

УДК 3681832 (575.2) (04)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.Р. Сулайманова – ст. преподаватель

Рассмотрены факторы, влияющие на развитие хронизации, рецидивов и резистентности к терапии соматических коморбидных расстройств. Установлено, что тревожный аффект является одним из главных механизмов, обуславливающих их возникновение.

Ключевые слова: соматические расстройства; коморбидность; тревога; соматизация; хронизация; резистентность.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространённостью коморбидных соматических состояний и коморбидных симптомокомплексов большинства соматических заболеваний. Кроме этого существующие классификации психических расстройств не являются целенаправленным инструментом в формировании алгоритма диагностики в феноменологии коморбидных состояний, что в практической плоскости создаёт как диагностические, так и терапевтические трудности, в большей степени, сконцентрированные в системе оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения [1]. Не все аспекты проблемы коморбидности получили достаточно полное освещение. Чаще всего рассматривается коморбидность депрессивных расстройств с ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами, тревожных и депрессивных расстройств, деперсонализации и депрессии, агорафобии и панического расстройства [2–4]. При этом практический опыт свидетельствует, что большинство пациентов подвергаются продолжительным курсам лечения с определённой периодичностью, что отражается на социальном функционировании и финансовом положении, приводя к снижению качества жизни пациентов в условиях нарастания уровня психосоциального стресса [5, 6]. Следовательно, актуальным представляется и рассмотрение проблемы фармакотерапии коморбидных состояний как при выборе медикаментов, так и методики лечения в целом [1, 4, 7].

Гипотеза исследования. Основываясь на концепции об общем адаптационном синдроме Ганса Селье, соматическая модель болезни является одним из предрасполагающих факторов активизации адаптационных психофизиологических механизмов, в основе которых лежит тревога [1, 5].

Таким образом, можно предположить, что тревога, являясь неспецифической адаптационной психофизиологической реакцией, возможно, способствует появлению функциональных симптомов, которые в практической плоскости рассматриваются как элементы или признаки соматического расстройства. Важно отметить, что соматические нарушения при этом находят подтверждение лабораторно инструментальными методами обследования [8, 9]. В связи с этим мы предполагаем, что наличие полиморфизма соматических жалоб при коморбидных состояниях является предиктирующим фактором диагностики и терапии соматических симптомов. При этом тревожный аффект, возможно, является одним из главных механизмов развития хронизации, рецидивов и резистентности к проводимой терапии соматических коморбидных расстройств.

Цель исследования: изучить роль аффективного компонента в структуре коморбидности соматических расстройств.

Задачи: 1) выделить факторы, способствующие формированию феномена коморбидности; 2) рассмотреть феномен коморбидности как системообразующий механизм, способствующий нарастанию уровня тревоги; 3) изучить влияние аффективного компонента на хронизацию и резистентность к проводимой терапии коморбидных соматических расстройств.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 65 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет на базе отделения психосоматики Республиканского центра психического здоровья и лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента КР. Методы исследования: полуструктурированное интервью; оригинальный опросник; инвентарь клинико-анамнестических

Таблица 1

Распределение пациентов по спонтанно предъявляемым жалобам

Жалобы	n	%
Сердцебиение	14	16,8
Головные боли	14	16,8
Затруднение в дыхании	9	10,8
Боль, дискомфорт в груди	9	10,8
Слабость, утомляемость	7	8,4
Тошнота, боль в животе	5	6
Невнимательность, плохая память	5	6
Беспокойство, ожидание неприятности	5	6
Приступы беспокойства или стресса	4	4,8
Нарушенный ночной сон	4	4,8
Страх сумасшествия	4	4,8
Головокружение, пошатывание	3	3,6

Таблица 2

Распределение пациентов по выраженности уровня тревоги

Выраженность депрессии	n	%
Низкая	2	3,08
Средняя	20	30,77
Высокая	43	66,15

Таблица 3

Распределение пациентов по выраженности уровня депрессии

Выраженность депрессии	n	%
Норма	40	61,5
Минимальная легкая	13	20
Умеренная депрессия	11	17
Выраженная депрессия	1	1,5

и клинико-поведенческих признаков адаптационного образа болезни (АОБ) у пациентов с феноменом коморбидности; стандартизированная шкала для оценки депрессии Цунга; стандартизированная шкала для оценки тревоги Спилбергера-Ханина.

В исследовании принимали участие 47 женщин (72,3%), 18 мужчин (27,7%).

36 пациентов с высшим образованием (53%), 18 – с незаконченным высшим (26,4%), 14 – со средним специальным образованием (20,6%).

Установлено, что 32 пациента имеют продолжительность заболевания свыше 5 лет (49,2%), 25 больных – с продолжительностью расстройства от 1–3 лет (38,5%) и 8 – со сроком заболевания от 3 до 5 лет (12,3%).

