



Психосоматика в контексте развития интегративной медицины

Краснов В.Н. • Палеев Н.Р.

Интегративная медицина – перспективная модель современного подхода к обследованию и лечению обширного контингента больных, находящихся в сфере ответственности и взаимодействия специалистов психосоматического направления и соматопсихиатрии. В России до настоящего времени опыт такого взаимодействия фрагментарен и отражает инициативы отдельных коллективов. Вместе с тем накапливаются убедительные данные в пользу общих механизмов развития ряда соматических заболеваний и психических расстройств.

Ключевые слова: психосоматика, соматопсихиатрия, клиничко-патогенетические связи, «бимодальная природа» заболеваний, интегративная медицина.

Краснов Валерий Николаевич – д-р мед. наук, профессор; директор¹; заведующий кафедрой психиатрии факультета усовершенствования врачей²
✉ 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 963 76 26. E-mail: valery-krasnov@mail.ru

Палеев Николай Романович – академик РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой терапии факультета усовершенствования врачей³

Интегративный подход в медицине предполагает взаимодействие двух клинических категорий: соматопсихиатрии и психосоматики. Однако если предмет соматопсихиатрии вполне однозначно понимается как психические расстройства, возникающие вследствие относительно тяжелых форм соматической патологии, то психосоматика имеет существенные разночтения как в мировой, так и в отечественной медицине. Представляется оправданным еще раз попытаться очертить ее границы. Психосоматика может быть определена как системная концепция в медицине, представленная широким спектром исследований (клинических, биологических, психологических) на стыке наук медицинского профиля, изучающих нормальные и патологические взаимоотношения психических и соматических процессов.

В течение ряда десятилетий в психосоматике доминировала психодинамическая традиция,

которая была сфокусирована на ограниченной группе так называемых психосоматических болезней. Это позволило психосоматике получить статус междисциплинарного раздела науки, интегрирующего психиатрию и общую медицину и предусматривающего развитие современной психосоматической парадигмы. Тем не менее конкретные интерпретации механизмов развития ряда соматических заболеваний с психодинамических и психологических позиций не оправдали себя, а в эпоху доказательной медицины представляются умозрительными.

Более эвристичным, хотя и не вполне оформленным и ограничивающимся конкретными примерами тесной взаимосвязи соматической патологии и аффективных расстройств, следует считать выделение в 1927 г. Д.Д. Плетневым «циклосомии» [1], то есть установление неразрывной связи соматической и психической, в данном случае умеренно выраженной аффективной, патологии. При развитии начальных этапов аффективных расстройств и продромальных форм (психо)соматической патологии в той или иной мере практически всегда могут быть обнаружены проявления так называемого психовегетативного синдрома [2]. Психовегетативный синдром является неспецифическим посредником и промежуточным звеном патогенеза и клинического оформления симптоматики, ее трансформации от субаффективной к психосоматической или к развернутой аффективной. Соматическую или



Психосоматические и соматопсихические взаимосвязи (на примере клинической динамики бронхиальной астмы)

Клинические этапы	Основные факторы патогенеза	Психопатологические проявления
Этап «астмоидного бронхита»	Сочетание экзогенного (пылевого, токсико-аллергического) «триггера» и особого функционального состояния (неспецифический стресс, отрицательно окрашенные ситуационные реакции, вегетативные, иммунные, эндокринные дисфункции)	Неспецифические астено-гиперестетические явления (эмоциональная и вегетативная неустойчивость, нарушения сна, истощаемость). Аффективные расстройства преимущественно тревожного типа
Формирование типичной картины бронхиальной астмы	Токсико-аллергический воспалительный процесс и тревожно опосредованные вегетативные (психовегетативные) включения в клиническую картину	Эпизоды страха при первых астмоидных приступах. Стойкое субдепрессивное (дистимическое) изменение настроения
Прогрессирующее течение бронхиальной астмы	Усиление бронхообструктивных процессов, явления гипоксии	Углубление астении. Драматичное осознание факта болезни – тяжелого соматического заболевания и связанных с ним ограничений. Появление наряду с тревогой элементов тоски с переживанием бесперспективности лечения, «привязанности к терапии». Витализация тоскливого аффекта, скрытого картиной тяжелого «физического недуга»
Трансформация в хроническую обструктивную болезнь легких	Гипоксемия, электролитный дисбаланс, гемодинамические нарушения. Преимущественно соматогенные механизмы психических расстройств	Сложные аффективные расстройства с включениями апатии, эпизодов дисфории. Выявление нарушений памяти, внимания, интеллектуальной продуктивности

