

Нервно-психические нарушения у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с позиции ментальной медицины

А.Г. Еремеев

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница имени профессора О.В.Владимирцева», 680030 Хабаровск, ул. Павловича 1Б, Российская Федерация.

Psychoneurotic disorders in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia from the position of mental medicine

A.G. Eremeev

Regional state budgetary healthcare institution "Regional Clinical Hospital named after Professor O.V.Vladimirtsev", 680030 Khabarovsk, Pavlovich street 1B, Russian Federation

Аннотация. В обзоре рассматриваются особенности клинического течения нервно-психических расстройств у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с использованием синергетической методологии. Проанализирована их фрактальная динамика, психосоматические и соматопсихические корреляции. Представлены клинические аргументы, что ментальность является важной составной частью экологии здоровья человека.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, психоневротические нарушения, вектор здоровья, синергетическая методология, фрактал, ментальное здоровье

Summary. The review examines the features of the clinical course of psychoneurotic disorders in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia using a synergistic methodology. Their fractal dynamics, psychosomatic and somatopsychic correlations were analyzed. Clinical arguments are presented that mentality is an important component of the ecology of human health.

Key words: connective tissue dysplasia, psychoneurotic disorders, health vector, synergistic methodology, fractal, mental health

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) как генетически детерминированный патоморфологический феномен является объектом пристального внимания научного медицинского сообщества на протяжении многих десятилетий. Её недифференцированные формы имеют разнообразные фенотипические проявления, относясь к аномалиям развития соединительной ткани (СТ) с полигенным типом наследования. Известно, что клинические паттерны, порождаемые недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ), могут быть не

только синдромально-ассоциированными расстройствами, но и иметь вполне очевидные признаки отдельной нозологии. Также установлена возможность «поляризации» клинического течения НДСТ у разных больных при исходной морфологической равнозначности: от безобидных стигм дисплазии и торпидных синдромов в одних случаях [1], до прогрессивных форм с неблагоприятным прогнозом в других [2, 3].

Поскольку удельный вес СТ составляет не менее 50% от массы тела, то на гистологическом уровне процесс ее дисплазии затрагивает организм мультифокально. В конечном итоге клиническое значение НДСТ определяется преимущественным поражением того или иного органа или системы. Тяжесть *соматической* патологии при соединительнотканной дисплазией, прямо коррелирует со степенью нарушения механической (формообразующей) функции СТ. Например, клапанный синдром – порок сердца, синдром торакодиафрагмального сердца – диастолическая сердечная недостаточность, бронхолегочный синдром – спонтанный пневмоторакс, сосудистый синдром – артериальные аневризмы, варикоцеле и др.

К одному из самых частых (а по мнению некоторых авторов практически обязательных) проявлений НДСТ относятся *нервно-психические нарушения* [4]. Так, многочисленные исследования [5, 6, 7] показывают, что у субъектов с НДСТ достоверно чаще встречаются характерологические девиации. В Национальных Клинических Рекомендациях [8] нарушения невротического регистра при соединительнотканых дисплазиях представлены в следующих рубриках: «расстройства вегетативной нервной системы», «астенический синдром», «психические расстройства и расстройства поведения».

В современных теориях этиопатогенеза аффективных расстройств подчеркивается первостепенное значение нарушения обмена нейромедиаторов (серотонина, дофамина и норадреналина) на синаптическом уровне. Возможно, что в основе индивидуально-характерологических особенностей пациентов с НДСТ также лежит дисфункция трансмиссивных систем головного мозга. С позиции эмбрионального гистогенеза связь нервно-психических нарушений с НДСТ обусловлена тесным

взаимодействием всех зародышевых эмбриональных листков при формировании органов и систем.

Сравнительно новым направлением медицины является изучение заболеваний через призму *ментальности* пациента. Ментальность представляет собой способ видения мира, сформированный на основании развития субъективной реальности в онтогенезе. В нашей стране данное направление медицины получило развитие в работах научно-исследовательской группы под руководством академика РАМН Сидорова П.И [9]. Так, согласно выводам Сидорова П.И. и соавт. экология здоровья человека зависит от 5 факторов: образа жизни (25%), среды обитания (21%), ментальности (19,5%), развития медицины и её доступности (18%) и генетических факторов (16,5%).

Методологической базой ментальной медицины является синергетика. Синергетика – междисциплинарное научное направление, изучающее развитие и самоорганизацию диссипативных (рассеивающих энергию) структур. В противовес линейной нозоцентрической концепции синергетическая модель развития заболевания характеризуется многомерностью, нелинейностью, неустойчивостью и незамкнутостью. Важным понятием синергетики является фрактал. Фрактал – множество, обладающее свойствами самоподобия (копирования), когда каждый из фрагментов структуры повторяется в меньшем масштабе. Типичным примером фрактальных объектов в биологии является кровеносная система, которая основывается на постоянно повторяющихся раздвоениях кровеносного русла. Фрактальная динамика в медицине – это переход системы (организма) из одного возможного состояния в другое через бифуркацию, минуя которую, система начинает стремиться к новому фракталу *без возможности вернуться к предыдущему*. На клиническом уровне фрактальная динамика заболевания будет характеризоваться прогрессивностью или ремиссией.

Если рассматривать НДСТ с точки зрения ментальной медицины, то в основе ее развития лежит *психодинамический аспект*: иррациональное отношение будущей матери к собственной беременности, что влечет за собой структурные изменения развивающегося плода на ранних этапах пренатального развития.

Цель настоящего обзора - проанализировать становление аффективных нарушений, ассоциированных с НДСТ, используя синергетическую методологию и оценить их клиническое значение.

