

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.895..8-614-08-039.76

*В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, А.В. Абрамов, И.В. Жигулина***ОБ ИНТЕГРАТИВНОМ ПОДХОДЕ К РАЗРАБОТКЕ КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, концепция, психосоциальная реабилитация

В современных условиях процесс оказания психиатрической помощи не опирается на общепринятую научно обоснованную концептуальную базу. Достижения современной биологии, психологических и социальных наук, анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения делает актуальным преодоление как односторонне биологических подходов в психиатрии (Kandel E.R., 1998), так и теорий, ориентированных исключительно на социогенез психических расстройств. Разработка интегрированной модели, применимой к различным аспектам теоретической и практической психиатрии, задача чрезвычайно сложная, главным образом, по причине многообразия механизмов, факторов и ситуаций, определяющих психическое состояние человека (здорового и больного). Однако недостаточная эффективность традиционно используемых в психиатрической практике психофармакологических средств (старого и нового поколения) настоятельно требует создания такой лечебно-диагностической парадигмы, которая учитывала бы весь спектр дисфункциональных состояний пациента, выходящих за рамки его клинико-биологических детерминант.

По мнению Полтавца В.И. (1996), новая парадигма в психиатрии должна предусматривать:

1. Постепенный переход от рассмотрения пациента как объекта психиатрической помощи к отношению к нему как к субъекту лечебно-реабилитационного процесса.

2. Более четкое определение содержания категории «психическое здоровье» и «психическая норма» с учетом позиции транскультурального подхода, идей толерантности и максимального внимания к индивидуальности человека.

3. Переход к пониманию психиатрической помощи не как суммы медицинских приёмов, направленных на восстановление здоровья, а мультисциплинарной сферы деятельности, которая имеет целью интеграцию или реинтеграцию пациента в общество.

Известно, что парадигма определяется как система теоретических и методологических предпосылок, на которых базируется соответствующая деятельность. В таком понимании, как отмечают Первомайский В.Б. и др. (2003), парадигма современной психиатрии еще далека от своего полного оформления. Возвращение в психиатрию Нуллером Ю.Л. (1991) понятия регистров Крепелина Э. в качестве новой парадигмы, далеко не исчерпывает ее содержание. Утверждение о неспецифичности психопатологической симптоматики в отношении нозологических форм отнюдь не решает вопрос доказательной ее диагностики. Если рассматривать парадигму как систему знаний о патогенезе, клинике, течении, прогнозе психических расстройств и действий по их диагностике, лечению, профилактике и экспертизе, то для решения существующих в этих разделах психиатрии вопросов нужно помимо регистров Крепелина Э. осмыслить теорию диссолюции Джексона Дж., учение Анохина П.К. о функциональных системах, современные представления о локализации психических функций в головном мозге, реабилитационных технологиях и многое другое.

Вопросы реабилитации (медико-социальной, психосоциальной реабилитации), а также интеграции (реинтеграции) пациентов с психическими расстройствами в общество, как и другие проблемы психиатрии, связанные с социумом, рассматриваются в контексте социальной психиатрии, представляющей важное направление психиатрической науки и практики.

Не вдаваясь в дискуссию о научной концепции, определении понятия и методах социальной психиатрии, выделим 9 базисных ее принципов, сформулированных Doerner К. (1995), и

имеющих непосредственное отношение к проблеме реабилитации психически больных:

1. Социальная психиатрия предполагает равенство возможностей всех членов общества, включая психически больных.

2. Социальная психиатрия отрицает все еще встречающееся сугубо биологическое понимание психического заболевания.

3. Психиатрические диагнозы не должны носить стигматизирующего (этикетизирующего) характера.

4. Социальная психиатрия признает и изучает комплексное влияние социальных факторов на психическое здоровье.

5. В основе социально-психиатрической помощи должны лежать принципы солидарности с психически больными.

6. Особая роль в лечении психически больного должна принадлежать «терапевтическому сообществу», включающему в себя врачей, социальных работников, родственников и других лиц из ближайшего социального окружения пациента.

7. Терапевтическое сообщество должно служить альтернативой институциональному подходу к лечению.

8. Приоритетом деятельности психиатров является профилактика и реабилитация.

9. Предмет социальной психиатрии составляют эмпирические исследования и терапевтическая практика, направленные на реадaptацию психически больного и его интеграцию в социальную реальность.

Особенно ценным в концепции социальной психиатрии является изучение роли социальных факторов во всей этиопатогенетической цепи развития психической патологии (возникновение, клиническое оформление, динамика, прогноз, исход) и разработка принципов и стратегий реабилитации больных, что имеет непосредственное значение для психиатрической практики.

О неотложности и приоритетности развития социального аспекта психиатрической теории и практики на постсоветском пространстве свидетельствуют многочисленные научные публикации (Полтавец В., 1995; Краснов В.Н., 2001; Кабанов М.М., 2001; Александровский Ю.А., 2000). Обобщение теоретических разработок в области социальной психиатрии позволило констатировать, что предмет современной социальной психиатрии, которая изучает вопросы социальной этиологии и социальной патологии больных психическими расстройствами, существен-

но отличается как от предмета психиатрии в ее классическом (биологическом) понимании, так и от предмета социальной гигиены. Он включает исследование влияния на психическое здоровье собственно социальных, этнических и экологических факторов, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2001; Первомайский В.Б. и др., 2003).

