

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АДАПТАЦИОННОГО ОБРАЗА БОЛЕЗНИ ПРИ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова, Р.Б. Сулайманов

Рассмотрены особенности аффективного реагирования на хроническую патологию и адаптационный образ болезни как компоненты патологического круга феномена коморбидности, оказывающего прямое негативное влияние на течение соматического заболевания.

Ключевые слова: адаптационный образ болезни; феномен коморбидности; тревога; депрессия.

Теоретической основой данного исследования [1] стала концепция личностно-средового взаимодействия, созданная В.В. Соложенкиным (1989) [2], в рамках которой для описания внутренней картины болезни [2–5] было предложено понятие “адаптационный образ болезни” (АОБ), в котором значительная роль отводится психологическим механизмам приспособления человека в условиях болезни. Основными блоками АОБ являются: блок механизмов возникновения заболевания, в котором рассматривается вектор обвинительной позиции: при экстрапунитивной пациент перекладывает ответственность за свое состояние на социум, при интрапунитивной – обвиняет себя, при импунитивной – занимает позицию “никто не виноват”. Блок модели болезни представляет симптомы “первого порядка”, предъявляемые пациентом спонтанно, “второго порядка”, возникающие при активном целенаправленном опросе, и “третьего порядка”, определяемые в результате наблюдения за пациентом с помощью невербальных характеристик. Третий блок соответствует представлению пациента о лечении и прогнозе его забо-

левания. В описании интрапсихических и поведенческих феноменов при коморбидных расстройствах использование АОБ является одним из оригинальных подходов в изучении феномена коморбидности (ФК), наиболее целено раскрывая его адаптационный характер и отвечая на вопрос, в чем заключается его истинный смысл [1, 5]. Следовательно, данный подход предрасполагает к терапевтическому взаимодействию и способствует выделению как психофармакологических, так и психотерапевтических мишеней [1–8].

Цель исследования – изучение адаптационного образа болезни у пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой (ССС), бронхолегочной систем (БЛС) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Задачи:

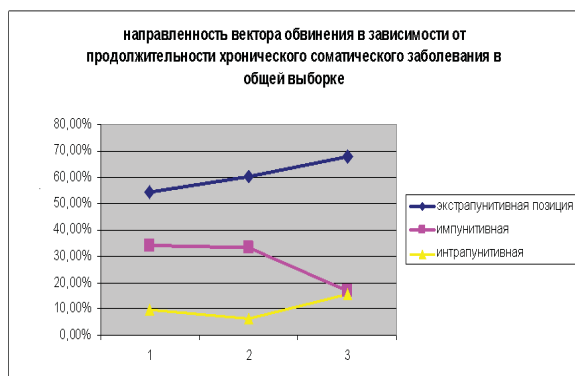
1. Изучить особенности АОБ при заболеваниях ССС, БЛС и ЖКТ.
2. Изучить динамику изменения основных блоков АОБ при хроническом течении соматического заболевания.

3. Определить роль АОБ в формировании феномена коморбидности.

Материалы исследования. Нами обследовано 250 пациентов стационарных отделений Лечебно-оздоровительного объединения (ЛОО) с хроническими соматическими заболеваниями в возрасте от 18 до 55 лет, из которых были сформированы три группы: I – 139 пациентов с заболеваниями ССС, II – 39 человек с заболеваниями БЛС, III – 72 человека с заболеваниями ЖКТ. Все пациенты демонстрировали признаки расстройств тревожно-депрессивного спектра, соответствующие диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-3; F-4; F-6.

Методы исследования. Полуформализованное интервью; опросник для исследования адаптационного образа болезни (АОБ) у пациентов с коморбидными расстройствами [1, 8]; стандартизированные оценочные шкалы для определения депрессии Цунга, тревоги – Спилберга – Ханина, тревоги и депрессии – Гамильтона [1]. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием методов непараметрической статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. В блоке механизмов возникновения заболевания при анализе направленности обвинительной позиции в общей выборке оказалось, что 69,6 % пациентов занимали экстрапунитивную позицию, объясняя свое заболевание результатом влияния “внешних обстоятельств” и “порчи”/“сглаза”; 28,4 % ответов пациентов отражали импунитивную позицию в утверждениях: “некого винить”, “от болезни никто не застрахован”, и 10,4 % пациентов считали виноватыми себя в развитии болезни. Причем в зависимости от продолжительности заболевания рос



Примечание: 1 – продолжительность от одного года до 3-х лет; 2 – от 3-х до 5 лет; 3 – 5 и более лет.

