

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ЧАСТЬ III

Л. П. Великанова, Ю. С. Шевченко

Астрахань, Москва

Доболезненная феноменология психосоматических расстройств. Одной из ошибок современной медицины является внимание к заключительной фазе болезни (6, 24, 66). В то же время все глубже осознание необходимости более раннего выявления указанных расстройств, на обратимом, донозологическом этапе их развития, как основы истинной первичной профилактики (5, 12, 34–36, 41, 45, 50, 80).

Для проведения психопрофилактической работы специалисту прежде всего необходимо ориентироваться в таких понятиях, как психическое здоровье, психическая норма, предболлезненное состояние, повышенный риск.

Психическая норма человека по определению Г.К.Ушакова (82, 83) характеризуется соответствием его образов восприятия объектам действительности, адекватными формами эмоционального и интеллектуального реагирования на реальные обстоятельства, способностью менять свои формы поведения в соответствии с изменением условий существования и реализацией своих потребностей без ущерба для других людей и себя.

У человека может быть большая, чем у других людей, генетическая или индивидуально приобретенная предрасположенность к определенному заболеванию, но он не болен, что также дает основание считать его состояние «конституциональной нормой» (74). Понятие конституциональной нормы перекликается с понятием «адаптивности» – «уровнем врожденных и приобретенных психофизических возможностей человека, обеспечивающих готовность к адаптации» (28, стр. 6).

Как отмечает Г.К.Ушаков (83), за многие месяцы или годы до манифестации любой болезни наблюдается период инициальных расстройств: дискретные нарушения в форме эпизодов либо преходящих болезненных реакций, которые могут быть объектом превентивных мер.

Здоровье – собирательное понятие, включающее в себя группу разнородных состояний, отличающихся друг от друга по своей предрасположенности к развитию тех или иных форм патологии (74), по признакам устойчивости, адаптации, социальной

ориентированности, определяемым личностными и конституциональными особенностями человека (33, 76, 77). Выделено 5 уровней здоровья (39, 40, 71), представляющих континуум состояний от идеальной нормы до предболезни (патоса): стабильное психическое здоровье, уровень риска, уровень предболезни, донозологический и уровень болезни. Признание наличия переходных состояний между нормой и патологией позволяет констатировать отклонения как в психической, так и в соматической сферах на доболезненном уровне (16). В психической сфере – прежде всего при пограничной психической патологии; в отношении соматической сферы – при оценке функциональных сдвигов в регуляторных системах организма. Для любого патоса может быть найдена соответствующая проба с нагрузкой (или тест), которая обнаружит снижение функции (74).

Термин «повышенный риск» или предпатология – функциональная норма; он обозначает потенциальную возможность возникновения болезни, при отсутствии еще каких-либо манифестных нарушений функции и нарушений адаптации. Личность может эмоционально напряженно, но практически нормально функционировать без признаков патологии и в ситуациях повышенного риска (74), которые образуют риск-факторы (61). Кратковременные нарушения функции, не переходящие в болезнь, К.Ясперс (99) предложил называть «реакциями». Существующие саногенные механизмы, зачастую превалирующие над патогенными и подавляющие их, способствуют тому, что нарушение функции длительное время может оставаться скрытым. С тех пор, когда нормальное функционирование личности становится невозможным из-за отдельных признаков дизадаптации, но болезнь еще не сформировалась, начинается состояние предболезни. Это уже не норма, а патология, и развитие развернутого заболевания у человека становится в высокой степени вероятным.

Изучению состояний предболезни и инициальных форм нервно-психических и психосоматических расстройств посвящены многие исследования последних лет (1–3, 11, 71, 74).

До сих пор имеются значительные различия как в клиническом понимании, так и в терминологии, обозначающей реакции и состояния, выявляемые в период донозологических расстройств. Применительно к психической патологии такие предболезненные состояния квалифицируют как «аномальные реакции» или различные варианты субклинического реагирования, «преневротические расстройства», «препсихопатические состояния», «третье состояние» (3, 22, 53, 68, 83). Используют такие понятия как «условнопатологическое состояние», «донозологическое», «субклиническое», «период повышенного риска», «состояние социально-психологической дезадаптации» (4, 29, 50). Наиболее распространенным и общепризнанным является термин «предболезненное состояние» (74).

Предболезнь – это лишь вероятность возникновения заболевания, свидетельство сохранности защитных сил организма. С другой стороны, предболезнь указывает на активацию механизмов и условий, формирующих болезнь, на доманифестную (донозологическую) стадию заболевания. Еще Г.Бергман (89) описывал «стадию функциональных нарушений побуждений», предшествующую появлению органических изменений. М.А.Лебедев (59) в своих исследованиях показал, что пограничные предболезненные состояния (разнообразная аморфная невротическая симптоматика, характерологические реакции) являются безусловным фактором риска развития как невротических и личностных расстройств, так и соматических заболеваний.

Ю.А.Александровский (3) в свою очередь назвал эту группу психических нарушений «непатологическими невротическими проявлениями», куда включил наименее сложные по структуре неспецифические общевротические расстройства. Это уже не здоровье (в соответствии с его ВОЗовским определением), но еще не болезнь в нозологическом смысле. Развитие невроза весьма вероятно, но какого именно, можно только предполагать.