Важным направлением социальной психиатрии является изучение влияния социальных и социально-психологических факторов на распространение и течение психических расстройств. В числе наиболее значимых аспектов можно выделить следующие:

1. Стигматизация пациентов со стороны ближайшего окружения.

2. Изучение негативной роли длительного пребывания в клинике или госпитализма (institutionalism), к наиболее существенным последствиям которого относятся разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков.

3. Изучение влияния стрессогенных жизненных событий на манифестацию и течение психических расстройств.

4. Определение влияния коммуникативного стиля семьи на течение заболевания.

5. Исследование влияния социальных сетей (системы социальных связей человека) и социальной поддержки на клинико-динамические особенности заболевания.

Разработка концептуальной основы реабилитации больных как важнейшей сферы социальной психиатрии непосредственно связана с интегративными представлениями о сущности психического расстройства и современными организационными и методическими возможностями реализации мультимодального (биопсихосоциального) подхода к процессу оказания психиатрической помощи, хотя в нашей стране эта модель не относится к числу глубоко осознанных и ассимилированных специалистами.

Теоретическая платформа, обеспечивающая адекватное применение реабилитационных технологий в психиатрической практике с учетом многостороннего характера и конечных целей этой деятельности должна базироваться на достижениях различных научных направлений изучения человека, его психической организации в норме и патологии и роли окружающей среды в

решении стратегических задач социального восстановления пациента. Такая масштабная ориентация реабилитационной деятельности предполагает использование адекватных принципов ее организации. С нашей точки зрения, таким принципом может быть системная методология научного познания со своеобразным видением объекта исследования.

Система – это относительно замкнутая совокупность компонентов, связанных и взаимодействующих между собой таким образом, что при этом появляются новые (интегративные, системные) качества, не присущие образующим систему частям (Афанасьев В.Г., 1964). По мнению основоположника общей теории систем Bertalanffy L. (1973), система может быть определена как совокупность элементов, находящихся в определенных отношениях друг с другом и со средой.

Из этих определений следует, что система как объект исследования, обладает целостностью. Суть системного подхода состоит в рассмотрении исследуемого объекта (пациента) как целого и выделении его из окружающей среды как системы. Алгоритм системного подхода может быть представлен следующим образом:

- выделение системы;
- определение направлений структурно-функционального анализа;
- проведение локального анализа структуры и функций подсистем;
- выделение связей и зависимостей между отдельными составляющими;
- построение системной (интегративной) модели изучаемого объекта.

Одним из сложнейших системных объектов, функционирующих в окружающей, в т.ч. социальной, среде, является психика человека. Ее системный характер проявляется как на уровне психологического, так и психопатологического исследований. Психиатрия является научным перекрестком самых разнообразных направлений: психологии, физиологии, биологии, общей патологии, лингвистики, социологии, доказательной медицины и т.д.

Системный или интегративно-аналитический подход к пониманию сущности психических расстройств, проблем пациента и оказанию эффективной психиатрической помощи – направление правомерное, теоретически целесообразное и практически оправданное. Для того, чтобы оно было реализовано в клинической практике, его следует распространить на все составляющие лечебно-диагностического процесса и

теоретические основы психиатрии. Дмитриева Т.Д. и др. (2001) считают необходимым применение системного подхода к решению клинических проблем в их специфическом преломлении на социальном, социально-психологическом и личностном уровнях с выделением на каждом из них наиболее информативных подсистем и выяснением существующих взаимосвязей. В более упрощенном контексте польза системного подхода состоит не только в том, что «о вещах начинают мыслить упорядоченно, по известному плану, но и в том, что о них начинают мыслить вообще» (Лихтенберг Г., цит. по Волкову П.П., 1976).

Опираясь на теорию систем Bertalanffy L. (1973), Engel G.L. (1979, 1980) рассматривает биопсихосоциальную модель как динамическое единство, включающее различные подсистемы, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимодействия органических, психологических и социокультуральных факторов. Каждая подсистема функционирует по собственным законам и поэтому для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. При этом снимается вопрос, какие факторы главные, а анализируется характер их взаимодействия.

Следует, однако, отметить, что хотя биопсихосоциальная модель задает вполне определенную перспективу современным исследованиям, она не лишена недостатков и сложностей в ее практической реализации. Уровни этой модели (биологический, психологический и социальный) описаны Engel G.L. в самом общем виде, конкретные формы и взаимодействия вообще не представлены, отсутствует также понятийный аппарат, который позволил бы соотносить научные данные всех трех уровней, каждому из которых соответствует свое концептуальное содержание. Кроме того, данная модель рассматривает пациента как субъекта, подверженного действию отдельных факторов и не включает принцип активности субъекта. Тем не менее, при всем неизбежном несовершенстве биопсихосоциальная модель служит методологическим ориентиром для многих современных исследований, на ее основе делаются первые попытки синтетического интегративного мультифакторного подхода к изучению и лечению различных расстройств.