Обсуждение. Известный принцип биомедицины гласит: чем ближе причина заболевания к началу жизни, тем существеннее его влияние на онтогенез и тяжелее течение. С позиции ментальности будущей матери «идеальная» беременность является желанной и протекает в состоянии душевного и физического комфорта. Российским психотерапевтом Добряковым И.В. в 2003 году был разработан «Тест отношений беременной» [10], который направлен на выявление сознательных и подсознательных установок ассоциированных с беременностью. В нем систематизировано три важных аспекта, которые влияют на восприятие собственной беременности: 1) отношение к себе беременной, 2) отношение к формирующейся системе "Я и мое дитя", 3) отношение ко мне, беременной, окружающих. Верификация дисфункциональности в отношении хотя бы одного аспекта позволяет отнести беременную к группе «психологического» риска. Наличие такого «риска» означает, что внутриутробный период развития человека происходит в условиях «стресса» матери. В данном контексте Сидорова П.И. отмечает [11]: *«в психике плода остаются стойкие следы отношения его матери к беременности, ее мысли и настроения, включаемые в собственную память субъекта на уровне клеточной памяти, которая может сохраняться годами, если речь идет о вовлечении в процесс сотен клеток. Эмоционально травмированные в утробе матери дети оказываются чувствительными к стрессу, что может влиять на всю их дальнейшую жизнь»*. Психологический антагонизм беременной является одним из патогенетических звеньев формирования фрактала **психосоматогенного пренатального онтогенеза** (биологической predisпозиции), когда ментальность будущего ребенка предопределяется ментальностью матери.

Результаты исследования, проведенного Калаевой Г.Ю. и соавт. [12], показывают, что только четыре патофизиологических события в период беременности статистически достоверно связаны с риском и тяжестью развития НДСТ у ребенка (по мере уменьшения значимости): токсикоз, анемия беременных, хроническая гипоксия плода и хронические соматические заболевания в период беременности.

Согласно неврогенной теории причиной токсикоза являются нарушения в сфере эмоций [13, 14], а именно: 1) высокая личностная тревожность беременной как стержневая черта характера, 2) дисфункциональное отношение будущей матери к собственной беременности (то есть подсознательное *отвержение* плода). Таким образом, подчеркивается, что помимо акушерских патологий, ассоциированных с гипоксией плода и клинически значимых соматических заболеваний у будущей матери, иррациональные психологические установки по отношению к беременности повышают вероятность рождения ребенка с диспластическим фенотипом.

Следующим фактором в синергетической модели развития психосоматического расстройства, способным усиливать биологическую предрасположенность, является **психосоматогенная семья**. Её признаки: наличие скрытых или явных супружеских конфликтов, гиперпротекция, высокая тревожность матери, директивный метод воспитания и др. У ребенка с НДСТ в психосоматогенной семье будут усиливаться невротические тенденции, заложенные в него в период эмбриогенеза [15, 16]. Наличие такого эпигенетического феномена как «материнский эффект» предполагает наследование от матери не только диспластического фенотипа, но и *низкого порога тревоги* как субстрата для развития аффективных нарушений во взрослом состоянии. Если же в период беременности симбиотическая диада «мать и дитя» существовала в условиях психологического дискомфорта матери с преобладанием у нее депрессивных тенденций и подсознательным неприятием беременности, то ребенок может родиться с психологической травмой *отвергнутого*. В подобном случае характерологические отклонения ребенка и манифестирующие признаки НДСТ следует рассматривать как проявление *филогенеза рода*.

Согласно наблюдению канадского психотерапевта Lise Bourbeau [17], субъекты с тревожно-мнительным психотипом или социально избегающим поведением имеют преимущественно «хрупкое» («ускользающее») телосложение. Данное мнение коррелирует с результатами клинических исследований [5, 18]: не менее 70% лиц с признаками НДСТ имеют астенический тип телосложения, что само по себе служит фенотипическим маркером предрасположенности к нервно-психическим нарушениям. В целом особенность ментальности такого ребенка заключается в

формировании *чрезмерной психической ранимости*, когда относительно нейтральные эмоциональные стимулы воспринимаются как субъективно неприемлемые (угрожающие).

Фрактал **психовегетативного диатеза** приходится на подростковый и юношеский период жизни человека, когда завершается формирование личностной идентичности. Данный фрактал является пограничным состоянием (предболезнью) в виде психического нарушения адаптации к внешней среде и квалифицируется как *конституциональная невропатия* [19, 20]. Невропатия - акцентуация личности, характеризующаяся низким порогом тревоги, мнительностью, впечатлительностью и психоастенией.

В оригинальном исследовании Яворской М.В. и соавт. было показано [21], что в юношеском возрасте лица с признаками НДСТ имеют некоторые ключевые мировоззренческие и характерологические особенности: приписывание происходящего внешним факторам, избегание проблемных ситуаций, ориентация в межличностных отношениях на себя с неприятием индивидуальных особенностей других людей, низкие коммуникативные навыки, преобладание негативных эмоций над позитивными, выбор своего поведения в качестве эталонного с парадоксальным неудовлетворением теми личностными чертами, которые имеют. Как представляется, подобные ментальные установки имеют следующие социально-феноменологические последствия: в ситуациях напряжения и преодоления трудностей психологически зрелые интерперсональные взаимоотношения заменяются архаичными, при которых финальное ощущение от межличностного контакта ассоциируется с душевной болью. В последующем человек будет вести себя так, чтобы эту боль не испытывать: избегать коммуникации с референтными лицами или, наоборот, находится с ними в дисфункциональной для себя симбиотической связи. В обоих случаях эмоциональное напряжение не имеет выхода *в желаемом поведенческом акте*. По мере взросления подобная характерологическая особенность приводит не только к становлению деформированных межличностных отношений, но и будет выражаться через «язык тела» - в виде соматоформных симптомов.