По данным разных авторов предболезненные состояния в населении составляют от 22 до 89,75% (55, 74).

В.И.Гарбузов (28) обозначает предболезнь как психосоматическую дезадаптацию (ПСД) – «неклассифицируемое нозологически нездоровье». В контексте указанных критериев стоит определение уровня качества жизни (62).

В.В.Ковалев (53) в динамике неврозов, наряду с моносимптомными преходящими невротическими реакциями (первый этап невроза), выделяет «преневротические» состояния как донозологическое изменение реактивности под влиянием хронических подпороговых психогенных вредностей. Как тот, так и другой начальный этап динамики психогении может заканчиваться полным выздоровлением и восстановлением индивидуальной реактивности при разрешении психотравмирующей ситуации. В противном случае как невротические реакции, так и преневротические расстройства (реактивно-

сти) переходят в полиморфные невротические состояния – собственно невроз (астенической, истерической, obsессивной или иной психопатологической структуры). Выздоровление на этом этапе не столь полноценно и характеризуется длительным сохранением резидуальных постневротических расстройств (по К.Эрнсту). Последние отражают вторично-дизонтогенетические нарушения индивидуальной реактивности. Третий этап динамики неблагоприятно текущей психогении – невротическое формирование личности («краевая» психопатия) – третично-дизонтогенетическое образование, мало зависящее как от средовых условий, так и от выраженности и динамики конкретного невротического симптомокомплекса. Такая динамика характерна как для общих (психоневрозов), так и для системных неврозов.

С.Б.Семичов (74), описывая предболезненные психические расстройства, называл их «явлениями психической дезадаптации», не включая в них нозологические единицы психических заболеваний.

Об уровнях адаптации писали М.М.Кабанов (49) и И.Я.Гурович (32). В рамках системного подхода возникновение психосоматической патологии рассматривается как процесс нарушения психической адаптации (2, 17). Дезадаптация также предполагает предболезнь, то есть процессы, выходящие за пределы нормы, но не достигающие степени болезни. Состояние дезадаптации выражается в снижении или в затруднении функции при предельном напряжении адаптационных механизмов. С.Б.Семичов (74) выделяет 3 уровня дезадаптации. Психическая напряженность, ведущим признаком которой является усиление функции, субъективно может выражаться как затрудненное функционирование. Парциальная дезадаптация, для которой характерно частичное снижение функции, распространяется лишь на какую-то область деятельности. Тотальная дезадаптация, выражающаяся общим снижением функции, охватывает все сферы жизнедеятельности; наиболее вероятен срыв или возникновение болезни.

В.П.Вахов (24) первый уровень психической дезадаптации определяет как преклинический. Характеризуется появлением в психическом статусе лишь отдельных клинических симптомов, нестабильных, парциальных, фрагментарных, кратковременных. В понимании Ю.Ф.Антропова и Ю.С.Шевченко (11) – это адаптационные реакции; они могут нивелироваться, исчезать, возвращаться к норме. Второй уровень дезадаптации – пограничный клинический; симптомы проявляются в полном, клинически очерченном виде, но не достигают синдромальной завершенности. Третий уровень – собственно донозологический; глубокие реакции, непосредственно предвещающие переход в устойчивое состояние психической дезадаптации, то есть в нозологическую форму.

В.И.Гарбузов (27) описывает невротическую (неврозы), агрессивно-протестную (нарушения поведе-

ния) и капитулятивно-депрессивную (психосоматические заболевания) формы дизадаптации у детей.

При адресном медикаментозном и психотерапевтическом воздействии можно быстро восстановить адаптацию и, что представляется важным, не успевает сформироваться болезненный динамический стереотип (24).

Многолетнее клинико-катамнестическое изучение предболезненных невротических и соматоформных расстройств у пациентов многопрофильных соматических стационаров (58) показало их относительную нозологическую неспецифичность с последующей трансформацией в невротические, патохарактерологические, аддиктивные и психосоматические расстройства. Таким образом, метафорой преневротических состояний являются так называемые «стволовые клетки», которые могут развиваться в клетки любой ткани в зависимости от того органа, в который помещены. Соответственно, диагностика преневротического состояния указывает на возможность его клинической реализации в соответствии с наличием той или иной конституциональной predisпозиции (невротической, патохарактерологической, психосоматической). Вероятность же такой реализации зависит от соотношения выраженности и качества психотравмирующей ситуации с выраженностью и качеством индивидуального психотипа (20).

В клинической практике психическая дизадаптация в виде невротических реакций и состояний может оставлять возможность для профилактики и коррекции соматических (психосоматических) нарушений. «Стихание» невротических расстройств может быть свидетельством не восстановления здоровья, а перехода болезни с функционального на органический уровень.

Таким образом, своевременное и адекватное лечение невротических расстройств является одновременно профилактикой психосоматических болезней, тогда как предупреждение первых – является профилактикой и тех и других.

