлениям) взаимосвязи с психической сферой.

Как подчеркивает В.Н. Краснов [5], психосоматические заболевания, с позиций современных знаний, представляют собой преимущественно тяжелые формы собственно соматической патологии с определенными обменно-трофическими нарушениями, доступные лишь симптоматической терапевтической коррекции. При этом первичные провоцирующие факторы обычно утрачивают свое значение для рецидивов заболевания и его прогрессивного течения.

Можно отметить, что динамические закономерности развития психосоматической патологии дают возможность понимания не только тесных связей психических (преимущественно аффективных) расстройств с соматическими нарушениями, но и определенную направленность изменений: от функционального к органическому регистру. Соответственно этой динамике изменяется и структура аффективного звена в этом состоянии [5, 10].

Таким образом, при сопоставлении психопатологической и психосоматической форм диатеза становится очевидным не только их сходство по времени возникновения и форме проявлений (эпизодическая, фазная, константная), но и глубокое родство их семиотики (греч. σημειωτική, от σημείον — знак, признак) и, в силу этого, условность разделения по телесному или психическому акценту. Общим оказывается то обстоятельство, что каждой конституции, а в последующем и болезни присущи свои, предпочтительные дисфункции: а) преаффективным циркулярным проявлениям соответствуют проникнутые витальностью колебания соматовегетативного статуса; б) прешизофреническая астеническая интолерантность с дистонностью легко декомпенсируется психологическими нагрузками и соматогениями, в результате чего ломается присущая этим инди-

видам крупная вегетативная стабильность, телесно окрашивая возникающую психопатологическую диссоциированность.

Возможно, в последующем исчезнет разделение диатеза на две формы, и тропные друг к другу психические и соматические дисфункции будут рассматриваться как более объемные характеристики, отражающие преморбидный период расстройств.

Пока же можно сказать, что, как видно, при обеих (психопатологической и психосоматической) формах психического диатеза важное значение придается психическому стрессу (в совокупной форме, то есть — травматическим стрессорам, макрострессорам и стрессорам повседневной жизни), рассматриваемому как важное звено биопсихосоциальных представлений о механизмах развития расстройств шизофренического и аффективного кругов [9].

Не случайно в последние годы явления психического стресса считаются доминирующими в развитии широкого спектра как неэндогенных, так и эндогенных психотических расстройств.

Рассматриваемая концепция психического диатеза оказывается удачно «встроенной» в общее медицинское представление о состояниях предболезни, оответствуя модели соматических диатезов (геморрагического, лимфатического, аллергического). Общим здесь является то, что, при существовании разных подходов к выделению конкретных видов диатеза, речь всегда идет об особом состоянии организма, когда его функции находятся в неустойчивом равновесии и он обладает такими унаследованными или рано приобретенными свойствами (уязвимостью), которые при стрессовых ситуациях предполагают клинически проявляемый неадекватный ответ в форме патологических реакций и состояний.

### Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер.с англ. — М.: Эксмо-Пресс. — 2002. — 320 с.
2. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект) // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2011. — № 1 [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>.
3. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. — М.: Медицина. — 1981. — 320 с.
4. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев: Сфера, 1999. — Т.1. — Т.1- 300 с. — Т.2. — 436 с.
5. Краснов В.Н. Психосоматические аспекты расстройства аффективного спектра: клинические и организационные проблемы / Психические расстройства в общей медицине. — 2012. — № 2. — С. 12-15.
6. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико-практическое руководство. — М.: Триада-Фарм. — 2001. — 100 с.
7. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическая предпатология (превентивная диагностика и коррекция). — СПб: ЭЛБИ-СПб. — 2010. — 368 с.
8. Панические атаки / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева [и др] А.Б. -М.: Эй-дос Медиа. — 2004. — 408 с.
9. Психиатрия. Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.:ГОЭТАР-Медиа, 2009. — 1000 с.
10. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и некоторые подходы к их терапевтической коррекции / В.Н Краснов, Н.Р. Палеев, Н.В Мартынова [и др] // Доктор. Ру. — 2010. — Вып. 55 (4). — С. 34–38.
11. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. — Л.: Медицина, 1987. — 182 с.
12. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, КЖ, медико-социальная помощь больным // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2010 [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru>.
13. Смулевич А.Б. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 08. — № 1. — С. 5-8.
14. Смулевич А.Б. Расстройства личности. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2007. — 192 с.
15. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. — М.: «МЕДпресс-информ». — 2009. — 208 с.
16. Ladee G.A. Hypochondrische Syndromes. Amsterdam, London, N.Y. — 1966.
17. 17. Pierre-Kahn. La Cyclothymie. De la Constitution et de ses Manifestations. Paris, Steinheil, 1909.
18. 18. Rado S. Dynamics and classification of disturbances of behavior // Am. J. Psych. — 1953. — Vol. 6.
19. Scheldon W.H., Stevens S.S. The Varieties of Temperament: A psychology of constitutional differences. — N.Y., 1942.
20. Schneider K. Klinische Psychopathologie. — Stuttgart-New York: Georg Thieme Verlag, 1992. — 236 s.
21. Thiele W. Das psychovegetative Syndrom]. Münch. Med Wschr. — 1958. — Vol.; 100 (49). — P. 1918–1923.

*Сведения об авторах*

**Александр Петрович Коцюбинский** — 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

**Нина Семеновна Шейнина** — 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

**Наталья Алексеевна Пенчул** — 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