

КОНЦЕПЦИЯ СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОГЕННЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Доц. Л. П. ВЕЛИКАНОВА

THE CONCEPT OF STRATEGY OF PSYCHOGENIC PSYCHOSOMATIC DISORDERS PRIMARY PREVENTION

L. P. VELIKANOVA

Астраханская государственная медицинская академия, Российская Федерация

Представлена концепция стратегии первичной профилактики психогенных психосоматических расстройств, выступающая в контексте более общей проблемы — профилактики обширного круга пограничных нервно-психических расстройств. Подчеркивается значение подсистемы эмоционального реагирования в формировании адаптивной/дезадаптивной деятельности и выявления признаков ее дисбаланса как универсальных прогностических маркеров напряжения или нарушения адаптационных механизмов и вероятного развития психогенных расстройств. Обосновывается полипрофессиональный и разнонаправленный подход в реализации указанной стратегии, ориентированность на работу с практически здоровыми людьми.

Ключевые слова: психогенные психосоматические расстройства, первичная профилактика.

The concept of strategy of primary prevention of psychogenic psychosomatic disorders, which is featured in the context of more general problem, i.e. prevention of a large number of borderline disorders, is presented. The significance of emotional reaction subsystem in formation of adaptive / deadaptive activity and revealing the signs of dysbalance as universal prognostic markers of strain or disturbance of adaptation mechanisms and possible development of psychogenic disorders is emphasized. Poly-professional and diverse approach to the strategy realization and orientation to the work with healthy subjects are substantiated.

Key words: psychogenic psychosomatic disorders, primary prevention.

Будущее принадлежит медицине предупредительной.

Н. И. Пирогов

Профилактика, как известно, представляет собой систему государственных, социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней.

Первичная профилактика — это система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мероприятий, направленных на устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды [1]. В компетенцию первичной психопрофилактики входит, в частности, сохранение и укрепление психического здоровья и предупреждение психических расстройств.

Диалектический подход к пониманию болезни предполагает представление о ней как о динамическом процессе, включающем не только собственно болезненные проявления, но также и проявления, свидетельствующие об активных регулирующих и адаптирующих преобразованиях в организме [1]. Разработка принципов профилактики психогенных заболеваний предполагает современное по-

нимание этиопатогенетических механизмов возникновения и течения указанных расстройств, динамическую связь первично-профилактических подходов с более общими гигиеническими (психогигиеническими) мероприятиями, с одной стороны, и собственно лечебными и вторично-профилактическими — с другой; организационную реалистичность предполагаемых технологий в плане их методического оснащения и кадрового обеспечения; достижение максимально большего охвата населения; возможность отслеживания и оценки эффективности профилактических мероприятий в процессе мониторинга.

Предлагаемая концепция стратегии первичной профилактики психогенных психосоматических расстройств сформировалась в процессе анализа современного состояния проблемы психосоматики и психосоматического подхода в медицине в целом по данным отечественной и зарубежной литературы, а также клинико-психологического анализа около двух тысяч собственных наблюдений автора за период 1995–2005 гг. и опирается на базовые и подтвержденные медицинской

практикой теории отечественной и зарубежной психиатрии.

В современной медицинской практике психосоматические расстройства рассматриваются в рамках различной патологии, но следует подчеркнуть, что около 95% из них имеют психогенное начало, когда психогенез через промежуточные этапы (функциональные отклонения, невротические реакции) реализуется преимущественно в соматической сфере либо соматический путь реагирования на психотравму изначально является ведущим [2, 3].

Природа психогенных психосоматических и невротических расстройств на этапе психогенеза рассматривается как единая [4–6 и др.], что обуславливает и единый подход к их первичной профилактике.

Основополагающий принцип отечественной медицины, принятый за основу разрабатываемой концепции — сохранение здоровья здоровых [7, 8]. Соответственно собственно первичная профилактика должна ориентироваться и быть рассчитана на практически здоровых людей, но имеющих предрасполагающие (психологические, соматические) факторы, специфичные для развития психогенной патологии и ее соматоформной реализации. Без их учета и лечебные мероприятия в отношении уже манифестировавших заболеваний не могут быть достаточными, а их эффективность ограничивается исключительно рамками вторичной и третичной профилактики. Наиболее актуальной проблемой современной медицины является не лечение больных, а раннее выявление групп риска, организация их динамического наблюдения и проведение комплекса оздоровительных мероприятий. Иными словами, первичная профилактика предполагает саногенное воздействие, направленное на «крайние варианты психического здоровья», состояния или на «предболезнь». Именно лица с доклиническими отклонениями должны стать предметом пристального внимания в плане первичной профилактики, предполагающей системный подход к пониманию биосоциальной сущности человека, болезни и здоровья, адаптации и дезадаптации [9, 10].