Введением понятия «предболезнь» как клинической категории уменьшается и гипо- и гипердиагностика и значительно расширяются рамки работы по первичной профилактике, которая до настоящего времени осуществляется преимущественно на уровне теоретико-методологическом. В то же время, профилактическая работа на этапе патологии и предболезни может вернуть клиента в границы его оптимальной психической нормы и предотвратить развитие заболевания.

Особенности групп риска возникновения психосоматических заболеваний. Идеи о влиянии эмоций на возникновение и развитие многих соматических заболеваний разрабатывались на протяжении веков представителями разных научных направлений и получали клиническое подтверждение. Основоположники психосоматической медицины ведущую роль в патогенезе психосоматических расстройств отводили личностным особенностям, оп-

ределяющим эмоциональные нарушения. По их мнению, психосоматическим можно считать такое заболевание, при котором несомненно влияние эмоциональных (87, 96–98, 100), психологических (64, 72, 88, 92, 95, 101–104, 110, 111) факторов на физическое состояние; прослеживается связь между эмоциями и деятельностью внутренних органов.

При относительном многообразии клинических проявлений дизадаптации, безусловным ее признаком, как у взрослых, так и у детей, является синдром психоэмоционального напряжения или хронической тревожности, который может быть обнаружен при проведении психодиагностического обследования (34–36, 42, 43, 58, 60, 79). По мнению Д.Н.Исаева (43, 45) выявленные случаи хронической тревоги согласно ретроспективным оценкам в большинстве являются предболезненными состояниями. У детей и подростков наряду с психическими признаками тревожности достоверно чаще обнаруживались преневротические, вегетодистонические и соматические проявления (19, 34–36).

Распространенность депрессий в общей медицинской сети по разным данным достигает от 8 до 44% (77, 85, 91, 94). В территориальной поликлинике депрессивные расстройства наблюдаются в 12,7% – 14% случаев (56, 69). В условиях санаторно-курортной сети эта цифра достигает 29% (51), а в соматическом стационаре – 46,4% (72).

Ю.Ф.Антропов, Ю.С.Шевченко, отмечая «излишнюю психологизацию» отечественных исследований (10), в более поздних работах указывают на то, что в общей медицинской амбулаторной практике наиболее частыми психопатологическими проявлениями психосоматических расстройств являются типологические варианты депрессии с тревожным компонентом (9). Их представленность преимущественно на субклиническом и средне выраженном уровне обуславливает существенные диагностические трудности и требует своевременного психолого-психиатрического обследования.

Согласно уже упомянутой теории «специфических типов личности» F.Dunbar (92), сочетание определенных черт личности дает возможность прогнозировать развитие соматического заболевания. Я.Рейковский (108) также считал, что личность обуславливает тип эмоционального реагирования и его физиологическое сопровождение. Стрессогенность события во многом определяется не абсолютной силой стрессора, а тем, как стрессор воспринимается индивидом. Заслуживают внимания аффективно-ригидные, тревожные, полизависимые личности, идентификация которых может производиться при помощи шкал и скрининговых опросников (66, 90, 104, 107). Эта же идея нашла отражение в теории «акцентуированных личностей» (63, 64, 103). Исследование психологических характеристик индивидов с предболезненными психосоматическими проявлениями выявило наибольшее прогностическое значение показателей личностной

тревоги и психической ригидности (23), направленности агрессивных реакций и поведения, склонности к тревожным реакциям в условиях стресса (109). В работах И.В.Боева и его сотрудников показано, что «если рассматривать развитие и формирование пограничных психических расстройств, поведенческих и личностных нарушений с позиций конституционально-психотипологической изменчивости, то основным «резервом», из которого берет начало личностная, поведенческая, психосоматическая, неврологическая и невротоподобная патология, является аномальная личностная изменчивость диапазона пограничной аномальной личности (ПАЛ) в конституционально-континуальном пространстве» (21, стр. 11).

Изучение психосоматических взаимоотношений при бронхиальной астме, которая в широком смысле слова не может отождествляться с психогенными заболеваниями, но в то же время входит в *holu seven* классических психосоматических болезней, выявило большое число значимых взаимосвязей с показателями психологических характеристик больных неврозами (81, 84).

У детей возникновению психосоматических расстройств способствуют личностные особенности в форме акцентуации по эмоционально-лабильному, сензитивному, астеноневротическому, истероидному, лабильно-истерическому, лабильно-сензитивному и психастеническому типу (7, 11). При бронхиальной астме среди доболезненных особенностей личности ребенка отмечена необычная чувствительность, тревожность, возбудимость, пугливость, эмоциональная изменчивость, склонность к развитию сниженного настроения, обидчивость, впечатлительность (43, 44). Сходные особенности отмечены при гипотензии (14). У детей с гипертонией и дистониями выявлялась большая реактивность, раздражительность, напряженность, нетерпеливость, несобранность, избыток побуждений (15). Отмечен высокий уровень корреляции между личностными особенностями ребенка и степенью изменений артериального давления (37, 47). У детей с нарушениями ритма сердца в латентном периоде выявлялись повышенный уровень нейротизма и тревоги, изменения направленности личностного реагирования (38); пароксизмальной тахикардии в раннем возрасте сопутствовали субдепрессивные расстройства (67). При соматизированном болевом синдроме у детей также обнаруживался высокий уровень тревожности, эмоциональная лабильность, склонность к ипохондрии (43).

