

УДК 616.89-005. 159.972

ПРЕДИКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Р.Б. Сулайманов

Представлены клинико-психологические особенности коморбидных соотношений, обуславливающие формирование хронизации и терапевтической резистентности соматических заболеваний, а также предложены стратегии терапии коморбидных состояний (КС).

Ключевые слова: коморбидные состояния; аффект; адаптационный образ болезни; терапия.

PREDICTORS OF THE THERAPEUTIC INTERVENTIONS UNDER THE COMORBID CONDITIONS

M.R. Sulaimanova, A.S. Kim, R.B. Sulaimanov

We have presented the clinical psychological features of comorbid relations which determine the formation of chronization and therapeutic resistance of somatic diseases. Also we suggest the strategies of therapy of the comorbid conditions.

Key words: comorbid conditions; affect; adaptation image of the disease; therapy.

Актуальность. В настоящее время изучение оптимальных стратегий терапии и профилактики коморбидных расстройств остаётся актуальной задачей [1], что обусловлено чрезвычайной распространённостью психических нарушений аффективного уровня в структуре отдельных соматических заболеваний [1–11]. Неспецифические проявления коморбидных соотношений способствуют формированию социально-приемлемого соматизированного призыва к помощи у пациентов [1, 2]. Игнорирование психического фактора при доминирующей соматоцентрированной модели болезни приводит врачей-интернистов к многочисленным нецелесообразным методам обследования и лечения, кумуляции данных пациентов в общесоматической сети, что способствует хронизации процесса, формированию терапевтической резистентности симптомов основного соматического заболевания, значительно снижая качество жизни [6–8]. Существующие классификации психических нарушений при соматической патологии не являются надёжным инструментом в формировании алгоритма диагностики КС, что создает терапевтические трудности, прежде всего, для специалистов общемедицинской практики [1, 2, 5]. Целенаправленные исследова-

ния по разработке дифференцированной модели терапии при КС отсутствуют [1].

Нами исследовано 250 пациентов общесоматической сети с коморбидными состояниями в структуре хронических заболеваний сердечно-сосудистой (ССС) (I группа – 139 респондентов), бронхолёгочной (БЛС) (II группа – 39 респондентов) и пищеварительной (ПВС) (III группа – 72 респондента) систем посредством стандартизованных шкал по оценке тревоги и депрессии (HADS, Спилбергера – Ханина, Цунга, Гамильтона) и опросника адаптационного образа болезни (АОБ) (В.В. Соложенкин, 1989), адаптированного для пациентов с коморбидными состояниями [1].

Высокий уровень тревоги и депрессия лёгкой степени у пациентов с заболеваниями ССС и БЛС (с наиболее выраженной личностной тревогой), доминирующий депрессивный аффект средней степени у пациентов с заболеваниями ПВС, а также рост тревожного и депрессивного аффекта с продолжительностью течения коморбидного состояния у пациентов с заболеванием ССС, личностной тревогой – у пациентов с заболеваниями БЛС, определявшей частоту госпитализаций, и повышение уровня депрессии у пациентов с заболеваниями ПВС, являются

факторами, способствующими развитию феномена коморбидности, а также хронификации и резистентности данных расстройств [1–5].

Для изучения клинико-психологических механизмов, обуславливающих клинические особенности типологии соматовегетативных расстройств, мы проанализировали адаптационный образ болезни (АОБ) у пациентов с коморбидными состояниями [1, 7].

Влияние интерпретации причин и механизмов развития заболевания формировало соответствующий маршрут пациентов, в целом ориентированный на получение помощи от интернистов. Соответственно, направленность и содержательность причин заболевания зависели от особенностей макро- и микросоциального функционирования.

При изучении оптимальной терапевтической модели наиболее популярным способом оказания помощи пациентам считали “правильно назначенную лекарственную терапию” и выбирали данное утверждение в 42,4; 59,0 и 38,5 % случаев соответственно в I, II и III группах, что при оценке частоты выбора ответов подтверждают достоверные прямые корреляции между группами (I–II, I–III, II–III: $P < 0,01$, $r = 0,4$) [1]. Это отражает ориентированность пациентов на лечение в основном соматической болезни, несмотря на неспецифичность предъявляемых жалоб.

Продолжительность коморбидного расстройства и его аффективная насыщенность являются взаимообуславливающими механизмами, влияющими на особенности АОБ и его клинико-психологические характеристики [1, 5].

АОБ является системообразующим фактором, способствующим эффективности психокоррекционной и соматотропной интервенции при лечении коморбидных состояний. Предлагаемая модель (рисунок 1) основана на конструкции личностно-средового взаимодействия (ЛСВ), разработанной В.В. Соложенкиным (1989).

Психотерапия коморбидных состояний является одной из сложнейших и наименее разработанных

проблем современной медицины. Это видно из того, что даже такие “простые” техники, как нервно-мышечная релаксация, аутотренинг и т. п., не говоря уже о групповой психотерапии, не становятся до настоящего времени эффективным способом психотерапевтического вмешательства [7, 8]. В одних случаях это связано со сложностью овладения определёнными техниками у части пациентов, в другом – при относительно лёгком усвоении навыков их использование прекращается практически сразу после выписки из стационара, несмотря на положительные результаты, что в целом свидетельствует о невысокой стабильности психотерапевтических элементов.

Литература

1. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
2. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 318 с.
3. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4. № 1. С. 4–7.
5. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические проявления адаптационного образа болезни при коморбидных расстройствах / М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова, Р.Б. Сулайманов // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 11. С. 135–140.
6. Депрессии и коморбидные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1997. С. 28–53.
7. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ИБС, гипертонической болезни и неврозах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Соложенкин. Л., 1989. 40 с.
8. Сулайманова М.Р. Тревожно-депрессивный синдром при хронических соматических заболеваниях / М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 7. С. 183–187.
9. Besber R.J. Psychosomatics / R.J. Besber, W.M. Rodney. 1984. Vol. 25. P. 39–46.
10. Feinstain A.R. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease / A.R. Feinstain // J. Chronic Dis. 1970. Vol. 23. P. 455–468.
11. Sulaimanova M.R. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) / M. Sulaimanova, A. Kim, R. Sulaimanov // J. European Psychiatry. 2012. Vol. 27. № 1. P. 1170.

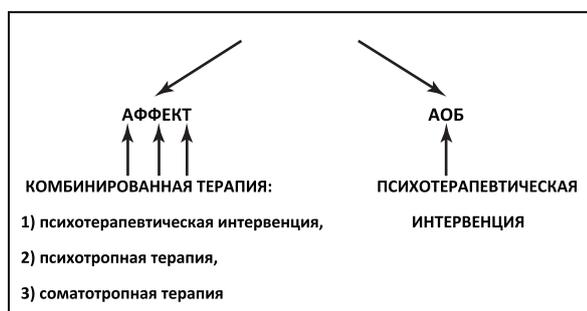


Рисунок 1 – Дифференцированная модель терапии коморбидных состояний