С позиций системного анализа адаптация включает подсистемы: психическую, социально-психологическую. Дезадаптация — нарушение функционирования на всех уровнях, но ее начальные проявления возможны и на одном из них (в частности, на психическом), который может быть выявлен задолго до проявлений общей дезадаптации, в том числе вызванной влиянием неблагоприятных социально-психологических (психогенных) факторов на человеческую личность.

Личность — сплав биологического и социального. С. Л. Рубинштейн [11] подчеркивал роль врожденных индивидуальных свойств как условий, через которые опосредуется социальный опыт. Социальная детерминанта воздействует на человека с первых дней его существования, вследствие чего и темперамент (конституция), и характер не являются прямым продолжением унаследованных

(врожденных) свойств. Последние усиливаются, нивелируются или берутся под контроль в зависимости от средовых воздействий. В то же время эти индивидуально-типологические (биотипические) характеристики играют роль в формировании типа реагирования на стресс, ведущих защитных механизмов, что открывает возможность прогнозирования путей развития психогенных реакций и их коррекции еще до того, как психогенез (характеризующийся эмоционально-личностным реагированием на индивидуально-значимые события) перейдет в патогенез (когда дезадаптирующие механизмы заболевания затрагивают всю социально-биологическую сущность человека).

Важнейшее значение подсистемы эмоционального реагирования — в формировании адаптированной деятельности; она является определяющим регуляторным звеном [12], одной из первых формируется при становлении психологической структуры индивида в онтогенезе. Именно эмоции сопрягают и объединяют в единую функциональную систему нейрофизиологический и социально-психологический уровни [13], а эмоциональное реагирование является «наиболее интегрированной формой активности» [14]. Возможно, в более узком, клиническом смысле правильнее говорить не о психогении, а более конкретно, об аффектогенности, так как именно эмоционально-аффективные нарушения включают процесс адаптации/дезадаптации. Поэтому признаки дисбаланса этой подсистемы (повышенная тревожность, нейротизм, эмоциональная нестабильность, переживание чувства вины, высокий уровень враждебности, сильный контроль своих эмоций, фрустрированность), обнаруживаемые с помощью психодиагностических скрининговых методов, являются универсальными прогностическими маркерами напряжения или нарушения адаптационных механизмов и вероятного развития психогенных расстройств различного уровня (невротического, поведенческого, аддиктивного, соматического).

Таким образом, исследование эмоциональной сферы способно дать значимую информацию о донозологическом этапе психогении, служащую также важным критерием ее количественной и качественной динамики.

Следует учитывать также, что эмоциональные нарушения могут выступать не только как первое пусковое звено возникновения психогенных расстройств, но также и как фактор, способствующий декомпенсации и неблагоприятному течению уже имеющихся расстройств, как психических (психогенных), так и соматических. Указанное обстоятельство существенно повышает прогностическую значимость признаков эмоционального дисбаланса в намного более широком спектре заболеваний, чем психогении. И при любом развернутом соматическом заболевании реакция на болезнь, являясь дополнительной психопатологической составляющей, может существенно влиять на его течение и исход.

В этом контексте уместно вспомнить высказывания Е. К. Краснушкина и О. В. Кербикова о том, что границы между отдельными нозологическими формами в области пограничной психиатрии скорее объединяют, чем разъединяют, и о наличии переходных состояний между выделенными клинико-патогенетическими группами [цит. по 15]. Развивая их мысли, В. Я. Семке [15] уже совершенно определенно говорит о континуальном пространстве психического и соматического. В основу классификации пограничных состояний им заложен принцип ведущих факторов в их возникновении: психогенного, конституционально-биологического, экзогенно-органического или соматогенного, который определяет соответствующие группы пограничной патологии (невротическую, патохарактерологическую, неврозоподобную, психопатоподобную). В более широком холистическом смысле можно говорить о пространственно-временном диалектическом единстве психосоматической и соматопсихической патологии.

В зависимости от констелляции «слабых мест», predisponирующих факторов и формируется приводимый ниже континуум психических и соматических расстройств: это может быть норма, крайняя граница нормы, отклоняющаяся личность, невроз, психосоматоз, психоз и т. д.

I. Соматовегетативные компоненты психопатологических симптомов (астенических, аффективных, неврозоподобных, паранойяльных, галлюцинаторно-параноидных, онейроидно-кататонических и т. д.) в рамках психических заболеваний (эндогенных, экзогенно-органических, психо- и социогенных).