Отдельные особенности личности, предрасполагающие к развитию психосоматических заболеваний, определяются на уровне темперамента. Низкий порог чувствительности к раздражителям, интенсивность реагирования, трудность адаптации к новым впечатлениям с преобладанием отрицательных эмоций и склонность к их длительному сохранению делают индивида уязвимым в отношении стресса (43, 44). Высокий уровень нейротизма у

подростков с аффективными расстройствами невротического уровня, не достигающими степени нозологической завершенности, выявлен Н.А.Бобровой и М.П.Довгаль (19). Пациенты с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК) достоверно отличались от здоровых по уровню тревожности (по тесту Тейлор), нейротизма, склонности к депрессиям, к соматизации аффекта, анксиозности, склонности к фобиям, враждебности, интрапунитивности (65, 75).

Личностные особенности, ответственные за возникновение психосоматических расстройств, являются предметом специальных поисков. У детей удается найти такие характерологические особенности, которые в разных сочетаниях встречаются наиболее часто практически при всех психосоматических расстройствах (11). К ним относятся замкнутость, сдержанность, недоверчивость, тревожность, склонность к легкому возникновению фрустраций, преобладание отрицательных эмоций, низкий уровень интеллектуального функционирования в сочетании с выраженной нормативностью.

Выдвигается точка зрения о более универсальных патохарактерологических свойствах, обуславливающих предрасположенность к психосоматическим болезням: хроническая тревожность, склонность к фрустрации, истерические и нарциссические черты, алекситимия. Представляется перспективным обнаружение стойких констелляций перечисленных свойств при психосоматической патологии.

В то же время специфичность преморбидного психического склада при психосоматических расстройствах подвергается сомнению (18). Скорее всего, речь идет о степени специфичности преморбиды при отдельных, конкретных психосоматических нозологиях.

Можно предположить, что пониженная стрессоустойчивость, снижающаяся в континууме: гармоничная личность – акцентуация (норма) – ПАЛ – психопатия (патология), – реализуется в уменьшающейся избирательности реагирования на экзогенные воздействия, с одной стороны, и в сужении диапазона сознательного поведенческого репертуара, с другой стороны, что повышает вероятность трансформации тревожно-депрессивного аффекта в психосоматические феномены, локализация которых определяется как типичным конституциональным соматотипом, так и индивидуально-наследственной и приобретенной предрасположенностью.

Основные подходы к профилактике психосоматических расстройств. Психогенно обусловленные соматические расстройства (психосоматические) занимают промежуточное положение между соматическими и психическими заболеваниями, что значительно усложняет их диагностику и адекватное лечение. Этому способствуют также их нозологическая неспецифичность, многофакторность патогенеза, отсутствие патогенетически обоснованной классификации (7).

Несмотря на множественность механизмов патогенеза, а может быть, именно благодаря им, станов-

ление большинства психосоматических заболеваний растянуто во времени (31). Развернутым стадиям болезни предшествуют доболезненные состояния, не приводящие к дезадаптации и, что очень важно подчеркнуть, во многих случаях полностью обратимые. Особенно в детском возрасте, когда преобладают функциональные, а не органические нарушения, весьма высока пластичность мозга и значительны компенсаторные потенциалы психики.

Р.М.Баевский и В.П.Казначеев (12) указывали на значение своевременного распознавания состояний, пограничных между нормой и патологией, здоровьем и болезнью. Выявление недостаточности адаптации организма еще до появления нозологических форм дает возможность их предотвратить (50, 54).

Психопрофилактическая работа – это работа с практически здоровыми людьми. В то же время, в общем здравоохранении большинство исследований проводится после обращения пациентов к врачу по факту болезненного расстройства (24). Внимание соматологов сосредоточено на заключительной фазе болезни (6), когда резко нарушены адаптационные механизмы (на уровне биохимических реакций, в мозговом веществе). Следует с сожалением констатировать, что такой подход сохраняется до настоящего времени (24, 31, 66, 112). Более того, несовершенство закона о психиатрической помощи создает значительные трудности для профилактики не только собственно психических, но и психосоматических расстройств.

Современные тенденции развития психосоматического подхода требуют усиления акцента на профилактических задачах (18, 66, 106), на более дифференцированных подходах к лечению психосоматических больных. Актуальность обозначенного направления обусловлена их значительной распространенностью и экономическими затратами в связи с дополнительными лечебно-диагностическими обследованиями, большим расходом времени на данную категорию пациентов, неадресным, а потому малоэффективным, лечением.

И хотя психосоматика как медицинская проблема достаточно разработана на теоретическом уровне, она не приобрела популярности в здравоохранении и медленно внедряется в практику обслуживания больных (52). К сожалению, в отечественной медицине в практической деятельности врача до настоящего времени отсутствует целостное восприятие психического и соматического, чему способствует множество узких медицинских специальностей (13, 44).