психопатологическую направленность дальнейшего развития заболевания зачастую трудно предсказать. Здесь имеют значение и наследственно-генетические, и пре- и постнатальные предпосылки уязвимости физиологических и нейрофизиологических систем, и дополнительные экзогенные вредности. При этом аффективные и нередко когнитивные и другие психические нарушения практически неизменно сопутствуют развитию и усложнению соматической патологии, равно как те или иные соматические нарушения сопутствуют психическим расстройствам, осложняют их течение, создают трудности в выборе лечения и во многих случаях сокращают продолжительность жизни пациентов.

В качестве собственно междисциплинарных и при этом широкомасштабных исследований психосоматического направления последних десятилетий правомерно рассматривать разработки школы А.Б. Смулевича [3, 4, 5, 6]. Названная школа развивает традиции отечественной клинической медицины, которая уже к концу XIX столетия обрела характер интегративной медицины.

К сожалению, интегративность научных и практических принципов была на длительное время в значительной мере утрачена. Лишь сейчас и в России, и в мире становится очевидной актуальность восстановления интегративных подходов в медицине с учетом новых клинико-биологических данных и опыта организации различных

форм медицинской помощи. Наиболее интенсивные поиски взаимодействия и взаимопонимания проводятся в области психокardiологии [4, 7, 8]. Объем работ в этом направлении столь велик, что заслуживает специального обзора. Здесь важно отметить общепризнанную связь сердечно-сосудистой патологии и аффективных расстройств (биполярного расстройства, рекуррентных депрессий, разнообразных расстройств аффективного спектра, включая тревожные и соматоформные расстройства).

Примером многопрофильного многолетнего комплексного исследования динамики соматических и психических изменений на разных этапах развития бронхиальной астмы могут служить результаты совместных усилий специалистов Московского научно-исследовательского института психиатрии и ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» [9, 10, 11] (схематично представлены в таблице).

Одним из недостаточно разработанных, но перспективных направлений исследований на стыке соматопсихиатрии и психосоматики можно считать психоревматологию. В ряде работ показаны не только взаимосвязи ревматической патологии и расстройств тревожно-депрессивного спектра, а также своеобразных когнитивных нарушений, но и наличие субаффективных или вполне оформленных аффективных (депрессивных) дебютов заболевания, которые остаются вне поля зрения врачей [12, 13, 14]. Ревматические

¹ ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России; 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3, Российская Федерация

² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России; 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1, Российская Федерация

³ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

заболевания ранее не входили в основную группу так называемых психосоматических заболеваний и оставались за рамками систематических междисциплинарных исследований в медицине. Довольно неожиданно совместные поиски психиатров и ревматологов получили поддержку со стороны современной психиатрической генетики. Данные геномных исследований, опубликованные Психиатрическим геномным консорциумом (Psychiatric Genomics Consortium – PGC), позволяют предполагать генетические связи основных психических заболеваний, в частности шизофрении и аффективных расстройств, с рядом соматических и неврологических заболеваний, таких как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, псориаз, болезнь Крона, сахарный диабет 1-го типа, рассеянный склероз [15].

Что касается проблемы соотношения соматопсихиатрии и психосоматики, целесообразно еще раз определить границы и взаимосвязи между этими категориями. В качестве «переходной зоны» можно рассматривать психосоматическую патологию. Ее предметом являются следующие клинические группы: психовегетативные нарушения (включают как изменения вегетативной регуляции, доступные объективной верификации, так и субъективно переживаемые «соматоформные» феномены), психосоматические расстройства и одноименные заболевания (соматические в истинном смысле, но имеющие явный или предполагаемый психопатологический этап или компонент по тенденциям развития и исхода).