Верифицировано, у 40 пациентов (61,5%) уровень депрессии находится в норме.

Обсуждение. Из полученных результатов видно, что больше всего жалоб предъявлено на сердцебиение, головные боли, затруднение в дыхании. Боль и дискомфорт в груди, слабость и утомляемость (табл. 1). Распространенность соматической патологии именно в этих системах явно отражает психосоматическую природу коморбидности, позволяет проводить аналогии с диагностическими указаниями рубрики F-4 МКБ-10 [10] и актуализирует два полюса стратегического диагностического процесса: 1) или эмпатийно-беспристрастную работу с адаптационным образом болезни (АОБ) с учётом личностных, адаптационных реакций; 2) или “жесткое” следование диагностическим указаниям при игнорировании кардинальных положений и принципов построения МКБ-10 в системе несколько клинических диагнозов (табл. 2). Полученные

результаты также свидетельствуют о том, что у большинства пациентов (66,15%) повышен уровень тревоги как реактивной, так и личностной [11]. Однако уровень депрессии у большинства находится в норме (61,5%). Табличные данные свидетельствуют в целом о наличии коморбидных состояний, обуславливающих формирование адаптационного образа болезни, для которого характерен “соматизированный” призыв к помощи (табл. 3).

Таким образом, “соматизированный” призыв к помощи, наличие тревожного аффекта позволяют предположить о функционировании клинко-психологических механизмов, способствующих формированию вторичной соматизации. В структуре коморбидных соматических расстройств вторичная соматизация реализуется чаще всего в вариантах предъявляемой соматизации и псевдосоматизации, что, возможно, является дополнительным фактором в развитии соматической модели болезни. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности соматических нарушений представляет собой механизм активизации психофизиологических реакций, обуславливающих стабилизацию феномена коморбидности у пациентов с соматическими расстройствами. Вторичная соматизация – клинко-психологический механизм, обуславливающий формирование клинической типологии, предъявляемой к соматизации и псевдосоматизации, которые носят адаптационный характер и ведут к нивелированию гипотимического аффекта в структуре коморбидных соматических расстройств.

Выводы

1. Тревожный компонент является одним из факторов, способствующих формированию коморбидности соматических нарушений.

2. Интенсивность и продолжительность тревожного компонента в структуре коморбидности соматических нарушений представляет собой механизм активизации психофизических реакций, обуславливающих стабилизацию феномена коморбидности у пациентов с соматическими расстройствами.

3. Феномен коморбидности является одним из факторов реализации адаптационных механизмов, ориентированных на формирование АОБ с “соматизированным” призывом к помощи у пациентов с соматическими расстройствами.

4. Продолжительность соматического расстройства, тревожный компонент и его выражен-

ность находятся в реципрокных связях с феноменом коморбидности соматических расстройств.

5. Наличие реципрокных связей обуславливает, вероятно, хронизацию и резистентность соматического расстройства.

6. Вторичная соматизация – клинко-психологический механизм, обуславливающий формирование клинической типологии, предъявляемой соматизации и псевдосоматизации, которые носят адаптационный характер и, возможно, приводят к нивелированию гипотимического аффекта в структуре коморбидных соматических расстройств.

7. Вторичная соматизация, предъявляемая соматизации и псевдосоматизации, актуализирует два полюса стратегического диагностического процесса: 1) эмпатийно-беспристрастную работу с адаптационным образом болезни с учетом личностных, адаптационных реакций; и 2) “жесткое” следование диагностическим указаниям МКБ-10 в системе нескольких клинических диагнозов.

Литература

1. Ким А.С. Соматоформный синдром и феномен соматизации / КГМА. – Бишкек, 2007. – 107 с.
2. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. – СПб., 1997.
3. Дембо А.Г. О так называемом синдроме перенапряженного сердца // Клин. мед. – 1989. – №1. – С. 37–44.
4. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования коморбидности и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1998. – С. 217–228.
5. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. – М., 1997. – 264 с.
6. Besber R.J., Rodney W.M. Psychosomatics, 1984, 25, 39–46.
7. Козырев В.Н. Соматопсихиатрия и неотложная психиатрическая помощь // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – №1. – С. 116–118.
8. Соложенкин В.В. Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства (клиника, диагностика) и их терапия герфоналом, финлепсином, антелепсином, кассаданом. – Бишкек, 1998. – 68 с.
9. Kim A.S. Clinical evaluation of comorbid disorders. Тезисы Устный доклад // World Psychiatric Association International Congress. Melbourne, November 2007. О–34–88, p 302.

Диагностика. Патология. Лечение

10. *Смулевич А.Б., Тиганов А.С., Дубницкая Э.Б. и др.* Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 1992. – 176 с.

11. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 300 с.