При дальнейшей психической травматизации формируется **фрактал функциональных психосоматических расстройств**. Хронологически он приходится на период начала активной социализации и обусловлен конфликтом «дистанцирование - сближение» [22], за которым скрывается амбивалентность влечений. В рандомизированных клинических исследованиях установлено [23, 24], что лица с НДСТ имеют такие характерологические особенности - повышенная личностная тревожность, контекстуальная катастрофизация мышления, заикливание на негативных аспектах жизни (руминации), застревание на мелочах, невозможность расслабиться, склонность к драматизации - которые способствуют персистированию невротизации и переходу конфликта сферы эмоций с когнитивного уровня на уровень телесный. Причем степень выраженности личностной диспозиции (а значит и вероятность клинической амплификации нервно-психического расстройства) прямо коррелирует с количеством стигм соединительнотканной дисплазии.

Поскольку речь идет о врожденной предрасположенности к невротическим реакциям, то, по мнению Незнанова Н.Г. и соавт. [25], возможно аутохтонное (самопроизвольное) развитие функциональных телесных симптомов за счет выраженной дискордантности между сознательным и бессознательным, когда сравнительно нейтральные события выступают триггером для появления вегетосоматических реакций.

Репертуар клинической симптоматики при функциональных психосоматических расстройствах довольно широк и с некоторой условностью классифицируется в рамках трех патогенетических состояний: психосоматические реакции, органический невроз и соматоформное расстройство. Психосоматические реакции представляют собой единичные симптомы в ответ на индивидуально значимый стрессовый стимул: лабильность артериального давления (АД), ситуационная экстрасистолия, «медвежья болезнь» и др. Органический невроз – более сложный функциональный симптомокомплекс, который выражается дисфункцией одного органа или системы, например: синдром гипервентиляции, синдром раздраженного мочевого пузыря, ахалазия кардии и др. Соматоформное расстройство относится к категории наиболее устойчивого и клинически многогранного, когда имеют место не только жалобы,

ассоциированные с несколькими органами и системами, но и разнообразные вегетативные и (или) конверсионные симптомы. Не разрешенным остается вопрос о причинности проекции невроза на тот или иной орган. Вероятно, первостепенное значение имеет генетический фактор и закрепленные в подсознании ключевые детские переживания. Интересным кажется замечание Смулевича А.Б. [26], который в попытке объяснить перманентность проекции невроза утверждает следующее: «*патологическая фиксация на деятельности тех или иных органов означает утрату ими автоматизма*».

Говоря об особенностях становления функционального психосоматического расстройства, следует отметить, что в конечном итоге манифестация симптоматики, её тягостность и прогредиентность будет зависеть от *ресурсов* конкретной личности. На поведенческом уровне психологический ресурс личности выражается в такой его динамической характеристике как *адаптационно-компенсаторный потенциал*. Адаптация обеспечивает приспособление субъекта к меняющимся условиям существования. Нарушение психической адаптации сопровождается появлением невротической симптоматики. Компенсация препятствует неоптимальной адаптации и выражается в поведенческих актах (позитивная перефокусировка эмоций через хобби и/или полноценный отдых, реализация творческих тенденций, общественная деятельность), которые призваны уравновесить негативные эмоции и сохранить психологическое здоровье. Если же преобладают дезадаптивные механизмы компенсации (трудоголизм, невротическая привязанность, становление зависимостей, нарциссическая конфронтация), то на психосоматическом уровне это будет проявляться тревогой, гипотимией или их телесными эквивалентами, а на социальном уровне – элементами девиантного поведения. При межличностном общении *напряжение* адаптационно-компенсаторного потенциала личности дезавуируется появлением «позитивных» невротических симптомов (раздражительность, гневливость, беспокойство и т.д.), а впоследствии – при сохранении стрессовой ситуации - преобладанием «негативной» симптоматики (раздражительная слабость, депрессивные тенденции, апатия и т.д.), что клинико-феноменологически будет соответствовать вторичной алекситимии.

Вместе с тем, нелинейность нозоцентрической концепции как раз и предполагает, что в естественную эволюцию невротического заболевания вмешивается множество обстоятельств, которые определяют многомерную и незамкнутую модель его развития. В данном контексте Самохвалов В.П. [27] не без иронии замечает: *«на все влияет Все и все смешивается со Всем»*.

Клинический паттерн функциональных психосоматических расстройств во многом определяется глобальным вектором темперамента (преморбидом личности), заложенным при рождении [28]. При тревожном психотипе, симптомокомплекс формируется через призму таких особенностей характера и ментальности, как впечатлительность, привязчивость, эмоциональность и общительность. У подобных субъектов в клинической картине заболевания преобладают плохо переносимые соматоформные симптомы (телесные эквиваленты тревоги): сердцебиение, кардиалгия, лабильность артериального давления, неудовлетворенность вдохом и др. Наличие психологической травмы «отвергнутого» предполагает следующие ментальные и поведенческие установки: боязливость, неразговорчивость, обидчивость, подозрительность и честолюбие. Для них характерно клинически стертое течение невротического заболевания со скудной симптоматикой, обусловленное высоким порогом внутренней цензуры на проявление эмоций.