Психосоматические расстройства имеют функционально-органическую основу, доступны компенсации, но не полному обратному развитию (например, так называемая нейроциркуляторная дистония, начальные этапы гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, цереброваскулярной патологии, повторяющиеся аллергические реакции и др.).

(Психо)соматические заболевания – преимущественно тяжелые формы собственно соматической патологии с малообратимыми или доступными только симптоматической терапевтической коррекции нарушениями одной или нескольких физиологических систем; при этом первичные провоцирующие факторы утрачивают свое значение.

В континууме психосоматической патологии значимое место принадлежит соматоформным расстройствам. Согласно систематике психической патологии, принятой в психиатрии и общей медицине, соматоформные

расстройства выделяются в рамках категории «Соматизированные психические расстройства конституционального, невротического и аффективного регистров, не имеющие медицинского обоснования» [4]. Это не означает, что поиск «медицинского обоснования», то есть соматического звена патологии, не имеет перспективы. Англиязычное выражение “Mental disorders are brain disorders” («Психические расстройства – заболевания мозга») является лишь общей формулой, не исключающей вовлеченности в патогенез физиологических систем с их центральными и периферическими (соматическими) звеньями и соответствующими проявлениями.

Структура соматоформных расстройств, по нашим наблюдениям, включает следующие компоненты:

- 1) эмоциональные (преимущественно стертые, завуалированные гипотимные);
- 2) сенсорные (преимущественно гиперестезия);
- 3) вегетативные (психовегетативные);
- 4) двигательные (неравномерность мышечного тонуса, нарушения моторики гладкой мускулатуры);
- 5) конативные (снижение либо дисгармоничность мотивации деятельности; возможно нарушение витальных влечений);
- 6) когнитивные: ипохондрические фиксации и психологически понятые интерпретации, неразвернутые фобии, сверхценные телесные представления (включая дисморфофобию); исполнительные функции обычно сохранены, но при применении некоторых нейропсихологических методов оказываются «уязвимыми».

Таким образом, структура соматоформных расстройств в основном соответствует структуре аффективных расстройств [16].

Следует отметить, что несмотря на обширную литературу феноменология психосоматических расстройств (например, болевого синдрома, головокружения, дорсопатии, фибромиалгий, гипервентиляционного синдрома и др.) не получила общепринятого понимания и нуждается в дальнейшем психопатологическом анализе.

Все шире применяемый в последнее время термин «нейропсихиатрия», позволяющий наметить сферу взаимодействия и совпадения профессиональных интересов неврологов и психиатров, еще не имеет однозначно понимаемых общепринятых очертаний. С одной стороны, развитие психических расстройств, особенно аффективных и когнитивных, выявляется при многих неврологических заболеваниях. С другой – те



или иные неврологические стигмы или симптомы присутствуют в клинической картине ряда психических заболеваний, прежде всего нейродегенеративных, имеющих тенденцию к формированию деменции. Промежуточная динамическая категория «психоорганический синдром» на всех этапах своего развития имеет в клинической картине сложные соотношения психических (аффективных, когнитивных) и соматических (преимущественно сомато-вегетативных, нередко также обменных, гормональных) нарушений наряду с инструментально выявляемыми неврологическими изменениями [17].

В этой связи имеется основание для системного понимания значительного числа разных форм патологии с позиции их «бимодальности», то есть психопатологической и соматической или соматоневрологической составляющих, – и в их генезе, и в клинических проявлениях.

«Бимодальные расстройства» – термин из языка статистики (двухвершинное распределение значительно отдаленных друг от друга признаков), в данном случае отражающий разброс между психической (психосоматической) патологией и различными телесными недугами: ревматологическими (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Шегрена), или дерматологическими (псориаз), или эндокринологическими (сахарный диабет), или нейродегенеративными (рассеянный склероз), с одной стороны, а с другой – между собственно психическими расстройствами (панические, соматоформные), протекающими с выраженными вегетативными проявлениями, а также с включением соматической составляющей этих расстройств, достигающей степени грубых (и даже несовместимых с жизнью) обменных нарушений (нервная анорексия) или подверженности необоснованным аутодеструктивным вмешательствам (расстройства половой идентификации – транссексуализм).