II. Психически обусловленные (вторичные) соматические нарушения как эпифеномен патологического поведения (анорексии, булимии, наркотизации, алкоголизации, токсикомании, компьютеромании и пр.)

III. Вторично-дизонтогенетические, регрессивные (психогенные, энцефалопатические) соматоформные расстройства в рамках системных неврозов и неврозоподобных состояний, «органных неврозов», конверсионных синдромов, соматических «масок» и эквивалентов психогенных и эндогенных тревожно-тоскливых депрессий как аналог анаклитической депрессии раннего возраста.

IV. Первично-дизонтогенетические (как проявления ретардации и асинхронии эволютивного или инволютивного этапа онтогенеза) расстройства на органном или системном уровне психосоматической (телесно-церебральной) организации человека, включая «органные неврозы», соматогенные (астено-апатические) депрессии как проявление невротической конституции.

V. Соматопсихические расстройства как проявление соматогенной энцефалопатии (при циррозе печени, эндокринопатии, сотрясении мозга, отравлении и пр.)

VI. Психические компоненты соматических заболеваний (инфекционной, интоксикационной,

травматической, наследственной природы) в виде их непосредственного субъективного отражения (боль, раздражение, синестезии) или внутренней картины болезни (тревога, депрессия, ипохондрия, страх).

В представленном континуальном пространстве именно рубрики III и IV являются поставщиками собственно психосоматических заболеваний как результата взаимодействия хронического тревожно-депрессивного аффекта и невротического диатеза [16, 17]. Специфический (психосоматический) характер данного типа реагирования обуславливается психическим (и/или соматическим) дизонтогенезом на системно-функциональном (определяющем «выбор органа» по В. Н. Мясищеву), нейропсихологическом (в частности, в виде алекситимии и нарушения антиципации), конституционально-типологическом (определяющем, к примеру, дисгармонию функционирования контекстных форм аффективной саморегуляции [18], характерологическом (дрейф акцентуации к пограничной аномальной личности [19] и обратно) и личностном (склонность к невротическому типу реагирования) уровнях. Напомним, что собственно этиологическим фактором подавляющего большинства психосоматических расстройств служит психотравма, реализуемая изначально в виде более или менее развернутых проявлений невротической депрессии.

Говоря о неврозах, психогенная природа которых не ставится под сомнение, В. Н. Мясищев подчеркивал, что они являются результатом сочетания психогении и соматогении, причем соматический фактор создает лишь болезненную почву, а психогения — саму болезнь. Проявление невротических состояний становится возможным только при биологической недостаточности функциональных возможностей центральной нервной системы. В широком плане речь идет о «минимальной мозговой дисфункции» как дизонтогенетической предиспозиции большинства (если не всех) пограничных расстройств. Именно эта предиспозиция затрудняет переработку личностью эмоционально-стрессовой информации (большинством людей перерабатываемой на психологическом уровне), что делает ее психотравмирующей, переводящей стресс в дистресс. Другое дело, что в одних случаях психогенный дистресс реализуется в форме невроза, а в других — в форме психосоматических реакций, состояний и заболеваний. Соответственно первичная профилактика психосоматических расстройств должна включать доклиническую диагностику общих для всех психогений признаков эмоционального напряжения и индивидуально-психологических особенностей, затрудняющих переработку и изживание психотравмирующей информации.

Связующей концепцией между психологической и соматической сферой является аффект, выражающийся главным образом в виде тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной

и моторной реакции и характерным ощущением страха. Вегетативная нервная система, по образному выражению Е. К. Краснушкина [20], является приводным ремнем психического для всей соматики. Благодаря ее особой чувствительности, висцеровегетативные реакции возникают в ходе адаптации в ответ даже на слабые эмоциональные стимулы.

Состояние тревоги — наиболее ранняя и универсальная эмоциональная реакция. Оно включает комплекс не только психических, но также и биохимических, эндокринных, физиологических явлений, ряд вегетосоматических и гуморальных сдвигов. В случае их чрезмерной выраженности, длительного существования или частого повторения это может быть проявлением донозологической стадии болезни. (Так, часто и легко возникающий субфебрилитет может быть предвестником «термоневроза»). При правильной организации профилактико-терапевтических подходов к потенциальному пациенту можно изменить направление динамики доболезненной дестабилизации и предотвратить ее переход в стадию болезни. Соответственно второй («биологической») составляющей диагностической стадией первичной профилактики психогенных психосоматических расстройств должно быть выявление общих признаков эмоционально-вегетативной недостаточности и индивидуально-специфических особенностей сомато-вегетативного функционирования.