С позиции психосоматического балансирования «экспрессивность» при трансляции эмоций (в том числе в соматоформном эквиваленте) несет протективный эффект в отношении развития органических заболеваний внутренних органов. Например, при тревожно-мнительном психотипе наблюдается благоприятное (с точки зрения прогноза) течение заболевания, несмотря на бурную вегетосоматическую симптоматику. Наоборот, при сдержанности аффекта по причине конституциональной гипотимии или депрессивного расстройства телесная симптоматика окажется редуцированной, что предполагает развертывание заболевания на метаболическом уровне с повышенным риском манифестации структурной психосоматической патологии.

В отсутствие психологической помощи и сохранения стрессового состояния в зрелом возрасте развивается фрактал впервые возникшего **психосоматического заболевания**. По мнению известного российского специалиста в области

«соединительнотканых дисплазий» Нечаевой Г.И. [29], говорить о наличии причинно-следственной связи между НДСТ и манифестацией соматической патологии правомочно только в тех случаях, когда заболевание развивается по причине нарушения механической (опорной) функции СТ. Например: нефроптоз – хронический пиелонефрит, гастроптоз – рефлекторные предсердные аритмии, разрыв аневризмы мозговой артерии – инсульт и т.д. В этом смысле структурные психосоматические расстройства в континууме ДСТ не являются нозоспецифичными: их развитие зависит от наследственного фактора, спектра нарушенных эмоций и *ведущего дисфункционального ощущения*, сформированного в условиях конкретной микросоциальной среды. Вероятно, справедливо говорить лишь о потенциальной предрасположенности субъектов с НДСТ к некоторым психосоматическим заболеваниям. В научных исследованиях было показано, что наличие диспластического фенотипа ассоциируется с повышенным риском развития таких заболеваний, как бронхиальная астма [30], язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [31], онкопатология [32], «кризовая» артериальная гипертензия [33] и нейродерматит [34]. С психодинамических позиций трансформация функционального заболевания в органическое обусловлена редукцией тревоги и персистирующим подавлением агрессивных импульсов с их переходом на подсознательный уровень, что приводит к стойким нарушениям метаболизма и символическому выражению аффекта через структурную патологию [22].

Основные предпосылки для развития *бронхиальной астмы* закладываются в психосоматогенной семье, когда доминирующая, гиперпротективная, не ласковая мать, подавляет эмоциональную активность ребенка. Нарушение ранней симбиотической защиты сопровождается ощущением страха у ребенка, что в будущем приводит к амбивалентным тенденциям в ситуациях фрустрации: потребность в *защищенности* сочетается с подавляемой *враждебностью* вследствие страха сближения.

Синергетика *язвенной болезни* основана на таком типе психической травматизации в детстве, когда ребенок воспитывается в условиях напряженных семейных отношений, в обстановке отчуждения и неопределенности сигналов от референтных

лиц. По мере взросления у ребенка формируется эмоционально «холодный» характер с алекситимическими чертами. В зрелом возрасте неудовлетворенное *желание опеки* будет выражаться в дискордантных поведенческих паттернах: амбициозность (агрессивность) и чрезмерный самоконтроль (сдержанность). По мере взросления (старения) у таких пациентов преобладающими окажутся зависимо-депрессивные тенденции как маркер неудовлетворенного желания опеки.

Психосоматическая манифестация *онкологических заболеваний* в большей степени предопределяется факторами *социогенеза*. Фрактал психосоматогенной «раковой семьи» не изучен. С точки зрения психодинамики к онкологическим заболеваниям предрасположены *социально нормативные* лица, у которых на основании субъективной истории жизни формируется острая *обида* (с подсознательным чувством вины) по типу «ключевого» переживания или накапливаются («наживаются») застарелые обиды в микросоциальной среде.

К развитию *артериальной гипертонии* (АГ) предрасположены субъекты, воспитываемые в условиях *неврозогенной семьи*, где высоким уровнем нейротизма (тревожностью) отличается, прежде всего, мать. Характерологические особенности «тревожной» матери усваиваются ребенком. АГ в условиях тревожно-впечатлительного преморбида личности имеет некоторые клинические особенности, отличающие ее от «классической» гипертонической болезни, описанной советским терапевтом Лангом Г.Ф.: преимущественно кризовый характер течения, полиморфность жалоб соматоформного характера, выраженная вариабельность систолического АД, сравнительно редкое развитие поражения органов-мишеней, тенденция к артериальной гипотонии в период ремиссии. Экзацербация патологии происходит в условиях актуализации конфликта связанного с *честолюбием* и *самоутверждением*, когда субъект подавляет агрессивные импульсы за счет специфической установки на скромность и тактичность.

Манифестация *нейродерматита* предположительно в большей степени предопределяется особенностями пренатального онтогенеза, когда будущая мать по каким-то причинам подсознательно отвергает плод. Ребенок, «сенсibilизированный» в утробе, может родиться с психологическими нарушениями, проявляющиеся интроверсивными тенденциями и тревожно-

фобическим дистанцированием. Кожа выступает в роле первого символического «препятствия» между субъектом и внешним миром. Проявления нейродерматита будут дезавуировать *самозащитную враждебность* («не прикасайтесь ко мне»).

Соматоневрологические осложнения относятся к заключительному фракталу в эволюции психосоматического расстройства и представляют собой *нарушения психики*, сопровождающиеся социальной декомпенсацией. Клинические проявления данного фрактала применительно к пациентам с НДСТ не изучены; по-видимому, они еще менее специфичны, чем ассоциация диспластического фенотипа с каким-то структурным психосоматическим заболеванием. Соматоневрологические осложнения разделяются на *нозогенные* (невротическая реакция на болезнь) и *соматогенные* (психические нарушения, возникающие в исходе длительно текущего соматического заболевания) реакции [26].