Профилактика психосоматических расстройств станет возможной либо при максимально ранней их диагностике (на обратимых этапах), либо при выявлении групп повышенного риска (45, 46, 48, 80). Это предполагает выявление неблагоприятных ситуаций, служащих источником стресса и длительного состояния эмоционального напряжения, и их коррекцию. Предшествующее негативно-эмоциональное состояние возможно констатировать рет-

роспективно, катанестически, *post factum*. Отсюда следует, что базовым элементом «позитивной» (66) диагностики психосоматического нарушения должна являться оценка психологических и социально-психологических свойств личности больного, которые выступают как фактор психологической предрасположенности, а, следовательно, открывают возможность превентивных мер или истинной первичной профилактики.

Одно из направлений профилактики – выявление эмоционального напряжения на донозологическом этапе заболеваний (47). Психодиагностический скрининг вне медицинских учреждений и мониторинг психологических характеристик (особенно отражающих состояние эмоциональной сферы) позволяют выявлять группы риска или субклинические расстройств. Данная задача вполне в пределах компетенции и правовых возможностей психологических служб образовательных, дошкольных, медицинских учреждений.

Психодиагностический скрининг позволяет выявить уровни соматизации, тревожности, социального функционирования и депрессии (41, 86).

Помимо психосоматических расстройств в общей медицинской практике обнаруживается все больше больных, страдающих нераспознанными психическими расстройствами, коморбидными с соматической патологией. Проведенное обследование с помощью опросника общего здоровья показало высокий уровень распространенности психических расстройств (86,3%), аффективной патологии (от 6,1% до 39,3%) (41). В то же время пациенты с аффективной патологией, обращающиеся за помощью, составляют всего 4% от этого числа (41). Подчеркивается необходимость скрининговых и эпидемиологических исследований на предмет их выявления (5).

В рамках научно-практической программы Московского НИИ психиатрии (57) реализуется консультативная и лечебная помощь лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники, в том числе и исследование с помощью психодиагностических методов.

Если рассматривать психосоматику не как узкую группу особых патологических состояний, а, прежде всего, как методологический подход, то большое значение должно придаваться наднозологически ориентированным неспецифическим предупредительным мероприятиям (18) на разных этапах жизни человека (30). В то же время не так много работ, посвященных диагностике донозологического этапа развития психосоматических заболеваний (34–36).

Наиболее реалистичным подходом к первичной профилактике психосоматических расстройств в настоящее время представляется работа с группами повышенного риска (18), о которых упоминалось выше. Понятие повышенного риска в широком смысле может характеризовать уровень стрессоустойчивости личности или ее «адаптивность» –

способность противостоять срывам психической адаптации (25). Значимость каждого фактора риска в отдельности уже освещалась. Важно вычлени из их многочисленного перечня наиболее информативные в прогностическом отношении, что вполне осуществимо с использованием методов математического анализа: дисперсионного, кластерного, факторного (26).

Посещение соматолога или психиатра – безусловное свидетельство манифестации расстройств (психических или психосоматических), выход их на клинический уровень. Ю.Ф.Антропов (8) предлагает более активное использование психиатрической службы в комплексном выявлении и лечении больных с эмоционально обусловленными соматическими функциональными расстройствами. Однако обращение к психиатрам претягивает распространенная социальная стигматизация психически больных, недостаточная обеспеченность практической медицины специалистами (особенно детскими психиатрами). В связи с этим, другое направление профилактики – повышение компетентности врачей общего профиля в области психосоматических и соматопсихических взаимоотношений, ранних проявлений дезадаптации как на соматическом, так и на эмоциональном и поведенческом уровнях, развитие более тесного и обязательного сотрудничества интернистов и психологов/психотерапевтов/психиатров (43, 69, 78, 93). Перспектива видится в появлении достаточного количества медицинских (клинических) психологов в здравоохранении, создании новых организационных подходов, обеспечивающих неразрывность и преемственность первичной психологической и медицинской (как общей, так и специализированной) помощи.

Психологический подход позволяет осуществлять экспресс-диагностику наиболее уязвимых контингентов и адресно реализовывать мероприятия по первичной профилактике. Выявление связей меж-

ду психологическими показателями переживаний и поведения и текущим соматическим процессом и их коррекция позволят значительно повысить эффективность терапии в рамках вторичной профилактики.

Заслуживает внимания возможность идентификации вегетативно-соматических дисфункций (105, 113) в процессе рутинных общемедицинских обследований. Она же могла бы более широко использоваться в динамическом контроле (равно как и этнологические методики), поскольку количественная динамика состояния может не проявляться в вторичном тестировании.

Перспективной в рамках первичной профилактики представляется также психологическая работа с личностью, направленная не только и не столько на предупреждение стресса, сколько на повышение защитных сил индивидуума, усиление и активизацию его конструктивных личностных качеств, саногенных ресурсов, овладение умениями и навыками преодоления стресса, совладания с фрустрацией.

Таким образом, ранняя донозологическая диагностика психосоматических расстройств предполагает использование соответствующего клинико-психологического и патофизиологического подхода, который должен быть, с одной стороны, весьма чувствительным к незначительным отклонениям от психофизических нормативов (18, 105, 113), а с другой – по широте охвата выходить за рамки собственно психосоматической парадигмы и включать факторы, имеющие отношение ко всей этиопатогенетической группе психогений.