По мнению Ю. А. Александровского [14], возникновение состояний психической дезадаптации, проявляющееся невротическими или психосоматическими расстройствами, возможно не при дезорганизации отдельных, определяющих адаптированную психическую активность подсистем, а только при нарушении функциональных возможностей всей адаптационной системы в целом.

Содержанием концепции первичной профилактики является выявление признаков дезинтеграции одной из подсистем (в частности, эмоционального реагирования, вегетативного обеспечения), свидетельствующей о дестабилизации адаптационных механизмов, об обратимом в своем большинстве уровне психической дезадаптации, что позволит создать временной резерв для принятия мер по предотвращению дезинтеграции адаптационной системы в целом. Безусловно, это выявление должно проводиться в рамках определенной организационно-методической структуры, быть систематическим и непрерывным, а не эпизодическим.

Необходимо изыскивать возможности для выявления латентных стадий заболеваний в формах, приемлемых для населения, не создавая дополнительных стрессовых ситуаций (в частности, ятрогении). Учитывая, что первично-профилактические мероприятия ориентированы на работу с практически здоровыми людьми, они должны проводиться соответствующими специалистами: психологами, психофизиологами, валеологами, а не психиатрами и терапевтами, с применением

атравматичных психодиагностических, психофизиологических скрининговых методик.

Использование психологических методов дает возможность изучить личностные свойства индивида, его эмоциональное состояние, потенциальные возможности и, таким образом, прогнозировать формы реагирования на внешние стимулы и предупреждать нежелательные последствия в напряженных ситуациях, что и является сущностью первичной профилактики.

Психодиагностическое обследование позволяет выявить те стороны и особенности личности, которые недоступны при обычном клиническом обследовании, тем более, что речь идет не о пациентах с клиническими проявлениями, а о людях условно здоровых или входящих в «группу риска», которые долгие годы могут не попадать в поле зрения клиницистов. Профилактические осмотры (массовые) вряд ли могут выявить специфическую микросимптоматику, соответствующую напряжению адаптационного барьера или начальным формам дезадаптации. Такое, конечно, возможно и при клиническом обследовании, но в рамках целенаправленного и углубленного клинического интервью, занимающего около 1,5 ч при условии достаточной квалификации специалиста (психиатра, психотерапевта) в сочетании с обширным клиническим опытом. При существующей системе организации общемедицинской практики, дефиците кадров специалистов, в частности детских и подростковых психиатров и психотерапевтов, такое обследование практически неосуществимо. Анализ каждого симптома в условиях психологического исследования позволяет обнаружить условия, в которых этот симптом усиливается, ослабляется или меняется качественно.

С учетом того обстоятельства, что в современных условиях растет число заболеваний, связанных со стрессом, подбор психодиагностических методик должен быть направлен не только на выявление наиболее уязвимых типологических свойств личности, но и на определение стрессоустойчивости и степени адаптированности-дезаптированности.

Информативность и прогностическую значимость результатов психодиагностических скрининг-исследований, выявляющих психологические предикторы психогений, можно существенно повысить, используя биологические (психофизиологические) маркеры критического напряжения барьера психической адаптации (показатели аутогенной нормы, состояние вегетативного тонуса).

Таким образом, недостаточность клинических методов для решения проблем профилактики указывает на необходимость применения массовых подходов, с пересмотром организационно-методических стратегий и созданием на их основе конкретных практических технологий.

Донозологическая диагностика и первичная профилактика психосоматических нарушений, естественно, выступает в контексте более общей

проблемы — профилактики обширного круга пограничных нервно-психических расстройств, что, по-видимому, позволяет рассчитывать на более широкий, чем чисто психосоматический, спектр ее эффективности. Представляется ее реализация по двум направлениям:

1) диагностика хронического эмоционального, в том числе психовегетативного, напряжения, скрытой тревоги и депрессии, соматовегетативной недостаточности и ранних симптомов соматизированных психических расстройств (еще не сложившихся в синдромальные комплексы) и психотравмирующих (невротизирующих) переживаний с последующей психотерапевтической и /или медикаментозной коррекцией;

2) установление дизонтогенетических особенностей различного уровня, определяющих повышенную чувствительность индивида к психогенным воздействиям, затрудненность переработки отрицательных эмоций, имеющих тенденцию к соматизации, с последующей коррекцией соответствующей направленности (соматической, нейропсихологической, когнитивной, поведенческой, личностной, семейной).

Стратегия первичной профилактики психогенных психосоматических нарушений включает два направления.

1. *Выявление факторов риска развития дезадаптации.*

1.1. Выделение комплекса факторов риска развития дезадаптации на донозологическом уровне, в период приближения барьера психической адаптации к критической стадии, за которой следует срыв адаптации.