У пациентов с высоким уровнем личностной тревоги нередко наблюдается гипернозогностический тип реагирования на болезнь. В отсутствие помощи подобный клинический паттерн является фактором риска прогрессирования (усложнения фабулы) невротического синдрома, когда «доброкачественные» нарушения сферы эмоций постепенно трансформируются в обсессивно-ипохондрическое расстройство. К особенностям его проявлений относятся: полиморфность жалоб, преобладание конверсионной симптоматики над соматоформной, сверхценные идеи, не имеющая векторности тревога, ригидность и устойчивость симптомов к терапевтической интервенции, социальная дезадаптация. При конституциональной гипотимии нозогенные реакции чаще всего проявляются усилением алекситимического радикала, что способствует прогрессивному течению структурного психосоматического заболевания. Клинический финал соматогенных нарушений у таких больных можно обозначить фразеологизмом «замыкание психосоматического контура» (частный случай положительной обратной связи в биомедицине), когда изначально функциональные нарушения аффекта приводят к формированию органического расстройства личности. Классическим примером можно считать развитие мозгового инсульта в финале некорректно леченной гипертонической болезни, когда «замыкание контура» означает развитие сосудистой деменции.

Заключение. Нозоцентрическая концепция клинической медицины опирается на хорошо изученные устойчивые категории: профилактика, причинность, соматическое здоровье, госпитализация, лечение болезни, устранение симптомов, реабилитация. Ментальная медицина в противовес патернализму интернистских дисциплин предлагает превенцию патологии, холистическое мышление, многомерность, повышение качества жизни, ресоциализацию, сохранение функций, дестигматизацию. Гиппократовское изречение «лечить не болезнь, а больного» приобретает в свете ментальной медицины ключевое концептуальное значение.

Ментальное здоровье человека формируется при взаимодействии трех векторов: соматогенез, психогенез и социогенез. На этапе пренатального и раннего постнатального онтогенеза закладываются основы соматического (наследственная отягощенность) и психического (характерологическая диспозиция) вектора здоровья. По мере взросления все большую актуальность приобретает социальный аспект здоровья, который напрямую зависит от конгруэнтности межролевых отношений и от *позитивного видения собственной социальной роли*.

НДСТ – врожденная аномалия развития СТ, затрагивающая с позиции ментальной медицины все три вектора здоровья человека. *Соматогенез* ДСТ и его клинические проявления хорошо изучены морфологами и интернистами. Особенности *психогенеза* при ДСТ - как отдельному характерологическому феномену - посвящено большое количество исследований. Так, например, широко известен «психологический портрет» пациента с пролапсом митрального клапана [35]. Опираясь на многочисленные клинические наблюдения и данные научных исследований, а также с учетом консенсусного мнения медицинского сообщества (изложенного в Национальных Клинических Рекомендациях) можно утверждать, что у большинства пациентов с диспластическим фенотипом выявляются личностные диспозиции непсихотического регистра. К сожалению, проспективных исследований, оценивающих клиническую эволюцию нервно-психических нарушений при НДСТ, не проводилось.

К ключевым особенностям ментальности субъектов с НДСТ относятся: восприятие сравнительно нейтральных стимулов как неприемлемых за счет гиперсенситивности, непереносимость неопределенности, навязчивое заикливание

на негативных аспектах жизни, повышенная личностная тревожность, общая тенденция к преобладанию негативного аффекта. Устойчивые когнитивные паттерны, отклоняющиеся от некоей условной нормы, накладывает отпечаток на *социогенез*. На эмоционально-поведенческом уровне это выражается в чрезмерной осторожности, низкой психологической толерантности к фрустрирующим факторам, преобладании конформных тенденций, психологическом «застревании» на конфликтных ситуациях.

Поскольку ключевая дефиниция лексемы «ментальное здоровье» - *реализация собственного потенциала*, то трудности удовлетворения надличностных потребностей, вероятно, является базовой проблемой субъектов с диспластическим фенотипом. Образно говоря, «деформированная» ментальность приводит к становлению деформированных *социально-значимых* отношений и *личностной стагнации* за счет недостаточно развитых или архаичных механизмов компенсации. Неизбежно формирующаяся невротизация (конфликт «дистанцирование-сближение») в зависимости от характерологического преморбида может протекать на функциональном уровне в виде плохо переносимых, но клинически безобидных вегетосоматических симптомов или на метаболическом уровне, когда интрапсихическое напряжение, не имея выхода через сферу эмоций, реализуется посредством психосоматического заболевания.

Особенности онтогенеза, которые с философско-психологических позиций можно обозначить как субъективная история жизни, определяют клинический полиморфизм нервно-психических нарушений и их труднопредсказуемую динамику. Если какой-то ключевой фактор социального переживания носит адаптивно-протективный характер (например, конгруэнтность в браке, финансовое благополучие или компенсация через увлечение хобби), то на клиническом уровне это может приводить к стойкой ремиссии заболевания («задержке» на каком-то фрактале). К суррогатным протекторам фрактальной динамики нервно-психического расстройства относится тревога, которая даже в отсутствие векторности предполагает внешнюю трансляцию эмоций, а значит как бы «консервирует» патологию на функциональном уровне. Таким образом, избыточная тревога хоть и является патопсихологическим феноменом, но с филогенетической

точки зрения выполняет приспособительную функцию: *предваряет ощущение страха*.

