

УДК 368.18.32 (575.2) (04)

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ОЦЕНКЕ СИМПТОМА И СИНДРОМА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

А.С. Ким, М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова

Дана характеристика концепции личностно-средового взаимодействия как одного из современных подходов, на основе которого предложена оригинальная модель клинической оценки феномена коморбидности с ориентацией на врачей интернальной медицины.

*Ключевые слова:* психосоматика; личностно-средовое взаимодействие; тревога; коморбидность; интернальная медицина.

Ещё с античности учёные придавали большое значение психологическому аспекту как фактору, способствующему развитию или усилению соматических нарушений. В последнее время возрос интерес к изучению соматического заболевания как фактора, провоцирующего личностные сдвиги и запускающего соматогенную динамику личностных расстройств [1]. Данный подход отражен в психологических концепциях психосоциальных реакций на соматическую болезнь [1–4], аномального поведения в болезни [1, 5], аутопластической картины болезни [6], внутренней картины болезни [2, 7–9], поведения в болезни по типу приспособления к ней (coping style) [10–15] и др.

На современном уровне знаний оценка психосоматических соотношений, складывающихся при манифестации психопатологических расстройств, спровоцированных соматическим заболеванием, проводится в рамках, так называемого, системного подхода [1, 10, 16–18]. Наиболее распространенной является биопсихосоциальная модель [19–23], согласно которой реакция личности на соматическую болезнь определяется совокупностью факторов биологических (состав крови, концентрация гормонов, индивидуальные нейроэндокринные реакции и т.д.), психических (индивидуально-типологические особенности, уровень интеллектуального функционирования, наличие стрессогенных факторов) и социальных (социокультуральные и микросоциальные взаимоотношения) [1]. Вместе с тем, клинические аспекты личностных расстройств, спровоцированных соматической патологией, не получили достаточно полного освещения в литературе [1, 8, 9]. Феномен коморбидности все еще рассматривается неоднозначной дополнительной, а порой ведущей клинической сущностью, которая

сосуществует или может проявляться в течении и патоморфозе другого исследуемого заболевания в качестве патопластического фактора, что способствует изменению вопросов диагностики, терапии, кризисных состояний, рецидивов, реабилитации [8, 9, 24]. На наш взгляд, проблемы, обуславливающие подобную ситуацию, необходимо исследовать, а получаемые результаты внедрять в повседневную клиническую работу, развивая мультидисциплинарное взаимодействие и интегративные подходы в медицине, что, естественно, приведет к повышению качества помощи пациентам.

Выдающийся учёный современной кыргызской психиатрии В.В. Соложенкин в концепции личностно-средового взаимодействия (ЛСВ) описал формы взаимодействия человека с самим собой и с окружающим миром в условиях болезни, где большую роль играют как адаптационный аспект, так и механизмы психической адаптации (МПЗ) и аффективные расстройства (страх, тревога, депрессия) – типы взаимодействия с болезнью (ТВБ): **адаптивные ТВБ** – варианты, в которых адаптационные образы болезни (АОБ), существующие в оценке пациента и врача близки или совпадают, а поведение пациента ориентировано на наиболее адаптивные формы, способствующие выздоровлению или ослаблению болезни; **дезадаптивные ТВБ**: *невротический, психосоматический, промежуточный или аффективный, условно-адаптивный, смешанные* формы [8, 9]. В отношении влияния соматического заболевания на личностные и поведенческие сдвиги заслуживают внимания, прежде всего, дезадаптивные ТВБ. При *невротическом ТВБ* на сознаваемом уровне находится социально приемлемая нозофобия (страх перед болезнью, стремление к выздоровлению, к сня-

тию боли), на подсознательном – осуждаемая социумом нозофилия (стремление сохранить свою болезнь для манипулятивных форм поведения), как “рычаг”, удерживающий болезнь [9], что формирует чувство вины – важнейший механизм развития невротических расстройств. Для данного ТВБ характерны особые формы поведения: комбинация так называемых охранительных форм поведения, направленных на сохранение здоровья, с расширительными, подвергающими жизнь опасности в зависимости от доминирующих в данный момент мотиваций: нозофилической или нозофобической. При *психосоматическом ТВБ* на осознаваемом уровне функционирует такой МПЗ как синдром отрицания, сформированный на основе страха перед неблагоприятным прогнозом болезни, на неосознаваемом – депрессия, выраженная нозофобия, часто связанная с признанием неизлечимости. Присутствует чувство вины за то, что заболевание является следствием “неправильного” стиля жизни, при этом особенности поведения чаще всего характеризуются отказом от приёма лекарств, нерегулярным или несвоевременным обращением к врачам, как стремление доказать всем и самому себе, что заболевания нет. Часто такой ТВБ встречается у больных с классическими психосоматическими расстройствами, такими как сердечно-сосудистые заболевания, а также может быть у онкологических больных [8, 9]. В *промежуточном аффективном ТВБ* доминируют эмоциональные переживания. *Условно-адаптивный ТВБ* возникает вследствие отсутствия информации о болезни и напоминает по форме функционирования психосоматический ТВБ. Понимание механизмов формирования ТВБ позволяет определять особенности взаимодействия врача любой специальности при работе с такими пациентами и создавать психотерапевтические и фармакологические стратегии терапии.