Важнейшим достижением в разработке проблемы психической патологии на современном этапе можно считать все большее признание интегративного подхода, тенденцию к синтезу

различных частных научных проекций, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов), отказ от претензии на владение истинным знанием у представителей различных наук, доминирование конструктивистской установки в решении проблемы психического здоровья через осмысление различных практик в конкретном культурном контексте и постоянное обогащение и развитие представлений о норме и патологии.

С нашей точки зрения, в настоящее время нет альтернативы интегративному пониманию психических расстройств, одновременно учитывающему биологические, психологические и социальные аспекты любого психического заболевания, в том числе, в рамках концепции нелинейного взаимного структурного сцепления между различными взаимодействующими феноменологическими областями (Luhmann N., 1984; Ciompi L., 1997). Такое, интегративное, понимание сущности психического расстройства («психиатрия трех измерений» по Чомпи Л. (1999)) дает надежную научную основу для разработки современных многоосевых диагностических технологий, алгоритма и структуры реабилитационного диагноза, а также многовекторной медико-психологической и социальной помощи пациентам.

Janzarik W. (1973) различает в шизофренческом процессе три компонента: а) изменение психической динамики как результат «нарушения порядка» привычных жизненных условий; б) нарушения энергетического потенциала, что, вероятно находится в зависимости от наследственных факторов; в) как следствие этих процессов – генеральная перестройка психических структур. Таким образом, на материальное выражение психических процессов воздействуют жизненные условия, которые при известных обстоятельствах преобразуют психические процессы.

В рамках биопсихосоциальной модели Ciompi L. (1981, 1984, 1994) выделены три последовательные фазы в развитии шизофрении (трехфазная мультифакториальная модель):

Фаза 1 – комбинация генетических и соматических факторов (конституция, сензитивность, реактивность); психосоциальные влияния (семейный коммуникативный стиль, привитая система взаимоотношений, механизмы совладания).

Фаза 2 – преморбидная (врожденная) уязвимость (vulnerability) относительно болезни или диатез с нарушением процесса переработки ин-

формации; неспецифический стресс (life events); острая психотическая декомпенсация или первый психотический эпизод.

Фаза 3 – психосоциальные влияния; ремиссия, приступы, хронификация.

Таким образом, в отличие от данных, полученных в середине двадцатого столетия об отношении к шизофрении к психозам с преимущественно с дефицитарной «негативной структурой», обусловленной исключительно прогрессивностью заболевания, современные, в том числе собственные, наблюдения не позволяют утверждать фатальную зависимость динамики заболевания исключительно от самого болезненного процесса. С нашей точки зрения, психическая дезорганизация при шизофрении имеет многофакторную обусловленность, включая инфраструктуру личности с ее многочисленными когнитивно-аффективными связями с окружающей средой. Это позволяет считать пациентов, страдающих шизофренией, одновременно и объектом, и субъектом дезорганизации психической деятельности. Значительная роль в этом процессе отводится микросоциальным условиям, способствующим или препятствующим позитивной динамике заболевания.

В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении существенное значение в ее возникновении, клинических проявлениях и реабилитационном потенциале имеют адаптационно-компенсаторные механизмы. Большинство исследователей считает, что адаптация – это динамический процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования, целью которого является оптимизация функционирования организма (как сложной системы) во взаимодействии со средой (Волошин А.И. и др., 1987), а компенсация – это реакция организма на препятствие к адаптации, призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов (Ануфриев А.К., 1974). Дмитриева Т.Б. (1997) рассматривает адаптационные и компенсаторные механизмы с позиций антагонистической регуляции функции, направленной на поддержание оптимального динамического равновесия (гомеостаза) между организмом и средой. С этой точки зрения адаптацию и компенсацию можно рассматривать как составные элементы единого процесса приспособления, имея в виду способность больных приспособительно реагировать на изменения в социально-экологической среде,

то есть, внутреннюю их готовность приспособиваться к тем или иным условиям жизни.

Биопсихосоциальная модель шизофрении предполагает выделение двух типов адаптации - психическую и социальную.

Психическая (психологическая) адаптация – сознательно саморегулируемая система, осуществляющая функциональную деятельность, реагирующая на изменения в социально-экологической среде, т.н.х приспособительны ты м и средой.кой регуляции функции, направлен в основе которой лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Система психической адаптации постоянно находится в состоянии готовности к выполнению присущих ей функций. Адекватно отреагировав на воздействующий на нее фактор внешней среды, она возвращается к исходному состоянию «оперативного покоя» (Бавский Р.М.).

В деятельности системы психической адаптации проявляется активность всех выделяемых Анохиным П.К. (1975) узловых механизмов целостных приспособительных актов, включая механизмы афферентного синтеза, принятия решения, акцепторов результатов действия, программы действия, формирования результатов действия, обратной афферентации о результатах действия и сличения смоделированного в акцепторе результата с реально полученным.

Адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. В том случае, когда эти «способности» соответствуют уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышают его, можно говорить об адаптированной, «нормальной психической деятельности человека».

Социальная адаптация понимается как результат процессов психической адаптации во внешней среде, характеризующий особенности взаимодействия индивидуума с социальным окружением. Выделяют качественную и количественную стороны социальной адаптации. Качественной характеристикой социальной адаптации является тип приспособительного поведения (Воловик В.М., 1982; Коцюбинский А.П. и др., 1996). Приспособительное поведение отражает основные тенденции личности в формировании социального поведения и представляет собой биографически сложившийся и модифицированный болезнью и ситуацией способ взаимодействия с действительностью. Тип приспособительного поведения определяет целостную

и единообразную стратегию поведения в большинстве жизненных ситуаций. Она включает в себя комплекс защитных образований: осознанные копинг-усилия пациента, предпринимаемые в конкретной ситуации (Исаева Е.Р., 1999; Чехлатый Е.И., 1994), и неосознаваемые механизмы психологической защиты (Аристова Т.А., 1999; Безносюк Е.В. и др., 1997; Воробьев В.М. и др., 1993). При этом копинг-поведение определяется как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия... поскольку эти требования активизируют адаптивные возможности (Lasarus R.S., 1996). Количественная сторона социальной адаптации может быть представлена и измерена как уровень функционирования пациента в различных социальных сферах. Исходя из этого, возникающая у многих больных психосоциальная дезадаптация понимается как дефицит адаптации, в основе которого лежит неспособность больного противостоять давлению социальных требований и обеспечить хотя бы удовлетворительный уровень функционирования в современной жизни.

В рамках адаптационно-компенсаторных представлений получило свое развитие понимание шизофрении как диатез-стрессового заболевания. Наиболее важной характеристикой такого подхода является сензитивность, то есть когнитивная, психодинамическая, психофизическая и биогенетическая готовность реагировать развитием эндогенного психического заболевания на некоторые пусковые воздействия, играющие роль стрессоров. Такого рода сензитивность проявляется в форме клинически скрытой уязвимости (Zubin J. Spring B., 1977) или клинически проявляемого психопатологического диатеза (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996; Циркин С.Ю., 1998).

Разработанная рядом авторов (Rosenthal D., 1970; Zubin J. et al., 1977) концептуальная «диатез-стресс-модель» шизофрении, освящающая роль, наряду с наследственными, социальных факторов в генезе заболевания, была в дальнейшем дополнена концепцией «уязвимость к стрессу - копинг-компетентность», в которой подчеркивается, что недостаточность у больных в вопросах социального взаимодействия и копинга, социальной компетентности, в свою очередь, ведет к стрессам и манифестации болезни (Liberman R., 1992). С этих же позиций делалась попытка разработать «интерактивную модель развития» шизофренического психоза (Strauss J., Carpenter

W., 1974), более полно учитывающую уже в процессе течения болезни взаимодействие индивида с окружающей средой и развитие самого индивида.

В наиболее обобщенном виде суть диатез-стрессовых теорий может быть сведена к допущению существования динамической совокупности: во-первых, биологической уязвимости (“vulnerability”) как генетически обусловленной предрасположенности к шизофрении (Zubin R. et al., 1985, 1986) и, во-вторых, клинически определяемого шизотипического «диатеза» (М.В.Гончаров, 1998), понимаемого как особая сенситивность организма (Laury G. et al., 1969) по отношению к стимулам, играющим роль стрессоров, под влиянием которых развивается болезнь. В ряду таких стрессоров исследователи рассматривают «любые сверхнормальные, экстремальные раздражители» (Марищук В.Л., 1995) или критические жизненные события, а также микрособытия повседневной жизни (Аббатов В.А. и др., 1998) и обыденные психосоциальные воздействия, не оказывающие сколько-нибудь заметного влияния на здоровых людей, но играющие для «уязвимых» индивидов роль неспецифического стрессора (Olbrien D., 1987; Zubin R., 1983), приводящего к перенапряжению адаптационных структур и обуславливающего тем самым нарушение системы отношений личности с окружающей средой. Формирующийся в связи с этим стрессорный комплекс является непременным атрибутом борьбы организма «с неблагоприятными влияниями среды задолго до того, как эта борьба начинает ощущаться больным» (Саркисов Д.С. и др., 1988), а в случае нарушения адаптационно-компенсаторной системы в целом может «прорываться наружу», способствуя возникновению шизофренического процесса (Вассерман Л.И. и др., 1994; Вид В.Д., 1993; Кабанов М.М., 1998).

Дифференциация понятий «уязвимость» (генетически обусловленный фактор риска, внешне не проявляемый), «шизофренический диатез» (признак риска, носящий характер предболезни) и «болезнь» сделала логически необходимым предположение о наличии между уязвимостью и диатезом «порога уязвимости» (Zubin J. et al., 1987), а между диатезом и болезнью – «адаптационного барьера» (Александровский Ю.А., 1976) - динамического образования, препятствующего дезорганизации функциональных систем, которые используются организмом для адаптации к конкретной ситуации. Линейная схема такой модели может быть представлена следую-

щим образом (Коцюбинский А.П. и др., 2004): уязвимость-стресс-порог уязвимости-диатез-стресс-адаптационный барьер-болезнь.