Научные исследования последних десятилетий показывают, что субъекты с НДСТ относятся к категории пациентов с врожденным «психосоматическим риском». В силу внешней стигматизации их выявляемость не составляет труда. Однако в абсолютном большинстве случаев патронаж таких пациентов начинается на этапе функциональных психосоматических расстройств, то есть на стадии *заболевания*. Значит, важнейшей задачей медицинского сообщества является разработка превентивных мероприятий, направленных на раннюю верификацию диспластического фенотипа и признаков темпорально протяженного (с раннего детства до 20-25 лет) психовегетативного диатеза. С позиции ментальной медицины носитель диспластического фенотипа нуждается в многокомпонентной коррекции. Речь идет не только о базовой терапевтической и профилактической интервенции (занятия физкультурой, препараты магния, психологическая помощь и др.), обладающей специфическими и плейотропными эффектами, но и о разработке такой стратегии социализации (например, через творческое начало), когда «природная сенситивность» может оказаться полезным или даже необходимым компонентом для личностного роста.

Следует расширять знания интернистов о наличии психологических особенностей у пациентов с НДСТ, как и об их корреляции с соматическими симптомами: в последующем именно телесные проявления дисфункции сферы эмоций служат основным поводом для обращения за помощью. Попытка коррекции соматических симптомов без учета их невротической подоплеки приведет к «закреплению» когнитивных установок и шаблонов поведения, что на медицинском уровне влечет за собой прогрессирование заболевания (его дальнейшую фрактальную динамику), а на социальном – трудности самоидентификации. В сложных случаях лечением пациентов с НДСТ должна заниматься мультидисциплинарная команда специалистов, в которую могут входить психолог (переосмысление дисфункциональных когнитивных установок), психотерапевт (коррекция невроза через работу с подсознанием), интернист (терапия ведущего соматического синдрома) и хирург (коррекция косметического синдрома).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зангелова Т.Э., Джазаева М.Б., Гладких Н.Н. Динамика пролапса митрального клапана при дисплазии соединительной ткани: результаты трехлетнего наблюдения. *Вестник молодого ученого*. 2017, № 3, 6-11 с. [Zangelova TE, Jazaeva MB, Gladkikh N.N. Dynamics of mitral valve prolapse in connective tissue dysplasia: results of a three-year observation. *Young Scientist's Herald*. 2017, N. 3, 6-11 p. (In Russ)].
2. Багирова Г.Г., Сагитова Э.Ф., Грязнов В.В. Ревматологические синдромы при врожденной недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Врач*. 2017, №10, 53-56 с. [Bagirova G.G., Sagitova E.F., Gryaznov V.V. Rheumatological syndromes in congenital undifferentiated connective tissue dysplasia. *Doctor*. 2017, N. 10, 53-56 p. (In Russ)].
3. Бокерия Л.А., Климчук И.Я., Андреев В.Б. и др. Хирургическое лечение митральной недостаточности, фибрилляции предсердий и атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии у пациента с тяжелой формой соединительнотканной дисплазии. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2020, 62 (3), 234-241 с. [Bokeria LA, Klimchuk IY, Andreev VB, et al. Surgical treatment of mitral insufficiency, atrial fibrillation and atrioventricular nodular reciprocal tachycardia in a patient with severe connective tissue dysplasia. *Thoracic and cardiovascular surgery*. 2020, 62 (3), 234-241 p. (In Russ)]. DOI: 10.24022/0236-2791-2020-62-3-234-241.
4. Боев И.В., Золотарев С.В. , Боев О.И. Дисплазии соединительной ткани в структуре аномальной личностной изменчивости. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009, №6, 16-19 с. [Boev I.V., Zolotarev S.V., Boev O.I. Connective tissue dysplasia in the structure of abnormal personal variability. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2009, N. 6, 16-19 p. (In Russ)].
5. Акимова А.В., Миронов В.А., Гагиев В.В. и др. Фенотипические и клинико-психологические особенности лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Вестник Уральского государственного медицинского*

- университета*. 2018. №2, 10-12 с. Akimova A.V., Mironov V.F., Gagiev V.V., et al. 'Phenotypic and clinico-psychological features of individuals with undifferentiated connective tissue dysplasia. *Bulletin of the Ural State Medical University*. 2018, N. 2, 10-12 p. (In Russ)].
6. Ермачкова Л.В., Ховаева Я.Б., Головской Б.В. Психосоматические особенности лиц молодого возраста с синдромом дисплазии соединительной ткани по результатам диспансерного осмотра. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009, №6, 45-47 с. [Ermachkova L.V., Khovaeva Y.B., Golovskaya B.V. Psychosomatic features of young people with connective tissue dysplasia syndrome according to the results of medical examinations. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2009, N. 6, 45-47 p. (In Russ)].
 7. Тимофеева Е.П., Рябиченко Т.И., Скосырева Г.А. Психическое здоровье подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Вопросы практической педиатрии*. 2016, т. 11, №1, 61–66 с. [Timofeeva E.P., Ryabichenko T.I., Skosyрева G.A. Mental health of adolescents with undifferentiated connective tissue dysplasia. *Questions of practical pediatrics*. 2016, vol. 11, N. 1, 61-66 p. (In Russ)]. DOI: 10.20953/1817-7646-2016-1-61-66.
 8. Мартынов А.И., Нечаева Г.И., Акатова Е.В. и др. Клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани (первый пересмотр). *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2018, Т. 13, №1,2, 137-209 с. Martynov A.I., Nechaeva G.I., Akatova E.V., etc. Clinical recommendations of the Russian Scientific Medical Society of Therapists on the diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with connective tissue dysplasia (first revision). *North Caucasus Medical Bulletin*. 2018, T. 13, N. 1.2, 137-209 p. (In Russ)]. DOI: 10.14300/mnnc.2018.13037
 9. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина. М.: Гэотар-медиа, 2014: 725 с. [Sidorov P.I., Novikova I.A. Mental Medicine. Moscow: Gaotar-media, 2014:725 p. (In Russ)].
 10. Мир психологии и саморазвития [Электронный ресурс] / Тест отношений беременной - ТОБ. Доступно на: <https://world-psychology.ru/test-otnoshenij-beremennoj> - ТОБ.