Осуществление здоровье-сберегающих программ и первичная профилактика широкого спектра психогенных нарушений (психических, психосоматических) может быть практически реализована на основе адекватной научно обоснованной теоретической концепции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дизадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Александровский Ю.А. Системный анализ состояний психической дизадаптации как основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств // Вестн. АМН СССР. – 1985. – № 1. – С. 61.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 1993. – 400 с.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 48 с.
5. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI, HADS (d) // Журн. неврол. и психиатрии. – 2003. – № 5. – С.11–18.
6. Анохин П.К. Эмоциональное напряжение как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы // Вестн. АМН СССР. – 1965. – № 6. – С. 10–18.
7. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков (клиника, патогенез, систематика и дифференцированная терапия). – М., 1997. – 198 с.
8. Антропов Ю.Ф. Динамика невротической депрессии у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатрии. – 2002. – № 5. – С.15–19.
9. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В., Пономарева А.П. Психоэмоциональный статус детей с нарушениями моторики кишечника // II-й международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 260–261.
10. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и привычные патологические действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с., изд. 2-ое, исправ.
11. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
12. Баевский Р.М., Казначеев В.П. Диагностика донозологическая // БМЭ. – М., 1977. – Т. 7. – С. 252–255.
13. Байкова И.А. Психосоматические расстройства (классификация, клиника, диагностика и лечение). Метод. рекоменд. – Минск: Белорусский ГИУВ, 1999. – 33 с.
14. Батанова Н.А. Реабилитация детей при вегетососудистой дистонии гипо- и гипертонического типа // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1993. – № 1. – С.104–106.
15. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. – М.: Медицина, 1987. – 886 с.
16. Березанцев А.Ю. Реактивные психозы в судебно-психиатрической практике: клинико-психопатологические и психосоматические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 4. – С.14–21.
17. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 295 с.
18. Бобров А.Е. Теоретические модели первичной профилактики в психосоматике // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – № 3. – С.138–142.