Исходя из приведенной концепции, гипотетическое представление о механизмах возникновения шизофренического процесса может быть сформулировано следующим образом. Каждый индивидум наделен как биологическими ресурсами здоровья, препятствующими действию болезнетворных агентов, так и определенной (вплоть до нулевой) степенью предрасположенности к заболеванию шизофренией – уязвимостью, являющейся основным фактором риска его возникновения. Одновременно с этим, каждый индивидум располагает определенными ресурсами психологического здоровья или психологической адаптации, базирующейся на трехкомпонентной структуре отношений личности и рассматривающей следующие сферы психической деятельности: а) перцептивно-когнитивную; б) эмоциональную – как относительно автономную психологическую систему, включенную в когнитивно-управляемый процесс оценки окружающего мира и влияющую на способ поведения индивидума (Шнейдер Ф., 1997); в) потребностно-мотивационную сферу (Иовлев Б.В. и др., 1998).

Таким образом, при рассмотрении этиопатогенетических и реабилитационных аспектов шизофрении целесообразен учет как психологической, так и биологической адаптации. Можно предположить, что любое событие извне первоначально подвергается оценке посредством когнитивно-мотивационно-эмоционального аппарата. Совокупность этих оценок отражается в определенном уровне конфликтных переживаний, внутренне присущих любому человеку, то есть «антиномных реакций» (Зурабашвили А.Д., 1973), - психических процессах «постоянного взвешивания (фактов, явлений) и напряженной ориентации (в сложных ситуациях, в субъективных переживаниях)», связанных со взаимно противоборствующими установками, тенденциями, желаниями и влечениями личности. Вследствие этого в психическом аппарате человека всегда имеется определенный узел конфликтных переживаний (своего рода общая напряженность конфликтных переживаний), который, как правило, бывает фоновым, но усиливается в процессе принятия мотива или неспособности личности реализовать принятый мотив (Файзулаев А.А., 1985). Другими словами, речь идет о взаимоотношениях смысловой и когнитивной, смысло-

вой и эмоциональной, смысловой и потребностно-мотивационной сфер; механизмах целеобразования и планирования будущего (Тихоненко В.А., 1998).

Защитные психологические механизмы индивидуума – психологическая защита и копинг направлены на удержание уровня конфликтности в пределах фонового. Однако в случае влияния внешних дополнительных факторов риска (воздействий внешней среды, как микро-, так и макросоциума), защитные психологические механизмы индивидуума не справляются с задачей удержания уровня конфликтности в пределах фонового, возникает состояние психологического стресса. Оно может быть обратимым в случае прекращения действия стрессорного фактора, а также при наличии и мобилизации резервных защитных механизмов. В противном случае такого «возврата к исходному» не происходит, что способствует искаженному реагированию индивида на различные социальные воздействия. Провоцируемая в результате этого ответная реакция со стороны окружающих включается в механизм «порочного круга», что усиливает «психосоциальную уязвимость» (Бернер П., 1994).

В тех случаях, когда ситуация психологического стресса протекает в условиях недостаточности или истощения защитных биологических механизмов, происходит прорыв порога уязвимости и возникновение шизофренического диатеза, а в дальнейшем – прорыв барьера адаптации, что Chiompi L. (1980) назвал «сломом уязвимой личности», и манифестация заболевания. С этим созвучно и мнение Нуллера Ю.Л. (1988) о том, что различные генетически обусловленные дефекты, чрезмерные стрессорные нагрузки на регуляторные системы могут иметь одно и то же следствие – срыв регуляции и переход ее на иной, патологический уровень.

Гипотетически можно предположить, что «первичная поломка» провоцирует последующую реакцию на нее деятельности мозга в форме его активации (компенсаторной реакции первого порядка, в понимании Нуллера Ю.Л., 1998). Не случайно считают, что при нервно-психических заболеваниях патологический процесс с самого начала его возникновения неразрывно связан с включением компенсаторных механизмов (Семенов С.Д. и др., 1979). На клиническом уровне этому соответствует этап манифестации психоза в форме дезинтеграции психических функций (Нуллер Ю.Л., 1998).

В случае, когда компенсаторные образования

по каким-то причинам оказываются гиперактивными, в картине заболевания превалируют предельно острые психотические расстройства. При гипореактивности компенсаторных образований превалируют менее острые психопатологические расстройства с тенденцией к хронизации течения заболевания. При ареактивности компенсаторных образований создается ситуация, когда сопротивление организма болезни ограничивается адаптивными механизмами. Болезненный процесс, лишенный противодействия компенсаторных образований, приводит к истощению адаптационных механизмов, снижению общих функциональных возможностей организма, что на клиническом уровне проявляется преимущественно в виде негативной симптоматики. Нарастание негативной симптоматики формирует новый уровень адаптации, сниженный по сравнению с исходным. Разница между доболезненным уровнем адаптации и морbidно сниженным получила название «цена адаптации» (Воложин А.И. и др., 1987). Таким образом, клиническим эквивалентом цены адаптации является выраженность негативной симптоматики. С этой точкой зрения согласуется и представление о дефекте как об особой форме приспособления организма к требованиям действительности за счет снижения функционального уровня личности, то есть о дефекте как цене адаптации.