- beremennoj-tob [дата обращения: 12.07.2023г.]. Psychology of Peace and Self-Defense [Electronic Resource] / Pregnant Woman Comfort Test - CCI. Available at: <https://world-psychology.ru/test-otnoshenij-beremennoj-tob> [accessed date: 12.07.2023].
11. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е. Г. Перинатальная психология (учебное пособие). СпецЛит, 2015, 143 с. [Sidorov P.I., Chumakova G.N., Shchukina E.G. Perinatal psychology (textbook). SpecLit, 2015, 143 p (In Russ)].
 12. Калаева Г.Ю., Хохлова О.И., Деев И.А.и др. Факторы риска, ассоциированные с развитием недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (2), 41–48 с. [Kalaeva G.Yu., Khokhlova O.I., Deev I.A. Risk factors associated with the development of undifferentiated connective tissue dysplasia. *Siberian Medicine Bulletin*. 2018; 17 (2), 41- 48 p. (In Russ)]. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-2-41–48.
 13. Вишневецкая Е.Е. Влияние психического состояния беременной на развитие раннего токсикоза. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2014, Том LXIII, №2, 78-82 с. [Vishnevskaya E.E. The effect of a pregnant woman's mental state on the development of early toxicosis. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2014, Volume LXIII, N 2, 78-82 p. (In Russ)].
 14. Медицинский научно-практический портал: Lvrach.ru [Электронный ресурс] / Тяжелый токсикоз при беременности связан с депрессией. Доступно на: <https://www.lvrach.ru/news/15436475> [дата обращения: 16.07.2023г.]. Medical scientific and practical portal: Lvrach.ru [Electronic resource] / Severe toxicosis in pregnancy is associated with depression. Available at: <https://www.lvrach.ru/news/15436475> [accessed date: 16.07. 2023].
 15. Сидоров П.И., Бочарова Е.А., Яковлева В.П. Синергетика невротических расстройств у детей. *Российский психиатрический журнал*. 2008, № 1, 83-89 с. [Sidorov P.I., Bocharova E.A., Yakovleva V.P. Synergy of neurotic disorders in children. *Russian psychiatric journal*. 2008, N. 1, 83-89 p. (In Russ)].
 16. Стрельцова Е.В., Калмыкова А.С. Семейный анализ фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2011, №1, 36-39 с. [Streltsova E.V., Kalmykova A.S. Family analysis of

- phenotypic signs of connective tissue dysplasia syndrome. *North Caucasus Medical Bulletin*. 2011, №1, 36-39 p. (In Russ)].
17. Бурбо Лиз. Отношения родитель-ребенок. София, 2007: 144 с. [Burbo Lize. Parent-child relationship. Sofia, 2007: 144 p. (In Russ)].
18. Семенкин А. А., Дрокина О. В., Нечаева Г. И. и др. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани как независимый предиктор структурно-функциональных изменений артерий. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* / 2013; 12(3), 29-34 с. [Semenkin A.A., Drokina O.V., Nechaeva G.I., etc. Undifferentiated connective tissue dysplasia as an independent predictor of structural-functional changes in arteries. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2013; 12 (3), 29-34 p. (In Russ)].
19. Нечайкина С.А., Мальберг С.А., Петрухин А.С. Неврологические нарушения при дисплазии соединительной ткани у детей и их коррекция. *Русский журнал детской неврологии*. 2010, Том V, №3, 11-20 с. [Nechaikina SA, Malberg SA, petrukhin AS. Neurological disorders in connective tissue dysplasia in children and their correction. *Russian Journal of Pediatric Neurology*. 2010, Volume V, N. 3, 11-20 p. (In Russ)].
20. Белова Р.В., Блохина Т.А., Сергачева А. и др. Взаимосвязь вегетативной дистонии и дисплазии соединительной ткани. Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2013 г.). Москва : Молодой ученый, 2013. — 16-21 с. [Belova R.V., Blokhina TA, Sergacheva A. and others. Relationship of autonomic dystonia and connective tissue dysplasia. *Medicine: Today's Challenges: Materials II International. scientific. conf. (Moscow, December 2013)*. Moscow: Young Scientist, 2013. - 16-21 p. (In Russ)].
21. Яворская М.В., Кравцова Н.А. Показатели психологической адаптации у пациенток с сердечно сосудистой патологией на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани. *Клиническая и специальная психология*. 2021, Том 10, № 1, 206–223 с. [Yavorskaya M.V., Kravtsova N.A. Indicators of psychological adaptation in patients with cardiovascular pathology against the background of connective tissue dysplasia syndrome. *Clinical and special psychology*. 2021, Volume 10, No. 1, 206-223 p. (In Russ)]. DOI: 10.17759/cpse.2021100110.