Рисунок 1 – Динамика изменения первого блока АOB в зависимости от длительности течения заболевания у пациентов в общей выборке ($P < 0,05$)

уровень экстрапунитивной позиции у большинства пациентов: так при длительности от одного года до 3-х лет ее заняли 56,4 %, от 3 до 5 лет – 60,2 %, от 5 лет и выше – 68,0 % пациентов. С течением времени уровень импунитивной позиции уменьшался от 34 (от 1 до 3 лет) до 16,4 % (от 5 лет и выше), трансформируясь в экстра- или интрапунитивную. При этом с развитием заболевания рос уровень интрапунитивной позиции: при продолжительности болезни от одного года до 3-х лет ее заняли 9,6 % пациентов, от 3 до 5 лет – 6,4 %, от 5 лет и выше – 15,4 % пациентов (рисунок 1).

Внутри групп обозначилась определенная зависимость направленности обвинительной позиции от типологии и продолжительности заболевания ($0,01, r = 0,3$): у пациентов I (таблица 1) и II групп (таблица 2) идет рост частоты ответов, отражающих выраженную экстрапунитивную позицию в I группе – от 46,2 % (в период от одного года до 3 лет) до 85,9 % (от 5 лет и выше), во II группе – от 85,7 до 90,9 %. С продолжительностью заболевания уровень интрапунитивной позиции уменьшался в I группе от 9,6 (от одного года до 3 лет) до 4,5% (от 5 лет и выше), во II группе интрапунитивная позиция не определялась.

В III группе (таблица 3), напротив, с продолжительностью болезни увеличивалась частота ответов, отражавших интрапунитивную позицию от 14,3 (от одного года до 3 лет) до 43,5 % (от 5 лет и выше), экстрапунитивной – уменьшался от 60,7 до 39,1 % ($0,01, r = -0,3$).

Таким образом, стабилизация психологического фона вызывает формирование внешней обвинительной позиции в отношении происхождения заболеваний у большинства пациентов с расстройствами ССС и БЛС и интернальной позиции у пациентов, страдающих заболеваниями ЖКТ. С про-

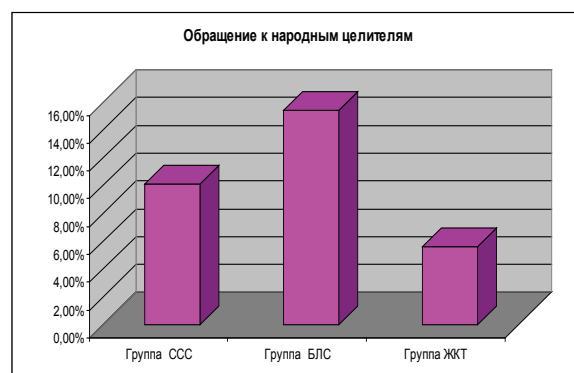


Рисунок 2 – Выраженность оккультно-бытовой картины мира у пациентов в изучаемых группах (I–II, I–III, II–III: $P < 0,01, r = 0,6$)

Таблица 1 – Динамика направленности обвинительной позиции у пациентов I группы в зависимости от продолжительности заболевания

| Направленность обвинительной позиции пациентов в I группе | Продолжительность заболевания у пациентов в I группе | | | | | |
|---|--|-------|---------|-------|-------------|-------|
| | 1–3 года | | 3–5 лет | | более 5 лет | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Внешние обстоятельства, окружающие люди | 21 | 40,4 | 23 | 53,5 | 29 | 65,9 |
| Некого винить | 5 | 9,6 | 6 | 14,0 | 4 | 9,1 |
| Сам виноват | 5 | 9,6 | 2 | 4,7 | 2 | 4,5 |
| Навели порчу (сглазили) | 3 | 5,8 | 1 | 2,3 | 5 | 11,4 |
| От болезни никто не застрахован | 18 | 34,6 | 11 | 25,6 | 4 | 9,1 |
| Итого | 52 | 100,0 | 43 | 100,0 | 44 | 100,0 |