С целью оптимизации дифференциально-диагностических и клинико-терапевтических подходов, основанных на концепции ЛСВ (В.В. Соложенкин), нами был изучен феномен коморбидности в условиях общесоматической сети. Было обследовано 130 пациентов в возрасте от 19 до 65 лет на базе Лечебно-оздоровительного объединения Управления делами Президента Кыргызской Республики, Национального госпиталя МЗ КР и отделения психосоматики Республиканского Центра психического здоровья. Использовались следующие методы исследования: полужформализованное интервью; оригинальный

опросник – инвентарь клинико-анамнестических и клинико-поведенческих признаков АОБ у пациентов с феноменом коморбидности; стандартизированная шкала для оценки депрессии Цунга; стандартизированная шкала для оценки тревоги Спилбергера–Ханина.

**Обсуждение.** Полученные результаты свидетельствовали о преобладании жалоб на учащенное сердцебиение (16,8%), головные боли (16,8%), затруднение в дыхании (10,8%), боль и дискомфорт в груди (10,8%), слабость и утомляемость (8,4%). Распространенность соматической патологии именно в этих системах явно отражала психосоматическую природу коморбидности, позволяла проводить аналогии с диагностическими указаниями рубрики F-4 МКБ-10. Полученные результаты также свидетельствовали о том, что у большинства пациентов (66,15%) повышен уровень тревоги, как реактивной, так и личностной. Однако уровень депрессии у большинства находился в норме (61,5%). Полученные данные [9] свидетельствовали в целом о наличии коморбидных состояний, обуславливающих формирование АОБ, для которого характерен “соматизированный” призыв к помощи. Таким образом, “соматизированный” призыв к помощи, наличие тревожного аффекта позволяют предположить о существовании клинико-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 – клинико-психологический механизм, обуславливающий формирование клинической типологии предъявляемой соматизации и псевдосоматизации, которые носят адаптационный характер и ведут к нивелированию гипотимического аффекта в структуре коморбидных соматических расстройств.

Таким образом, в результате данной работы мы пришли к заключению о необходимости создания комплексной модели клинической оценки феномена коморбидности, состоящей из трёх уровней: 1) *психофизиологического*: соматические нарушения => интерпретация соматиче-

ских сдвигов => симптом => синдром (предъявляемые жалобы); 2) психофизиологического симптомологического: симптом – синдром; 3) клинко-психологического – адаптация личности на трёх уровнях: биологическом, интрапсихическом, социальном. Данная модель ориентирована на дифференцированные подходы диагностики, терапии, коммуникации как врачей психотерапевтов в первичном звене здравоохранения, так и врачей в области интернальной медицины.

#### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 2000.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. (Brautigam W., Christian P., Rad M.) Психосоматическая медицина. – М., 1999.
3. Гольшейдер А.С. Диагностика болезней нервной системы. Руководство к исследованию нервных больных / Под ред. и пер. Оршанского. – СПб: Изд-во журн. “Практическая медицина”, 1898.
4. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1944.
5. Ким А.С. Соматоформный синдром и феномен соматизации / КГМА. – Бишкек, 2007. – 107 с.
6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина. Руководство для врачей / Под ред. П.И. Сидорова. – М., 2006.
7. Смулевич А.Б., Волель Б.А. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) // Неврология и психиатрия. – 2008; 108; 5. – С. 4–12.
8. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. – М., 1997.
9. Сулайманова М.Р., Ким А.С. Понятие “коморбидность” в теоретической и практической плоскостях медицины // Вестник КPCY. – 2009. – Т. 9. – №8. – С. 133–136.
10. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale // Social Science Med. – 1993. V. 36. – С. 725–733.
11. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations // J. Personal Soc. Psychol. – 1986. – V. 51. – P. 1173–1182.
12. Donnellan C., Hevey D., Hickey A., Neill D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review // J. Neurol Neurosurg Psychiat. – 2006. – V. 77. – P. 1208–1218.
13. Druss R.G. The psychology of illness in sickness and health. – Washington DC. – London, 1995.
14. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiat. – 1980. – V. 137. – P. 535–544.
15. Fortune D.C., Richards H.L., Main C.J., Griffiths C.E. Patients’ strategies for coping with psoriasis // Clin. Exp. Dermatol. – 2002. – V. 27. – №3. – P. 177–184.
16. Friedman M., Thoresen C.E., Gill J.J. et al. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary of results of the recurrent coronary prevention project // Am. Heart J. – 1986. – V. 112. – №4. – P. 653–655.
17. Geringer E.S., Stern T. Coping with medical illness: the impact of personality types // Psychosom. – V. 27. – P. 251–261.
18. Heim E., Valach L., Schaffner L. Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stage in breast cancer // Psychosom. Med. – 1997. – V. 59. – P. 408–418.
19. Keily W.F. Coping with severe illness // Adv. Psychosom. Med. – 1972. – V. 8. – P. 105–118.
20. Lazarus R.S. Stress and Emotion: A New Synthesis. – New York: Springer, 1999.
21. Lipowski Z.J. Somatization: the concept and its clinical application // Am. J. Psychiat., 1988. – V. 145. – P. 11–21.
22. Maes S., Levental H., DeRidder D.T.D. Coping with chronic diseases. In: M. Zeidner, N. Endler (eds.). Handbook of coping: Theory, research, applications. – New York: Wiley. – P. 221–241.
23. Pilowsky I. Hypochondriasis, abnormal illness behaviour and social context. In: V. Starcevic, D.R. Lipsitt. Hypochondriasis. Modern perspectives on an ancient malady. Oxford University Press, 2001. – P. 249–262.
24. Selye H. The Stress of life. – New York: McGraw-Hill, 1984.