Упомянутая выше нервная анорексия в рассматриваемом контексте соотношения

психосоматики и соматопсихиатрии является весьма неоднозначной клинической категорией. Уже в дебюте так называемых расстройств пищевого поведения целесообразна консультация психиатра либо по крайней мере клинического психолога. В далеко зашедших случаях, с кахексией и атрофией внутренних органов, связанных с угрозой летального исхода, помощь осуществляется в отделении интенсивной терапии, вплоть до реанимационных мероприятий. При благоприятном исходе снова будет оправданным психиатрическое наблюдение, наряду с восстановительной соматотропной терапией.

Представленные выше аргументы свидетельствуют о том, что ряд диагностических и терапевтических проблем уже не может быть успешно решен коллективом одной медицинской дисциплины без совместных усилий специалистов разных профилей. Соответственно, междисциплинарное взаимодействие – перспективный путь развития большинства медицинских специальностей как в исследовательском поиске, так и в клинической практике.

На пути успешной реализации задач, выдвигаемых в сфере психосоматической патологии, возникают (и особенно в России) серьезные трудности, связанные с организацией помощи этому обширному контингенту. Организация и помощь в общесоматической сети с опорой на принципы интегративной медицины развиты недостаточно вследствие сохраняющейся разобщенности психиатрической и общемедицинской служб. Организационные сложности отражает, в частности, лексикон, применяемый для обозначения форм медицинской помощи и соответствующих служб (подразделений) в сфере психосоматики / соматопсихиатрии.

Применение интегративного подхода в качестве базового при изучении психосоматической патологии – перспективный и прогрессивный путь к пониманию этой патологии и разработке эффективных методов ее лечения. ☺

Литература (References)

1. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии. Русская клиника. 1927;7(36): 496–500.
(Pletnev DD. [On the issue of the somatic cyclothymia]. Russkaya klinika. 1927;7(36):496–500. Russian).
2. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. Munch Med Wochenschr. 1958;100(49):1918–23.
3. Смулевич АБ. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство; 2001. 782 с.
(Smulevich AB. Depressions in general medical practice. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2001. 782 p. Russian).
4. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Дробижев МЮ, Иванов СВ. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство; 2005. 784 с.
(Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MYu, Ivanov SV. Psychocardiology. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2005. 784 p. Russian).
5. Смулевич АБ, ред. Психические расстройства в клинической практике. М.: МЕД-пресс информ; 2011. 720 с.