Уточнение набора факторов риска (количественное и качественное) на условно-невротическом уровне (донозологические изменения психического функционирования, в частности в виде сдвига «эмоционального гомеостаза», проявляющегося субъективным психологическим дискомфортом).

Определение соматовегетативных признаков дезадаптации (количественное и качественное), в частности в виде возникновения или усиления вегетативной лабильности, стойкого преобладания симпатического или парасимпатического типа

реагирования, метеочувствительности и прочих проявлений сдвигов в «психофизиологическом гомеостазе».

1.2. Выделение факторов, определяющих позитивную или негативную динамику дезадаптации: способствующих приостановлению дезадаптации или ее обратному развитию;

способствующих углублению и усложнению проявлений условно-невротического уровня реагирования;

способствующих переходу от условно-невротического на соматический (психосоматический уровень).

1.3. Обобщение полученных данных для выделения групп риска в плане развития психогенных расстройств.

2. *Целенаправленная работа по повышению стрессоустойчивости в группах риска, индивидуально-дифференцированное воздействие на механизмы запуска процессов дезадаптации.*

2.1. Повышение стрессоустойчивости через воздействие на телесном уровне.

Повышение неспецифической стрессоустойчивости общеукрепляющими воздействиями (регулярная физическая активность, водные процедуры).

Нейропсихологическая коррекция.

Вегетативный тренинг.

2.2. Повышение стрессоустойчивости через воздействие на психологическом уровне.

Преодоление алекситимии, развитие антиципационных способностей как психологических механизмов психогений.

Преодоление неконструктивных психологических защит и копинг-механизмов.

Обучение навыкам саморегуляции, преодоления тревоги.

Активизация личностного роста с учетом зон ближайшего развития.

Представленная концепция первичной профилактики психогенных психосоматических расстройств после соответствующего методического оформления предполагает апробирование на практике разработанных на ее основе конкретных организационных технологий и подтверждение их эффективности.

Литература

1. Ильин В. И. Проявление психосоматических расстройств и личностная ориентация // Материалы УШ всес. съезда невропатологов, психиатров и наркологов, 1988,— Т. 1, С. 50–52.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста.— СПб.: Спец. лит.-ра, 1996.— 454 с.
3. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства: Руков. по психиатрии. В 2-х т. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская / Под ред. А. С. Тиганова.— М.: Медицина, 1999.— Т. 2.— С. 466–489.
4. Гиляровский В. А. О взаимоотношениях соматического и психического в медицине // Врач. дело.— 1947.— № 8.— С. 625–632.
5. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина.— М.: МЕДпресс-информ., 2002.— 608 с.
6. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение.— М.: ЭКСМО-Пресс., 2002.— 352 с.
7. Северин А. В. Основные направления работы специалистов по здоровосозиданию в рамках биопсихосоциальной модели // Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического

- здоровья: Матер. II междунар. конгресса.— Минск, 2003.— С. 143–144.
8. *Секач М. Ф.* Психология здоровья: Уч. пособие для высшей школы.— М.: Акад. Проект, 2003.—192 с.
 9. *Бобров А. Е.* Теоретические модели первичной профилактики в психосоматике // Соц. и клин. психиатрия.— 1993.— № 3.— С. 138–142.
 10. *Катков А. Л.* Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях (теоретические, организационные и экономические аспекты): Дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1999.— 279 с.
 11. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии.— СПб., 1999.— 704 с.
 12. *Случевский Ф. И.* Место психосоматических заболеваний в иерархии психических расстройств // Материалы УШI всес. съезда невропатологов, психиатров и наркологов.— М., 1988.— Т. 1.— С. 130–131.
 13. *Анохин П. К., Судаков К. В.* Эмоции и здоровье // Будущее науки.— М., 1973.— С. 190–211.
 14. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства.— М., 2000.— 496 с.
 15. *Семке В. Я.* Теоретические и методологические аспекты систематики пограничных состояний // Материалы УШI всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов.— М., 1988.— Т. 1.— С. 126–128.
 16. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами.— СПб.: Речь, 2002.— 560 с.
 17. *Кречмер Э.* Строение тела и характер.— М.: Педагогика-Пресс, 1995.— 608 с.
 18. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг.— М.: Изд-во МГУ, 1990.— 197 с.
 19. *Боев И. В.* Пограничная аномальная личность.— Ставрополь, 1999.— 362 с.
 20. *Краснушкин Е. К.* Избранные труды.— М.: Медгиз, 1960.— 608 с.

Поступила 27.06.2006