Таблица 2 – Динамика направленности обвинительной позиции у пациентов II группы в зависимости от продолжительности заболевания

| Направленность обвинительной позиции у пациентов во II группе | Продолжительность коморбидного заболевания у пациентов во II группе | | | | | |
|---|---|-------|---------|-------|-------------|-------|
| | 1–3 года | | 3–5 лет | | более 5 лет | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Внешние обстоятельства, окружающие люди | 11 | 78,6 | 10 | 71,4 | 9 | 81,8 |
| Некого винить | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9,1 |
| Навели порчу | 1 | 7,1 | 2 | 14,3 | 1 | 9,1 |
| От болезни никто не застрахован | 2 | 14,3 | 2 | 14,3 | 0 | 0 |
| Итого | 14 | 100,0 | 14 | 100,0 | 11 | 100,0 |

Таблица 3 – Динамика направленности обвинительной позиции у пациентов III группы в зависимости от продолжительности заболевания

| Направленность обвинительной позиции у пациентов в III группе | Продолжительность заболевания у пациентов в III группе | | | | | |
|---|--|-------|---------|-------|-------------|-------|
| | 1–3 года | | 3–5 лет | | Более 5 лет | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Внешние обстоятельства, окружающие люди | 16 | 57,1 | 11 | 52,4 | 9 | 39,1 |
| Некого винить | 3 | 10,7 | 3 | 14,3 | 3 | 13,0 |
| Сам виноват | 4 | 14,3 | 3 | 14,3 | 10 | 43,5 |
| Навели порчу | 1 | 3,6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| От болезни никто не застрахован | 4 | 14,3 | 4 | 19,0 | 1 | 4,3 |
| Всего | 28 | 100,0 | 21 | 100,0 | 23 | 100,0 |

должительностью течения заболевания импунитивная позиция трансформируется либо в экстра-, либо в интрапунитивную позиции.

Общая картина маршрута пациентов отражала соматизированный призыв к помощи: при первых признаках заболевания 57,6 % пациентов I группы ($P < 0,01$) обратились к кардиологу. Данный специалист ассоциировался с “наиболее умным и грамотным врачом” по сравнению с другими интернистами. 68,1 % пациентов III и 56,4 % II групп обратились за помощью к семейному терапевту, тогда как к гастроэнтерологу обратились лишь 18,1 % пациентов III группы, к пульмонологу – 12,8 % пациентов II ($0,01, r = 0,4$). К психотерапевту обращались всего 0,7 % пациентов I и 2,6 %

пациентов II групп, что является показателем выраженного стигматизированного отношения к специалистам в области психического здоровья. Неспецифические проявления коморбидных нарушений пациенты нередко относили к области мистики – “сглаза”, “околдования”, влияния “албарсты” (кырг. – “нечистая сила”). Обращение пациентов, в первую очередь, к “молдо” (представителям духовенства), “коз ачык” (ясновидящим) отражает выраженность оккультно-бытовой картины мира в изучаемых группах. Таким образом, при возникновении болезненных проявлений 15,4 % пациентов из II, 10,1 % из I и 5,6 % из III групп ($0,01, r = 0,6$) обратились к народному целителю (рисунок 2).

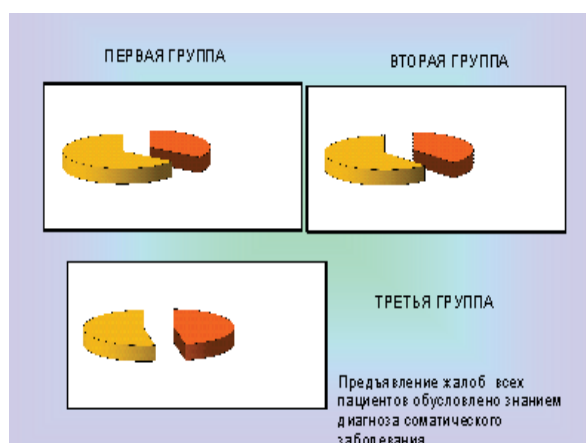


Рисунок 3 – Блок модели болезни: симптомы “первого порядка” ($P < 0,01$, $r = 0,7$); ... – симптомы специфического характера; – симптомы неспецифического характера

На первый вопрос блока модели болезни: “Какое проявление болезни Вы считаете самым главным?” (рисунок 3) пациентами выбраны ответы, соответствующие симптомам первого порядка ($0,01$, $r = 0,7$):

- в I группе: 29,5 % – “Боли или дискомфорт в области грудной клетки”, 26,6 % – “Учащенное сердцебиение”, 25,2 % – “Головные боли”;
- во II группе: 59,0 % – “Ощущение нехватки воздуха”, 20,5 % – “Головные боли”, “Постоянная раздражительность” и “Утомляемость, слабость” по 5,1 % пациентов;
- в III-й группе: 25,0 % – “Головные боли”, а “Дискомфорт или боли в животе” и “Запоры или поносы” – в 19,4 и в 6,9 % случаев (I–II, II–III, I–III: $P < 0,01$, $r = 0,7$).

На вопрос, предлагавший ряд утверждений, соответствующих жалобам второго порядка (рисунок 4), 14,4 % пациентов I группы выбрали утверждения: “Учащенное сердцебиение” и по 12,9 % пациентов – “Головные боли” и “Ощущение нехватки воздуха”; пациенты II группы выбрали ответы: “Головные боли” и ощущение “кома” в горле – в 12,8 % случаев, “Чувство изменности окружающего” – в 10,3 %. В III группе жаловались на “Головные боли” – 19,4 %, “Тошноту” – 15,3 %. “Нарушение сна” отмечали 38,1 %, 15,4 % и 29,2 % пациентов I, II и III групп соответственно (I–II, II–III, I–III: $P < 0,01$, $r = 0,7$).

При изучении оптимальной терапевтической модели у пациентов на терапию с помощью лекарств было ориентировано 42,4 %, 59,0 % и 38,5 % пациентов в I, II и III группах соответственно ($0,01$, $r = 0,4$); второй по частоте выбор – “Прекращение

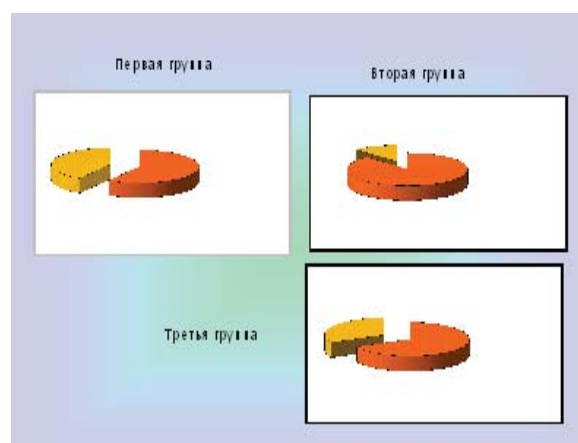


Рисунок 4 – Блок модели болезни: симптомы “второго порядка” ($0,01$, $r = 0,7$); ... – симптомы специфического характера; – симптомы неспецифического характера

стрессов и душевный покой” – в 25,9 %, в 20,5 % и в 36 % случаев соответственно представленным группам. Пациенты II группы предпочли “Поддержку и понимание со стороны близких” в 7,7 %, а лечение у пульмонолога в 5,1 % случаев. “Народные целебные средства” более всех выбирали пациенты II группы (2,6 %). Таким образом, наиболее популярным способом оказания помощи пациенты считают “Правильно назначенную лекарственную терапию”, что отражает биологизированное восприятие симптоматики.

В зависимости от причин происходит ориентация третьего блока АОБ. Во всех исследуемых группах ($0,01$, $r = 0,2$) пациенты чаще всего опасались “Лишения трудоспособности” – в 41,0 %, в 38,5 % и 58,3 % случаев в I, II и III группах, соответственно. В I и во II группах в 32,4 % и в 33,3 % случаев опасались смерти, в 20,1 % и в 25,6 % – “Лишения внутреннего покоя”, что является отражением тревожного радикала. В III группе пациенты отмечали, что болезнь “Лишает внутреннего покоя” (23,6 %) и менее всего (8,3 %) опасались смерти, причем пациенты данной группы более других (9,7 %) “Не интересовались” последствиями заболевания, что свидетельствует об уровне депрессивного аффекта. В отношении прогноза заболевания в представленных группах были различные соотношения частоты выбранных утверждений ($0,01$; $r = 0,2$): в I и во II группах в 38,8 и в 33,3 % случаев соответственно пациенты считали, что необходимо “постоянно лечиться, чтобы чувствовать себя здоровым”, что отражает ипохондрические тенденции, обусловленные высоким уровнем тревожности в этих двух группах; в III группе данный ответ был выбран

в 33,3 %. При этом в III группе 38,9 % составил ответ: “Буду лечиться, и от этого станет немного лучше”. Воспользоваться “реальным шансом выздороветь” пожелали 18,0 % пациентов I группы, 23,1 % пациентов II и 19,45 % III. Не верили в позитивный исход пациенты III группы – в 8,3 % случаев против 5,1 % – во II и 4,3 – в I, что отражает степень выраженности депрессивного аффекта каждой из групп пациентов. Получение “наиболее эффективной помощи” пациенты I группы возлагали на кардиолога лишь в 57,6 % случаев, II – на пульмонолога в 41,0 %, III – на гастроэнтеролога – в 38,9 %. При этом в “совместной помощи специалистов” нуждались пациенты I группы в 27,3 % случаев, II – в 28,2 %, в III – в 27,8 %. От народного целителя ожидали помощи в лечении заболевания 10,3 и 1,4 % пациентов из II и I групп соответственно. Помощь психотерапевта ожидали лишь 5,8 % пациентов I, 5,3 – II и 1,4 – III групп (I–II, II–III, I–III: $P < 0,01$, $r = 0,2$).

Таким образом, первый блок динамичен: импунивная позиция превращается либо в экстра-, либо в интрапунитивную у пациентов I и III групп. У пациентов III группы растет частота интрапунитивных ответов, что соответствует преимущественно депрессивному аффекту, коморбидному данному соматическому расстройству. Наиболее частое обращение пациентов II группы, по сравнению с другими, к парамедикам отразила выраженность оккультно-бытовой картины мира у пациентов данной группы. Пациенты всех трех групп в качестве симптомов первого порядка предъявляли жалобы, преимущественно ассоциирующиеся с локализацией соматической патологии, что обусловлено знанием о продолжающемся на протяжении длительного времени соматическом заболевании, причем около половины пациентов III группы (47,4 %) предъявляли жалобы неспецифического характера (0,01). При этом жалобы второго порядка у всех пациентов носили преимущественно неспецифический характер ($P < 0,01$, $r = 0,7$), причем на первое место выходят инсомнии и головные боли. Большинство ответов отражали доминирование размытого соматоцентрированного образа болезни во всех трех группах, обуславливая ориентированность пациентов (0,01, $r = 0,8$) на получение помощи от врачей интернистов.

Выводы

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

2. При коморбидных расстройствах в структуре заболеваний ССС АОБ отличает наличие экстрапунитивной позиции, соматоцентрической модели болезни, что обуславливает соматизированность течения заболевания, прогноза и лечения основного заболевания;

а) в структуре БЛС АОБ сформирован оккультно-бытовым пониманием своего заболевания, что подтверждается показателями каждого блока АОБ, а также частотой обращений к народным целителям и молдо;

б) в структуре ЖКТ регистрируются интрапунитивная позиция, соматоцентрическая модель болезни, а соматизация депрессивного аффекта приводит при анализе третьего блока АОБ к неблагоприятному прогнозу.

3. АОБ отражает особенности тревожного или депрессивного реагирования на хроническую патологию и является одним из факторов, включенных в формирование патологического круга феномена коморбидности, имеющего сложную структуру и оказывающего прямое негативное влияние на течение соматического заболевания.

4. АОБ является одним из инструментов, способствующих выделить наиболее выраженные клинико-психологические характеристики для каждой идентифицированной группы коморбидных состояний.

Литература

1. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомо-комплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.
2. 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.
3. Вичкапов А.В. Адаптационный образ болезни при коморбидности тревожных расстройств и артериальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Вичкапов. Бишкек, 2006. 23 с.
4. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учеб. пособ. / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
5. Смудевич А.Б. Клинические особенности соматического заболевания и внутренняя картина болезни (на модели ишемической болезни сердца и бронхиальной астмы) / А.Б. Смудевич, А.Л. Сыркин, С.И. Овчаренко и др. // Клиническая медицина. 1999. № 2. С. 17–23.
6. Ким А.С. Соматоформный синдром и феномен соматизации / А.С. Ким. Бишкек: КГМА, 2007. 107 с.

Медицина

7. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.

8. *Alexander F.* Fundamental concepts of Psychosomatic Research / F. Alexander // *Psychosom. Med.* 1943. Vol. 5. P. 23–29.