22. Арндт П., Клинген Н. Психосоматика и психотерапия. М. Медпресс-информ, 2014: 365 с. [Arndt P., Klingen N. Psychosomatics and Psychotherapy. Moscow: Medpress-inform, 2014: 365 p. (In Russ)]
23. Тимофеева Е.П., Рябиченко Т.И., Скосырева Г.А. Психическое здоровье подростков с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. *Вопросы практической педиатрии*. 2016, т. 11, №1, 61–66 с. [Timofeeva E.P., Ryabichenko T.I., Skosyreva G.A. Mental health of adolescents with undifferentiated connective tissue dysplasia. *Questions of practical pediatrics*. 2016, vol. 11, N. 1, 61-66 p. (In Russ)]. DOI: 10.20953/1817-7646-2016-1-61-66.
24. Друк И.В., Логинова Е.Н., Вершинина М.В. и др. Особенности психологического статуса лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани. *Омский психиатрический журнал*. 2019, №3 (21), 5-9 с. [Druk I.V., Loginova E.N., Vershinina M.V. and other Features of the psychological status of young people with connective tissue dysplasia. *Omsk Psychiatric Journal*. 2019, N. 3 (21), 5-9 p. (In Russ)].
25. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная психиатрия. М. «СИМК», 2020: 901 с. [Neznanov N.G., Kotsyubinsky A.P., Mazo G.E. Biopsychosocial psychiatry. M. "SIMK," 2020: 901 p. (In Russ)].
26. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН Смулевича А.Б. – 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2019: 774 с. [Psychosomatic disorders in clinical practice/under the editorial board of the Russian Academy of Sciences Smulevich A.B. - 2nd ed. - M.: MEDPress-inform, 2019: 774 p. (In Russ)].
27. Самохвалов В.П. Герменевтика психиатрии. М. «МИА», 2022: 415 с. [Samokhvalov V.P. Hermeneutics of psychiatry. M. "MIA," 2022:415 p. (In Russ)].
28. Палеев Н.Р., Краснов В.Н. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине. *Клиническая медицина*. 2009, № 12. С. 4-7. [Paleev N.R., Krasnov V.N. Relationship of Psychomatics and Somatopsychiatry in Modern Medicine. *Clinical Medicine*. 2009, № 12. P. 4-7.] (In Russ).
29. Нечаева Г.И., Мартынов А.И. Дисплазия соединительной ткани. Москва: МИА, 2017. 399 с. [G.I. Nechaeva, A.I. Martynov Connective tissue dysplasia. Moscow: MIA, 2017. 399 p. (In Russ)].

30. Друк И.В. Бронхиальная астма, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани: особенности течения заболевания. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Омск; 2004, 23 с. [Druk I.V. Bronchial asthma associated with connective tissue dysplasia: peculiarities of the disease course. Abstract dissertation for the degree of candidate of medical sciences. Omsk; 2004, 23 p. (In Russ)].
31. Бобровский И. Н., Горячев А. Н., Дементьева Д. М. и др. К вопросу о факторах риска развития язвенной болезни у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани (на примере идиопатического пролапса митрального клапана) на территории Ставропольского края [Электронный ресурс]. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. – 2016. – Т. 11. – С. 1236–1240. Доступно на: <http://e-koncept.ru/2016/86267.htm>. (дата обращения: 18.07.2023). [Bobrovsky I.N., Goryachev A.N., Dementieva D.M., etc. To the question of risk factors for the development of peptic ulcer disease in patients with connective tissue dysplasia syndrome (on the example of idiopathic mitral valve prolapse) in the Stavropol Territory. *Scientific and methodological electronic journal "Concept."* – 2016. - Т. 11. - S. 1236-1240. Available at: <http://e-koncept.ru/2016/86267.htm>. (accessed date: 18.07.2023). (In Russ)].
32. Логинова Е. Н., Кирх Е. А., Нечаева Г. И. и др. Дисплазии соединительной ткани: онконастороженность. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2022, № 205 (9), 190-195 с. [Loginova E. N., Kirch E. A., Nechaeva G. I. and others. Connective tissue dysplasia: onconference. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2022, N. 205 (9), 190-195 p. Russ)]. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-205-9-190-195.
33. Шупина М.И., Нечаева Г.И., Логинова Е.Н. Артериальная гипертензия среди лиц молодого возраста (18–27 лет) с дисплазией соединительной ткани: распространенность поведенческих факторов сердечно-сосудистого риска. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2016, Т. 11, № 2, 309-312 с. [Shupina M.I., Nechaeva G.I., Loginova E.N. Arterial hypertension among young people (18-27 years old) with connective tissue dysplasia: prevalence of behavioral cardiovascular

- risk factors. *North Caucasus Medical Bulletin*. 2016, T. 11, No. 2, 309-312 p. Russ)]. DOI: 10.14300/mnnc.2016.11063.
34. Чемоданов В.В., Краснова Е.Е., Карпова Е.Б. Особенности клинического течения и терапии атопического дерматита на фоне дисплазии соединительной ткани. [Электронный ресурс]. *Сетевое издание «Современные проблемы науки и образования»*. – 2016. – № 6. Доступно на: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25935> (дата обращения: 18.07.2023). [Chemodanov V.V., Krasnova E.E., Karpova E.B. Features of the clinical course and therapy of atopic dermatitis against the background of connective tissue dysplasia. *Online publication "Modern Problems of Science and Education"*. – 2016. – № 6. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25935> (accessed date: 18.07.2023). (In Russ)].
35. Zinchenko Yu. P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2013, vol. 6, № 2, p. 89–102. DOI:10.11621/pir.2013.0208

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Сведения об авторе:

Еремеев Александр Геннадьевич, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог палаты интенсивной терапии, отделение неотложной кардиологии, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница имени профессора О.В.Владимирцева».

ORCID: 0000-0002-3483-6979.