Параллельно с компенсаторными реакциями, формирующимися в условиях развившегося заболевания, важное место в системе приспособления больного принадлежит механизмам психологической адаптации, характерным для индивидуума в целом, включая и период его болезни. Как уже отмечалось, психологическая адаптация включает в себя комплекс защитных образований: копинг и психологическую защиту.

Среди множества факторов, влияющих на качественные характеристики этого комплекса, важную роль играет возраст пациента, в частности, возрастные различия их социально-психологических особенностей.

Преобладающим возрастом у больных с психическими расстройствами является зрелый возраст, охватывающий период от 21 года до 60 лет и знаменующий собой завершение формирования личности как «стойкой самореализующейся системы психических свойств, отношений и действий индивида» (Рубинштейн С. Л., 2005).

Благоприятное протекание периода зрелости, по мнению Слободчикова В.И. (2001), имеет три

плавно переходящие друг в друга фазы личностного становления:

- адаптацию, то есть, усвоение действующих ценностей и норм, их интеллектуальное и эмоциональное принятие, а также овладение соответствующими средствами и формами деятельности, а потому, в некоторой степени, уподобление индивида другим членам общества;

- индивидуализацию, то есть, постепенно обостряющееся противоречие между тенденцией «быть как все» и стремлением к максимальной персонализации, что характеризуется поиском возможностей и способом обозначения своей индивидуальности;

- интеграцию, которая детерминируется противоречием между стремлением быть яркой индивидуальностью и беспрепятственно проявлять свои качества в обществе и требованием этого общества в выражении только тех качеств, которые одобрены и приемлемы в рамках данного социального образца.

При успешном прохождении этих фаз в гармоничном, духовно развитом обществе, у индивида формируются такие качества как гуманность, доверие к людям, справедливость, коллективное самоопределение, требовательность к себе и другим. При нарушении хотя бы одной из фаз личностного становления зрелого субъекта наблюдается болезненная, хорошо осознаваемая им диспропорция между устойчивым внутренним образом собственного «Я» со своими способностями, достоинствами, личной ценностью и неповторимостью, и тем низким уровнем реальных достижений и умеренной оценкой в значимом круге лиц, которые обнаруживаются при объективном анализе его жизненной ситуации. Так возникает «кризис зрелого возраста», имеющий свои специфические особенности в различные кризисные периоды зрелого возраста: переход к ранней взрослости, переход к средней взрослости и переход к поздней взрослости (Левинсон Д., 1999). Совершенно очевидно, что индивидуальные характеристики кризисных периодов зрелости оказывают существенное влияние на механизмы психологической компенсации при психических расстройствах.

Создаваемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлениями о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, об уровнях психической и социальной адаптации пациента. Каждая составляющая этого комплекса характеризуется соответствующим типом систем-

ных измерений:

1. Клиническое измерение – симптомы, синдромы, диагностические категории.

2. Личностно-психологическое измерение – уровень зрелости и адаптивных ресурсов личности, особенности копинг стратегий и защитных психологических механизмов, способность совладать с симптомами болезни.

3. Социальное измерение: а) особенности социально-ролевого функционирования и приспособительного поведения пациента; б) навыки решения жизненно важных проблем; в) уровень ресурсов поддержки пациента в сообществе.

В этой плоскости предмет психиатрии может быть обозначен как нозос в системе сложных внутриличностных и межличностных отношений. В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни и, в меньшей степени, психологическими и психосоциальными характеристиками, однако социальный прогноз обуславливают преимущественно психологические и психосоциальные характеристики. При этом какого бы уровня и качества социальной адаптации мы не добивались, всегда следует помнить, что биологические лечебные сдвиги не являются финалом курирования больных, что на их основе может и должна быть развернута дифференцированная реабилитационная программа воздействий, позволяющая включить и использовать максимум сохраняющихся у больного компенсаторных возможностей.

Таким образом, цель психиатрической помощи в рамках биопсихосоциальной модели психиатрии не ограничивается «лечением» расстройства. Она может быть сформулирована как «возвращение личности способности жить в системе социально-психологических отношений, адекватных ее оптимальным возможностям». Как предмет, так и цель психиатрии, исходящей из биопсихосоциальной модели, сопряжены с оценкой динамической системы отношений личности. Биопсихосоциальная парадигма закономерно приводит к осознанию того факта, что реальность психического расстройства не может быть полностью охвачена средствами естественно-научной методологии и требует методологии гуманитарного познания, в частности, использования герменевтического подхода в диагностике, лечении и оценивании достигнутого результата. При этом существенно меняется понимание позиции пациента в ходе оказания психиатрической помощи – сутью вмешательства становится постепенное

наделение пациента возможностями и полномочиями субъекта помощи, или процесс перехода от терапевтического субъект-объектного патернализма к оптимальным субъект-субъектным помогающим профессиям (Карагодина Е.Г. и др., 2004).

Принцип системности в психиатрии можно распространить на различные виды коммуникативного поведения и взаимоотношений между врачом и пациентом, феноменологическую трактовку психических состояний, проблемы личности, ее психической адаптации и социального функционирования, отношения пациента с окружающей средой. Не менее важным представляется использование системного (целостного) подхода при организации психиатрической помощи, проведении восстановительного лечения и медико-социальной экспертизы.

Проблема реабилитации также может быть понята в свете современных представлений о системном подходе как динамической системе взаимосвязанных био-психо-социальных компонентов. Рассмотрение пациента с психическим расстройством в контексте объединенной медицинской, психологической и социальной моделей является особой методологической установкой, позволяющей избежать альтернативного противопоставления социального и биоло-

гического в понимании целей и задач реабилитации. Такой подход основан на представлении о реабилитации как системе, направленной на достижение определенной цели (частичное или полное восстановление личного и социального статуса больного) особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, с учетом как клинико-биологических, так и психологических, а также социальных факторов в процессе саногенеза (Кабанов М.М., 2001).

В контексте такого методологического фокуса адекватными представляются холистический подход к психиатрическому обслуживанию (подход к человеку как к целостной личности, как к индивиду с личными проблемами и переживаниями), а также такие основополагающие принципы реабилитации как единство биологических и психосоциальных методов воздействия и разносторонность (разноплановость) вмешательств для реализации реабилитационной программы (Кабанов М.М., 1975). В этой связи можно говорить о различных модулях реабилитационной стратегии, ориентированных как на клинико-биологический субстрат болезни, так и на особенности личности и социально-ролевого функционирования пациента.

В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, О.В. Абрамов, I.B. Жигулина

ПРО ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО РОЗРОБКИ КОНЦЕПЦІЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

На підставі біопсихосоціального підходу до розуміння психічних розладів, уявленні про адаптаційно-компенсаторні механізми, «діатез-стрес-моделі» шизофренії автори розглядають проблему реабілітації як динамічну систему взаємозв'язаних біопсихосоціальних компонентів, метою яких є відновлення особистісного та соціального статусу хворих. Інтегративний підхід дає авторам надійну наукову підставу для розробки сучасних багатовісєвих діагностичних технологій, алгоритму та структури реабілітаційного діагнозу, а також багатовекторної медико-психологічної та соціальної допомоги пацієнтам. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 1 (21). — С. 3-12).

V.A. Abramov, T.L. Ryapolova, O.V. Abramov, I.V. Zhygulina

ABOUT INTEGRATIVE APPROACH TO THE DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA CONCEPT AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE PATIENTS

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Authors regard the problem of rehabilitation as a dynamic system of interconnected biopsychosocial components with the aim of the restoring of the personal and social patient's state at the background of the biopsychosocial approach for understanding of mental disorders, the idea about adaptive-compensated mechanisms and "diathesis-stress-model" of schizophrenia. The integrative approach gives the reliable scientific basis for the development of the modern multiaxis diagnostic technologies, the rehabilitative diagnosis algorithm and multivector medical-psychological and social help to the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 3-12).

Литература

1. Абабков В.А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга//Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева., 1998.-№2. - С.4-8.

2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина.- 2000. - 496 с.

3. Александровский Ю. А. Состояния психической

- дезадаптации и их компенсация//Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Наука. - 1976. - 272с.
4. Ануфриев А.К. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа реабилитации психически больных// Врачебно-трудовая экспертиза и социально- трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. - М., 1974. - С. 18-22.
5. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и невротоподобной шизофренией. - Автореферат дисс. ...канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 24с.
6. Афанасьев В.Г. Проблема целостности в философии и биологии. - М., 1964.
7. Безносюк И. В., Соколова В.Д. Механизмы психологической защиты//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1997, Вып.2. - С.44-48.
8. Бернер П. Многофакторная модель патогенеза. Ханс Хофф - пионер современной психиатрии//Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - №. 4., Вып. 2. - С. 121-125.
9. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1994. - №3. - С. 16-25.
10. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении - СПб., 1993. - 236 с.
11. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией//Реабилитация больных психозами. - Л., 1981. - С. 62-71.
12. Волошин А.П., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация - универсальный механизм приспособления. - М.: Медицина, 1987. - 176с.
13. Воробьев В.М., Коновалова П.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1993. - № 1. - С.71-72.
14. Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1. Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) //Российский психиатрический журнал. -1998. -№3. - С.31-37.
15. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии//Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Г.Б. Дмитриевой. - М.: «Медицина». - 2001. - С. 10-35.
16. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии//Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: М е д и ц и н а . - 2001. - С. 10 - 3 5.
17. Зурабашвили А.Д. Личность и антинормные реакции// Актуальные вопросы психиатрии - Саратов: Изд-во Саратовского ун-та. -1973. - С. 15-19.
18. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Концепция отношений В.П. Мясцева. Статья 6. Компоненты отношения к болезни// Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 1998. - № 2. - С.9 - 12.
19. Исаева Я.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией. - Автореферат дисс. ...канд. психол. наук. - СПб., 1999. - 21 с.
20. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни//Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С.22-27.
21. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии// Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1., вып. 1.- С. 9-10.
22. Карагодина Н.Г., Пушкарева Т.Н. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе//Архив психиатрии. - 2004. - № 4(39). - С.9-12.
23. Коцюбинский А.П., Шейнина И.С. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий)//Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1996. -№2.- С. 203-212.
24. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. Шизофрения, уязвимость - диатез - стресс - заболевание. - СПб.: Гиппократ+. - 2004. - 336с.
25. Краснов В.Н. Границы современной психиатрии и направления ее развития//Социальная и клиническая психиатрия. - 2001. - №1. - С.19-21.
26. Левинсон Д. Концепция взрослого развития. - Минск: Млада. - 1999. - 104с.
27. Маришук В.Л. Эмоции в спортивном стрессе (материалы к исследованию). - СПб., 1995. - 38 с.
28. Нуллер Ю.Л. О парадигме и психиатрии//Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. - 1991. - № 4. - С. 5-13.
29. Нуллер Ю.Л., Пегашова А.Н., Козловский В.Л. Антиципация в семьях психически больных//Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - № 2. - С. 5-11.
30. Первомайский В.В., Карагозна Е.Г., Илейко В.Р., Казерацкая Б. А. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепция и критерии разграничения//Вісник психіатрії та психофармакотерапії - 2003. -№ 1(3). - С. 14-26.
31. Полтавец В. Система «новых» вірувань і психопатологія: спільність форми чи сутності?//Міжнар. Конф. «Релігія і церква в контексті реалій сьогодення»: Тези доповідей./ Відп. ред. А.Колодний. - К.,1995. - С.60.
32. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии.- СПб.: Питер. - 2005.- 713с.
33. Саркисов Д.С., Гельфанд В.Б., Туманов В.П. Теоретические и практические аспекты проблемы соотношения структуры и функции//Руководство по психиатрии. - М.: Медицина. - 1988. - Т.1. - С. 51 -74.
34. Семенов С.Ф., Могилина И.П., Коган Р.Д., Доценко П.М., Грекова И.А. Процессы компенсации и адаптации при нарушениях нервно-психической деятельности // Клинические, социальные и биологические аспекты компенсации и адаптации при нервно-психических заболеваниях. - М., 1979. - С. 10-20.
35. Слободчиков В.И. Категория возраста в психологии и педагогике развития//Вопросы психологии.- 2001. - № 2.- С. 37-49.
36. Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение// Российский психиатрический журнал. - 1998. - В. 3. - С.21-24.
37. Файзуллаев А.А. Принятие мотива личностью// Психологический журнал. - 1985. - Т. 6, № 4. - С.87-96.
38. Чехлатый И.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии. - Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - СПб., 1994. - 25 с.
39. Чомпи Л. Каким может быть будущее социальной психиатрии?//Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. -№3. - С.27-30.
40. Шнейдер Ф. Нейропсихиатрические исследования эмоций// Социальная и клиническая психиатрия. - 1997 - В.2. - С.47-54.
41. Chiompi L. Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik.- Göttingen. 1997.
42. Ciompi L. The natural history schizophrenia in the long run// Brit. J. of Psychiatry. - 1980. - Vol. 6. - P.413-420.
43. Doerner K. Historische und wissenschaftssoziologische Voransetzungen der Sozialpsychiatrie//Was ist Sozialpsychiatrie. Boon. - 1995. - S. 91-107.
44. Engel G.L. (1977) The need for a new medical model: a college for biomedicine//Science. - 1977. - Vol. 196. - P. 129-136.
45. Janzarik W. Die Krise der Psychopathologie//Nervenarzt. - 1976. - Vol. 47. - № 2. - S. 73-80.
46. Kandel E.R. A New Intellectual Framework for Psychiatry// American Journal of Psychiatry. - 1998. - Vol. 155. - P. 457-469
47. Lasarus R.S. Psychological stress and the coping process// Me-Graw-Hill.-1996. - Vol. 4.
48. Laury G., Meerloo J.A.M. Adaptive Disability: Some Precipitating Factors in Schizophrenic Decompensation//Psychiat. Quart. - 1969. - V.43, №2. - P.319-330.
49. Liberman R. Handbook of psychiatric rehabilitation.- Boston: Allyn and Bacon. - 1992.
50. Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. - Frankfurt. - 1984.
51. Rosental D. Genetic theory and abnormal behavior.- New York: Me draw Hill. - 1970.
52. Strauss J., Carpenter W. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia//Arch. Gen. Psychiatry. - 1974. - Vol.30. - P. 413-420.
53. Zubin J., Magaziner J., Steinhauer S. The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability//Psychol. med. - 1983. - № 13. - P.551-571.
54. Zubin J., Spring B. Vulnerability: a new view of schisofrenia// J. Abnorm. Psychol. - 1977.- Vol. 86.- P. 103-126.

Поступила в редакцию 21.03.2009