19. Боброва Н.А., Довгаль М.П. Опыт лечебно-коррекционного воздействия на детей с психосоматическими расстройствами в условиях детской поликлиники // II-й международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». – Минск, 2003. – С. 263–264.
20. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. – Ставрополь, 1999. – 362 с.
21. Боев И.В. Жертвы терроризма (психология, психопатология и терапия). – Ставрополь, 2003. – 148 с.
22. Брехман И.И. Философско-методологические проблемы здоровья человека // Вопросы философии. – 1982. – № 2. – С. 48–53.
23. Вакарица О.А., Красильникова М.Н. К психодиагностике предболезненных психосоматических состояний // XIII съезд психиатров России. – Москва, 2000. – С. 75.
24. Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Росс. психиатр. журнал. – 1997. – № 1. – С. 32–35.
25. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 33–39.
26. Воробьев В.М., Дюк В.А. Адаптивные свойства личности и принципы их машинной диагностики // Тез. научн. сообщений советских психологов к VI Всесоюз. съезду общества психологов СССР. – М.: Наука, 1992. – Т. I. – С. 129.
27. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия. – СПб.: Сфера, 1994. – 160 с.
28. Гарбузов В.И. Концепция инстинктов и психосоматической патологии. (Наднормологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов). – СПб.: «Сотис», 1999. – 320 с.
29. Гаврилова С.И., Щирин М.Г. (цит. по И.И.Культо). Информация о IV Всесоюзном съезде геронтологов в 1982 г. в Кишиневе // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1983. – № 4. – С. 630–631.
30. Голенков А.В. Современные возможности первичной профилактики психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 3. – С. 109–114.
31. Губачев Ю.М., Макенко В.В. Геронтрические проблемы семейной медицины. – СПб.: Человек, 2001. – 78 с.
32. Гурович И.Я. Значение уровневых подходов к оценке психопатологических расстройств и социальной дезадаптации для организации психиатрической помощи // Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1986. – С. 70–83.
33. Дмитриева И.В., Морозов В.И., Патласова Г.В. и соавт. Исследование инициальных проявлений пограничных нервно-психических расстройств // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. – М., 1980. – Т. I. – С. 197–200.
34. Ефимов Ю.А. О предрасположенности к психосоматическим заболеваниям у детей // Неврозы у детей и подростков. – М., 1986. – С. 51–53.
35. Ефимов Ю.А. Возможности диагностики донозологического этапа развития психосоматических заболеваний // VIII Всесоюзный съезд невропат., психиатр. и наркологов. – М., 1988. – Т. II. – С. 193–195.
36. Ефимов Ю.А. Диагностика предболезненных явлений психосоматических расстройств у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 1994. – 18 с.
37. Ефремов К.Д., Пушканская С.М. Клинико-психологическая характеристика детей с вегето-сосудистой дистонией гипертонического типа // Психиатрические аспекты педиатрии. – Л., 1985. – С. 22–26.
38. Ефремов К.Д., Резник В.И. О нервно-психических расстройствах у детей с вегето-сосудистой дистонией гипертонического типа с нарушением сердечного ритма // V Всероссийский съезд невропат. и психиатров. – М., 1985. – Т. 3. – С. 46–48.
39. Запускалов С.В., Положий Б.С. К вопросу о донозологических стадиях пограничных нервно-психических расстройств у работников промышленного предприятия // Развитие производительных сил Сибири и задачи ускорения научно-технического прогресса (Часть II). – Новосибирск, 1989. – С. 213–214.
40. Запускалов С.В., Положий Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1991. – № 2. – С. 20–25.
41. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Выявляемость аффективной патологии среди населения Чеченской Республики в условиях локальной войны // Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 46.
42. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Под ред. Д.Н.Исаева, Б.Е.Микиртумова. – Ленинград. педиатр. мед. ин-т, 1990. – С. 15–21.
43. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная Литература, 1996. – 454 с.
44. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
45. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей и подростков и психосоматический подход // Конгресс по детской психиатрии. – М., 2001. – С. 222–224.
46. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: Специальная Литература, 2001. – 463 с.
47. Исаев Д.Н., Ефремов К.Д. Роль психогенных факторов микросоциальной среды в формировании вегето-сосудистой дистонии гипертонического типа у детей // Структурно-функциональные основы нервных и психических заболеваний. – М., 1983. – С. 90–93.
48. Исаев Д.Н., Ефимов Ю.А. Методы выявления детей, подверженных риску развития психосоматических расстройств // Актуальные вопросы психогигиены и психопрофилактики. – Л., 1988. – С. 21–22.
49. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е. – Л., 1985. – 216 с.
50. Казначеев В.П., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в практике массовых обследований населения. – Л., 1980. – 207 с.
51. Караваяева Е.В. Распространенность депрессивных расстройств в условиях санаторно-курортной сети // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 173.
52. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
53. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
54. Козлова Л.В., Короид О.А., Бекезин В.В. и соавт. Значение донозологической диагностики и профилактики вегетативной дисфункции в повышении уровня здоровья детей // V конгр. педиатров «Здоровый ребенок». – М., 1999. – С. 190.
55. Козловская Г.В. Результаты эпидемиологического изучения детей с повышенным риском возникновения пограничных психических расстройств // IV Всероссийский съезд невропатол. и психиатр. – М., 1980. – Т. I. – С. 208–211.
56. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства – центральная проблема в сфере охраны здоровья населения // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 60.
57. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 5–9.
58. Крылов В.И. Предболезненные невротические и соматоформные расстройства в общей медицинской практике // XIII съезд психиатр. России. – Москва, 2000. – С. 84.
59. Лебедев М.А. Предболезненные состояния при пограничных психических заболеваниях // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1997. – № 6. – С. 22–25.
60. Ледаев М.Я., Гориславец Н.В., Сизова А.Ю., Хандожко С.В. Психосоциальный статус подростков с нейрорегуляторной дистонией по гипертоническому типу // Матер. IV конгр. педиатр. России «Охрана психического здоровья детей и подростков». – М., 1998. – С. 11.
61. Лещинский Л.А., Димов А.С. Факторы риска: причины, условия болезней или ранние симптомы заболевания? Критика понятия и предложения к классификации риск-факторов // XVIII Всесоюзный съезд терапевтов. – М., 1981. – Т. I. – С. 67–68.
62. Литвинов А.Г. Эмоциональные нарушения, личностные особенности и качество жизни у подростков с психосоматическими расстройствами. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 25 с.
63. Личко А.Е. Психопатия и актуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
64. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – М.: Медицина, 1985. – 416 с.
65. Марилов В.В., Коркина М.В. Психогенные тошноты и рвоты (особенности развития и формирования) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 13, № 4. – С. 5–9.
66. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
67. Мясисцев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
68. Наенко Н.И. Психическая напряженность. – М., 1976. – 112 с.
69. Незнанов Н.Г., Кочорова Л.Г., Ломаченков А.С. Социально-демографические характеристики и качество жизни больных с аффективными и соматоформными расстройствами в общемедицинской сети // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений,

- оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 73.
70. Немов Р.С. Психологическое консультирование: Учеб. для студ. Педузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 528 с.
71. Положий Б.С. Эпидемиология, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у работников промышленности. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1985. – 38 с.
72. Потапкина Е.В. Клинические проявления депрессий, впервые выявленных в общесоматической сети // Аффективные и шизоаффективные расстройства. Совещание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правл. Росс. общества психиатров. – М., 2003. – С. 88.
73. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 192 с.
74. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л., 1987. – 184 с.
75. Симаненков В.И., Гриневич В.Б., Потапова И.В. Функциональные и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. – СПб.: ООО «ЛСП», 1999. – 164 с.
76. Смирнов В.К. Психическое здоровье. Актуальность целостного изучения // Механизмы и коррекция восстановительных процессов мозга. – Горький, 1982. – С. 35–43.
77. Смирнов В.К. Психическое здоровье и пограничные состояния // Психическое здоровье и пограничные состояния. – Горький, 1983. – С. 5–12.
78. Смулевич А.Б., Сыркин А. Л., Козырев В.Н., Дробижев М.Ю. Потребность в психофармакотерапии и организации психиатрической помощи в соматическом стационаре // Клиническая медицина. – 2000. – № 10. – С. 22–27.
79. Соловьева С.Л. Вопросы подготовки клинических психологов в медицинском вузе // Всеросс. научно-практ. конф. «Образование и молодежная политика в современной России». – СПб., 2002. – С. 447–449.
80. Сорокина А.В., Бобошко И.Е., Маурина Г.Л. Опыт психодиагностического подхода к оценке состояния психосоматического здоровья подростков // Конгресс по детской психиатрии. – М., 2001. – С. 234.
81. Тювина Н.А., Иванова О.Е. Психосоматические аспекты бронхиальной астмы // XIII съезд психиатров России. – Москва, 2000. – С. 94.
82. Ушаков Г.К. Клинический метод исследования в психиатрии и норма реакции // Психосоматическое развитие и норма реакции. Труды института / Под ред. Г.К.Ушакова. – М., 1975. – С. 3–16.
83. Ушаков Г.К. Психосоматические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
84. Филиппов В.Л. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1976. – 12 с.
85. Шмаонова Л.М., Бакалова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрический кабинет территориальной поликлиники // Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. – М., 1998. – С. 113–114.
86. Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., Довженко Т.В., Холмогорова А.Б. Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в психодиагностике соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 10–15.
87. (Alexander F.) Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С.Могилевско-го. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
88. (Ammon G.) Аммон Г. Психосоматическая терапия. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 238 с.
89. Bergmann G. Von Zum Abbau der “Organneurosen” als Folge Interner Diagnostik // Deutsche Med. Wehnsch. – Leipzig, 1927. – Vol. 53, N 49. – P. 2057.
90. Brandt J., Celentanj D., Stewart W. et al. Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers // Am. J. Psychiatry. – 1990. – Vol. 147, N 3. – P. 303–308.
91. Cavanaugh S., Furnaletto L.M., Creech S.D. et al. Medical illness, past depression and present depression; a predictive triad for in-hospital mortality // Am. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 158, N 1. – P. 43–48.
92. Dunbar F. Emotions and bodily changes. – New York: Columbia Univ. press, 1954. – 1192 p.
93. Evans D.L., Charney D.S. Mood disorders and medical illness: a major public health problem // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54, N 3. – P. 177–180.
94. Evans D.L., Straab J., Ward H. et al. Depression in the medically ill: management considerations // Depres. Anxiety. – 1996/1997. – Vol. 4. – P. 199–208.
95. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings // J. Am. Med. Assoc. – 1959. – Vol. 169, N 12. – P. 1286–1296.
96. Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis” (1895{1984}) // Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 3. Translated and edited by J.Strachey. – London: Hogarth Press, 1962. – P. 85–117.
97. Groddek G. Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden. – Leipzig: Hirzel, 1917. – 31s.
98. Halliday J.L. Concept of psychosomatic affection // Lancet, London. – 1943. – Vol. 4.XII, N 6275. – P. 692–696.
99. (Jaspers K.) Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
100. Jelliffe S.E. Bodily organs psychopathology // Am. J. Psychiatry. – 1936. – Vol. 92, N 3. – P. 1051–1076.
101. Jenkins C.D. Psychosocial and behavioral factors // Prevention of coronary heart disease / H.Kaplan, J.Stamler (Eds.). – Philadelphia, 1983. – P. 188–197.
102. (Kreisler L.) Крайслер Л. Психосоматика в психопатологии младенчества // Мать, дитя, клиницист (Новое в психоаналитической терапии). – М., 1994. – С.112–120.
103. (Leongard K.) Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев: Вища школа, 1981. – 390 с.
104. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P. Alexithymia: a view of psychosomatic process // Modern trends in psychosomatic medicine / O.W.Hill (Ed.). – 1976. – P. 430–440.
105. Nemiah J.C. The role of preventive psychiatry in physical disability // Aspects of preventive psychiatry. – Basel, 1981. – P. 67–72.
106. Okasha A. The presidential WPA program on child mental health // World Psychiatry. – 2003. – Vol. 2, N 3. – P. 129–130.
107. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior // Psychosomatics. – 1990. – Vol. 31, N 2. – P. 207–213.
108. (Reykowski J.) Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. Пер. с польск. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.
109. Russek L.G., King S.H., Russek S.J., Russek H.I. The Harvard Mastery of Stress Study 35-year follow-up: prognostic significance of patterns of psychophysiological arousal and adaptation // Psychosom. Med. – 1990. – Vol. 52. – P. 271–285.
110. Seligman M.E.P. Erlernte Hilflosigkeit. – Munchen: Urban, 1979. – 220 s.
111. Sifneos P.E. Alexithymia: Past and present // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153, N 7. – P. 137–142.
112. Sonneck G. Prevention and health promotion // Wien-Med-Wochenschr. – 2002. – Vol. 152, N 19–20. – P. 540–542.
113. Stewart D.E. The changing faces of somatization // Psychosomatics. – 1990. – Vol. 31, N 2. – P. 153–158.