- (Smulevich AB, editor. *Mental disorders in clinical practice*. Moscow: MED-press inform; 2011. 720 p. Russian).
6. Смулевич АБ, Иванов СВ, Самушия МА. К проблеме биполярных аффективных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания. *Психические расстройства в общей медицине*. 2012;(2):4–11. (Smulevich AB, Ivanov SV, Samushiya MA. [Revising bipolar affective disorders accepting the rhythm of somatic diseases]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2012;(2):4–11. Russian).
 7. Довженко ТВ, Семиглазова МВ, Краснов ВН, Васюк ЮА. Тревожно-депрессивные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Доктор.Ру*. 2010;55(4):39–47. (Dovzhenko TV, Semiglazova MV, Krasnov VN, Vasyuk YuA. [Anxiety-depressive disorders in patients with cardiovascular disease]. *Doctor.Ru*. 2010;55(4):39–47. Russian).
 8. Glassman A, Maj M, Sartorius N, editors. *Depression and heart disease*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011. 176 p.
 9. Палеев НР, Краснов ВН, Подрезова ЛА, Черейская НК, Мартынова НВ. Диагностика и лечение психопатологических нарушений у больных бронхиальной астмой. *Клиническая медицина*. 1997;(9):16–19. (Paleev NR, Krasnov VN, Podrezova LA, Chereyskaya NK, Martynova NV. [Diagnosis and treatment of psychopathologic disorders in patients with bronchial asthma]. *Klin Med (Mosk)*. 1997;(9):16–19. Russian).
 10. Палеев НР, Краснов ВН. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине. *Клиническая медицина*. 2009;87(12):4–7. (Paleev NR, Krasnov VN. [Relationships between psychosomatics and somatopsychiatry in modern medicine]. *Klin Med (Mosk)*. 2009;87(12):4–7. Russian).
 11. Краснов ВН, Палеев НР, Мартынова НВ, Мельникова ТС, Черейская МК, Дорофеева ЕФ. Расстройства аффективного спектра при бронхиальной астме и их терапевтическая коррекция. *Доктор.Ру*. 2010;55(4):34–8. (Krasnov VN, Paleev NR, Martynova NV, Mel'nikova TS, Chereyskaya MK, Dorofeeva EF. [Affective spectrum disorders in asthma and their therapeutic correction]. *Doctor.Ru*. 2010;55(4):34–8. Russian).
 12. Зельтунь АЕ, Фофанова ЮС, Лисицина ТА, Серавина ОФ, Ковалевская ОБ, Вельтищев ВЮ, Насонов ЕЛ. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;19(2):69–75. (Zeltyn' AE, Fofanova YuS, Lisitsina TA, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Vel'tishchev VYu, Nasonov EL. [Chronic stress and depression in patients with rheumatoid arthritis]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2009;19(2):69–75. Russian).
 13. Зельтунь АЕ, Вельтищев ДЮ, Фофанова ЮС, Лисицина ТА, Дрожжина ЕН, Ковалевская ОБ, Серавина ОФ, Насонов ЕЛ. Ревматоидный артрит и депрессия: патогенетическая роль стрессовых факторов (обзор литературы). *Психические расстройства в общей медицине*. 2010;(1):48–51. (Zeltyn' AE, Vel'tishchev DYu, Fofanova YuS, Lisitsina TA, Drozhzhina EN, Kovalevskaya OB, Seravina OF, Nasonov EL. [Rheumatoid arthritis and depression: the role of stress factors in pathogenesis (review)]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2010;(1):48–51. Russian).
 14. Лисицина ТА, Вельтищев ДЮ, Краснов ВН, Насонов ЕЛ. Клинико-патогенетические взаимосвязи иммуновоспалительных ревматических заболеваний и психических расстройств. *Клиническая медицина*. 2014;(1):12–21. (Lisitsina TA, Vel'tishchev DYu, Krasnov VN, Nasonov EL. [Clinical and pathogenetic relationships between immuno-inflammatory rheumatic diseases and psychic disorders]. *Klin Med (Mosk)*. 2014;(1):12–21. Russian).
 15. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*. 2013;381(9875):1371–9.
 16. Краснов ВН. Проблема современной диагностики депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;11(2):3–10. (Krasnov VN. [Problems of current diagnosis of depression]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2012;11(2):3–10. Russian).
 17. Краснов ВН. Психоорганический синдром как проблема нейропсихиатрии. *Доктор.Ру*. 2011;4(63):34–42. (Krasnov VN. [Psychoorganic syndrome as a subject of neuropsychiatry]. *Doctor.Ru*. 2011;4(63):34–42. Russian).

Psychosomatics in the context of the development of integrative medicine

Krasnov V.N. • Paleev N.R.

Integrative medicine represents a promising modern approach to examination and treatment of large population of patients managed by the specialists in psychosomatics and somatopsychiatry. In Russia, experience of teamwork is scarce and non-common. However, implementation of this model of work is encouraged by accumulating

evidence of existence of common mechanisms of the development of numerous somatic diseases and psychiatric disorders.

Key words: psychosomatics, somatopsychiatry, clinical and pathogenetic inter-relations, bimodal nature of the disorders, integrative medicine.

Krasnov Valeriy Nikolaevich – MD, PhD, Professor; Director¹; Head of the Psychiatry Department, Postgraduate Medical School²
 ✉ 3 Poteshnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 963 76 26. E-mail: valery-krasnov@mail.ru

Paleev Nikolay Romanovich – Member of the Russian Academy of Sciences, MD, PhD, Professor, Chief of the Internal Diseases Department, Postgraduate Medical School³

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry; 3 Poteshnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University; 1 Ostrovityanova ul, Moscow, 117997, Russian Federation

³ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation