

Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы

Часть 1. Уязвимость–диатез–стресс

Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмони́на О.Д.
ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Резюме. В статье рассматривается биопсихосоциальная модель шизофрении — в частности, такие понятия, как уязвимость, барьер уязвимости, психический диатез, барьер диатеза, стрессоры в купе с адаптационно-компенсаторной моделью заболевания. Данная расстановка акцентов обусловлена тем, что существующий перекос в сторону биологических методов лечения шизофрении является не всегда оправданным, так как при этом психосоциальные факторы, вносящие вклад в становление и развитие данного заболевания, а также в формирование рецидивов, зачастую остаются без должного внимания. Отдельное внимание уделяется концепции дезадаптивных схем и их роли в биопсихосоциальной модели. Данные схемы рассматриваются как фактор дополнительного риска, снижающий адаптационный потенциал пациента и способствующий обострению или рецидивированию заболевания.

Ключевые слова: биопсихосоциальная концепция; малоадаптивные схемы; уязвимость; диатез; стресс.

Biopsychosocial model of schizophrenia and early maladaptive schemas

Part 1. Vulnerability — diathesis — stress

Kotsubinsky A.P., Erichev A.N., Klaiman V.O., Shmonina O.D.
Bekhterev Psycho-Neurological Research Institute, St. Petersburg

Summary. The article examines the biopsychosocial model of schizophrenia — particularly such concepts as vulnerability, barrier of vulnerability, psychic diathesis, barrier of diathesis, stressors, coupled with adaptation-compensatory model of the disease. These accents are made due to the fact that the current bias in favor of the biological treatment of schizophrenia is not always justified, while psychosocial factors that contribute to the development of this disease, as well as the formation of relapse, are often overlooked. Special attention is paid to the concept of maladaptive schemas and their role in the biopsychosocial model. These schemas are considered as additional risk factor that reduces patient's adaptation potential and contribute to the exacerbation or recurrence of the disease.

Key words: biopsychosocial model; early maladaptive schemas; vulnerability; diathesis; stress

Шизофрения входит в число первых десяти расстройств, ведущих к инвалидности [26]. Очень часто протекание этого заболевания сопряжено с социальными проблемами: бездомностью, длительной безработицей и бедностью. Одновременно с этим у больных шизофренией из-за повышенного риска самоубийства и проблем с соматическим здоровьем отмечается существенное (на 10-12 лет) снижение продолжительности жизни [23].

В настоящее время наиболее рациональным в процессе лечения и последующей реабилитации больных шизофренией считается использование бригадных форм организации помощи, однако на практике часто происходит «перекос» терапевтических усилий в сторону биологических методов лечения. В результате этого остаются без должного внимания психологические (личностные) и социальные факторы, участвующие в формировании позитивной (галлюцинации, бред) и негативной симптоматики [15]. Кроме того, все большим количеством исследователей признаются ограниченные возможности психофармакотерапии и её малая успешность при некоторых клинических

особенностях шизофрении (негативные симптомы, а также низкая нейрокогнитивная производительность). В связи с этим использование в системе терапевтических усилий преимущественно «психофармакологического диктата», целевым назначением которого являются психические компоненты психического расстройства, представляется явно недостаточным: такая расстановка приоритетов приводит к тому, что остаются вне рассмотрения и проведения коррекционных усилий многие факторы, связанные как с социальной несостоятельностью, так и с психологической дезадаптированностью пациентов, что в совокупности также способствует последующей их инвалидизации.

Таким образом, не менее актуальной, чем значение психофармакотерапии, является работа с психологической составляющей заболевания — установками и ожиданиями пациентов. Достаточно важную роль играет наличие у больных сниженной приверженности к лечению, стигматизации, а также дисфункциональных убеждений — представлений о собственной неэффективности, неуспешности и пр. [10, 22]. Кроме того,

исследования показывают, что отсутствие веры пациента в успех лечения (пораженческая социальная позиция) может в значительной мере определять не только клинический, но и функциональный исход [24]. Специальные терапевтические усилия в отношении перечисленных особенностей психического состояния индивида нужны еще и потому, что после редуцирования острых проявлений заболевания многие пациенты продолжают испытывать дистресс, вызванный остаточными психопатологическими симптомами [22]. Представление о важности биологических, психологических и социальных факторов (в т.ч. стресса, социальной депривации, психотравм и пр.), вносящих вклад в возникновение и развитие психических расстройств, воплотилось в понятии «биопсихосоциальной концепции» заболевания.

Биопсихосоциальная концепция заболевания включает в себя следующие понятия:

Уязвимость — латентный, скрытый, клинически не выявляемый фактор риска развития шизофрении, биологическая основа заболевания [27]. В формировании уязвимости участвуют как биологические (возможно, генетические) факторы, так и стрессовые жизненные события в раннем детстве, формирующие сенситивность (по современной терминологии — уязвимость) по отношению к дальнейшим негативным жизненным ситуациям [22]. Стоит отметить, что уязвимость непостоянна и ей свойственны колебания во времени [15].

Барьер уязвимости («порог уязвимости»), или, по терминологии А.В. Вальдмана и Ю.А. Александровского [6], барьер психической адаптации представляет собой функционально-динамическое образование, по существу являющееся интегрированной (биологической и социально-психологической) составляющей сенситивности индивидуума к психическому расстройству. При этом функциональные возможности адаптационного барьера под влиянием биологических и социальных факторов непостоянны [1]. В связи с этим для прорыва «барьера уязвимости» необходимо, чтобы интенсивность стрессового воздействия преодолела некоторую критическую в данный момент времени «уязвимостную» величину. Нарушение этого барьера сопровождается переходом от клинически скрытых проявлений уязвимости к внешним, то есть клинически определяемым признакам диатеза.

Психический диатез — клинически верифицированная аномалия психической конституции, обусловленная генетической уязвимостью пациента, но проявляющаяся вовне совокупностью признаков, характеризующих предрасположенность к психической (психосоматической) патологии.

Барьер диатеза — рассматривается нами как второй уровень «барьера психической адаптации» [6] между диатезом и проявлениями собственно психического заболевания. Для этого перехода также необходима интенсивность стрессового воздействия, превышающая некоторую адаптационную «диатезную» критическую величину.

Стрессоры — агенты (включая психосоциальные), способствующие выявлению и развитию психического расстройства. Их можно рассматривать как дополнительные факторы риска развития заболевания. Отмечается, что именно субъективная значимость события определяет, окажется ли оно стрессогенным.

В рамках биопсихосоциальных представлений предполагается, что психическая адаптация (перманентно существующий процесс, направленный на оптимальное приспособление организма к конкретным условиям) включает в себя три блока: биологический, психологический и социальный [15]. В ситуации, когда что-то препятствует адаптации, дополнительно включаются механизмы компенсации, которые противодействуют нарушению функциональных возможностей организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных её элементов [3], [18]. Адаптацию и компенсацию мы понимаем, как перманентно существующие процессы, составляющие сущность жизнедеятельности любого организма и представляющие составные элементы единого процесса — приспособления, направленного на выживание и развитие индивидуума. При этом следует подчеркнуть, что категории «адаптация» и «компенсация» применимы как к нормальным, так и к патологическим явлениям [8].

Адаптационно-компенсаторная парадигма, с одной стороны, сделала более продуктивным изучение механизмов взаимодействия внешних и внутренних стрессорных факторов, вызывающих изменения в транзиттерных системах мозга. Создаваемое в рамках биопсихосоциальной концепции целостное понимание болезни связано с представлением о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, а не только его адаптации к изменяющимся условиям среды, как считал И.В. Давыдовский [8]. При недостаточности (истощении) компенсаторно-адаптационных механизмов происходит прорыв барьеров адаптации, за чем может следовать манифестация заболевания [2]. Вышеперечисленное способствовало развитию нового направления в изучении патофизиологических основ патогенеза заболевания.

При этом формирование негативной психопатологической симптоматики связано преимущественно с адаптационными, а позитивной — с компенсаторными механизмами. Однако в этой концепции недостаточно разработанными (хотя и не отвергаемыми) являются представления об участии в аутохтонном процессе не только биологических, но и личностных адаптационно-компенсаторных механизмов, в значительной степени определяющих психологические возможности пациентов. Не случайно, как отмечает М. Май [25], отдельные клинические феномены невозможно объяснить ни исключительно психологическими, ни исключительно биологическими мозговыми дисфункциями. Данные феномены, являясь показателем уязвимости человека, определяются взаимодействием мозговых и личност-

ных — как системы межчеловеческих взаимоотношений — механизмов.

Именно результаты взаимодействия патофизиологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов [4], лежащие в основе психопатологических проявлений заболевания и психологических характеристик внутреннего мира пациента, отражаются на формировании его социальной компетентности. Совокупное же влияние биологических, психологических и социальных параметров в значительной мере определяет особенность функциональных возможностей индивидуума [14].

Вышеизложенное делает осмысленным представление об адаптационно-компенсаторном потенциале как важнейшей функции организма.

Адаптационно-компенсаторный потенциал — это объем адаптационно-компенсаторных возможностей, имеющийся у конкретного индивидуума и трансформирующийся по мере развития предболезненных, а затем и болезненных феноменов, позволяющий ему адаптироваться к изменяющимся условиям внутренней и внешней среды. Адаптационно-компенсаторный потенциал является интегральным понятием, включающим специфические адаптационные ресурсы индивидуума: внутренние (биологические и личностные) и внешние — средовые.

Биологический адаптационно-компенсаторный потенциал — это совокупность морфофункциональных базовых саногенных механизмов пациента, обеспечивающих возможность сохранения индивидуумом определенного образа жизни в конкретных условиях изменившейся внутренней и внешней среды.

Психологический адаптационно-компенсаторный потенциал («адаптационный потенциал личности» или «личностный адаптационный потенциал») достаточно подробно обоснован многими авторами [5, 9, 13, 17]. Центральной его инстанцией является структура «Я», обеспечивающая согласование многообразных психических функций, управление ими, сохранение индивидуальности человека на всем протяжении его жизненного пути [16]. Именно в этом направлении видится особый смысл, который может объяснить многие феномены человеческой природы, его физического и психического состояния, его здоровья [21].

Согласно концепции А.М. Богомолова, личностный (психологический) адаптационный потенциал (синоним — адаптивный потенциал) — это способность личности к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, что повышает ее организованность и устойчивость. Автор выделяет следующие уровни личностных адаптационных ресурсов: индивидуальный, субъектно-деятельностный, личностный. Индивидуальный уровень определяют энергетический (психофизиологические характеристики) и когнитивный (познавательные процессы) компоненты. Субъектно-деятельностный уровень характеризуется инструментальными и творческими спо-

собностями. Личностный уровень определяют мотивационные и коммуникативные ресурсы. При этом А.М. Богомолов рассматривает механизмы совладания (копинг) и механизмы психологической защиты как способы регуляции адаптационных ресурсов и одновременно как способ их организации в структуре адаптационного ответа. Мы полагаем, что в случае развития заболевания к этому следует добавить механизмы внутренней картины болезни как проявления психологической защиты.

В целом понятие о психологическом адаптационном потенциале (адаптационном потенциале личности) является необходимой и существенной основой для понимания психологических механизмов развития психических расстройств. Базовыми характеристиками для этого являются имеющиеся у человека потребности сберечь и сохранить социальные достижения и позиции, а в случаях их утраты — предпринять усилия к их восстановлению [19, 20], а также относительно устойчивое стремление пациента к преодолению болезни, отражающее степень его готовности и возможности для реализации своих личностных и социальных потребностей.

Изучение психологического адаптационного потенциала (адаптационного потенциала личности) предусматривает анализ характеристик, представляющих структуру личности, особенностей их соотношения как между собой, так и с внешними факторами, а также, с нашей точки зрения, — уточнение их роли в формировании «структурного дефицита» и/или интрапсихического конфликта и личностных защитных образований. Этим вопросом уделяется много внимания различными психологическими школами, из числа которых психодинамические и когнитивно-поведенческие являются наиболее продуктивными. В частности, такой подход широко используется сотрудниками института им. В.М. Бехтерева при анализе структуры пограничных состояний [11, 12]. Хотя чаще работы по когнитивно-бихевиоральной терапии шизофрении посвящены её использованию для воздействия на остаточную резистентную симптоматику, интерес представляют также исследования её влияния на социальное функционирование этих больных [7].

Средовой (внешний) адаптационно-компенсаторный потенциал — это степень имеющихся у пациента возможностей, обеспечивающих адекватный характер его взаимодействия с социальным окружением и соответствие реальным жизненным требованиям.

Таким образом, важным элементом данной концепции является необходимость для развития заболевания преморбидной адаптационной чувствительности, сформированной под влиянием биологических и социальных факторов. Исходя из вышесказанного, целесообразным представляется рассмотрение ранних дезадаптивных схем в структуре неспецифических признаков уязвимости, обуславливающих в последующем течении жизни индивидуума недостаточность адаптивно-

компенсаторных механизмов. Используемое в психотерапевтической практике понятие о «дезадаптивных схемах» можно представить как терминологическое отражение особенностей преморбидной социализации индивидуумов, которое в значительной мере обуславливает уровень преморбидной социальной адаптации, а, при наличии исходных дефицитарных (неконструктивных) явлений, увеличивает негативные тенденции проявления и течения возникшего в дальнейшем заболевания. В качестве схемообразующих можно рассматривать также преморбидные негативные семейные факторы, как отмечаемая со сторо-

ны референтных лиц по отношению к будущему больному гиперпротективность, социальная дистанция, эмоциональная дистанция.

Можно предположить, что дезадаптивные схемы, будучи результатами длительного психосоциального преморбидного воздействия, которое снижает барьеры уязвимости и диатеза, в значительной степени сохраняют свою актуальность и в процессе болезни. С этой точки зрения они являются фактором дополнительного риска, снижающим адаптационный потенциал пациента и способствующим обострению или рецидивированию заболевания.

Литература

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. — М., Литтерра. — 2010. — 272 с.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М., Наука. — 1976. — 272 с.
3. Анохин П.К. Системный анализ интегративной деятельности нейрона / ред. П.К. Анохин. — Москва, Наука. — 1974. — 157 с.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л., Наука. — 1988. — 270 с.
5. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. — 2008. — № 1. — С. 67-73.
6. Вальдман А.В. Психотерапия невротических расстройств (экспериментально-теоретический и клинико-фармакологический анализ). А.В. Вальдман, Ю.А. Александровский. — М., Медицина. — 1987. — 287 с.
7. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25. — № 2. — С. 9-18.
8. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). — М., Государственное издательство медицинской литературы. — 1962. — 176 с.
9. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб. — 2004.
10. Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом. — Российский психиатрический журнал. — 2011. — № 4. — С. 45-50.
11. Караваева Т.А. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств (сообщение 1) / Т.А. Караваева, И.Н. Бабурин, Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова, Е.В. Шульц // Психическое здоровье. — 2011. — № 8. — С. 48-53.
12. Караваева Т.А. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств (сообщение 2) / Т.А. Караваева, И.Н. Бабурин, Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова, Е.В. Шульц // Психическое здоровье. — 2011. — № 9. — С. 42-46.
13. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. — СПб. — 2000. — 232 с.
14. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Мазо Г.Э. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А.П. Коцюбинского. — СПб, СпецЛит. — 2015. — 495 с.
15. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В., Аристова Т.А., Бурковский Г.В., Бутома Б.Г., Чумаченко А.А. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. — СПб, Гиппократ+. — 2004. — 336 с.
16. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В. Психическая предпатология. Превентивная диагностика и коррекция. — СПб., ЭЛБИС-СП(б). — 2010. — 368 с.
17. Посохова С.Т. Настольная книга практического психолога. — М., АСТ. — 2008. — 671 с.
18. Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В. К проблеме предупреждения рецидивов при шизофрении // Ранняя реабилитация психически больных: Сб. науч. трудов / Под ред. В.М. Волвика. — Л. — 1985. — С. 47-54.
19. Семенова Н.Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении. — Социальная и клиническая психиатрия. — 2009. — № 2. — С. 76-82.
20. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. — Социальная и клиническая психиатрия. — 2014. — № 4. — С. 31-36.
21. Ярзуткин С.В. Стабильность и динамика темпераментального и личностного уровней

- индивидуальности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. — Москва. — 2001. — 165 с.
22. Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P. *Schizophrenia: cognitive theory, research, and therapy.* — New York, London. — The Guilford Press. — 2008. — 415 pp.
23. Brown S., Barraclough B., Inskip H. *Causes of the excess mortality of schizophrenia.* — *British Journal of Psychiatry.* — 2000. — Vol. 177. — P. 212-217.
24. Grant P.M., Beck A.T. *Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia.* — *Schizophrenia Bull.* — 2009. — Vol. 35. — P. 798-806.
25. Maj M. *Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria.* — *World Psychiatry.* — 2011. — Vol. 10. — P. 81-82.
26. Rossler W., Salize H.J., van Os J., Riecher-Rossler A. *Бремя шизофрении и психотических расстройств в странах Евросоюза (расширенный реферат).* — *Психиатрия и психофармакотерапия.* — 2006. — С. 53-57.
27. Zubin J., Spring B. *Vulnerability—a new view of schizophrenia.* — *J.Abnorm. Psychol.* — 1977. — Vol. 86. — P. 103-126.

Сведения об авторах

Александр Петрович Коцюбинский — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: ak369@mail.ru

Александр Николаевич Еричев — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: erichevalex@gmail.com

Клайман Василий Олегович — студент, Санкт-Петербургский Государственный Университет. E-mail: v.o.klaiman@gmail.com

Шмони́на Ольга Дмитриевна — социальный работник, НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: o.shmonina@gmail.com