

СОЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. А. СПАСИБУХОВ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведено клинико-психопатологическое и патопсихологическое обследование 114 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в санатории «Бермингоды» (г. Харьков). Выделены ведущие синдромы невротического регистра, установлено повышение уровня личностной тревожности и депрессии у обследованных больных, а также определена важность влияния этих психоэмоциональных стрессогенных факторов на развитие таких психосоматических заболеваний, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эмоциональная сфера, тревога, депрессия, непсихотические расстройства.

В настоящее время наблюдается существенный рост и феномен «омоложения» психосоматических заболеваний. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки относится к многофакторным по этиопатогенезу органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых, как предполагается, наряду с наследственной предрасположенностью и действием разнообразных факторов внешней среды важную роль играют психогенные факторы.

В настоящее время существует множество объяснительных гипотез этиопатогенетических соотношений и взаимодействия психических и соматических факторов при ЯБ. Авторы [1–3] приводят более полутора десятков теорий, утверждая, что каждая из них, несомненно, имеет право на существование, так как отражает одну из граней этой сложной проблемы.

В. С. Ротенбергом и И. С. Коростелевой отмечен внутрличностный конфликт у больных ЯБ, проявляющийся в том случае, когда стремление достичь успеха сталкивается с представлением о неизбежности отрицательного результата собственных действий [4]. Большинство гастроэнтерологов придерживаются наиболее известной и признанной физиологической теории, предложенной Н. Shay, согласно которой развитие ЯБ обусловлено нарушением равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [5].

На основании психологического критерия интенсивных потребностей в зависимости и заботе был предсказан высокий процент заболевших. Наиболее популярная сегодня психодинамическая концепция интрапсихического мотивационного конфликта трактует ЯБ двенадцатиперстной кишки как следствие неудовлетворенной потребности в психологической защите. Причем эту потребность субъект не может осознать, потому что

она противоречит его сознательной установке на независимость и силу. Определенные личностные черты также рассматриваются как психологические детерминанты, провоцирующие появление язвы [6].

В. А. Ананьев [7] подчеркивает наличие у больных ЯБ мотивационного конфликта, выражающегося в субъективной неудовлетворенности своей социальной ролью и своей работой.

Е. Dunbar считала, что ЯБ развивается у остро реагирующих лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненной приверженностью к самоповреждению. Некоторые исследователи отмечают чувство беспомощности, типичное для больных ЯБ, но полагают, что оно не возникло с развитием язвы, а существовало и раньше [8].

О. Т. Жузжанов [9] отмечает, что существуют два варианта патогенных механизмов развития ЯБ: с преобладанием социально-психологических факторов риска — эксплицитный вариант; с преобладанием конституционально-наследственного фактора риска — имплицитный вариант.

Таким образом, попытки объединить имеющиеся гипотезы в единую концепцию привели к выводу о том, что ЯБ — полиэтиологическое, мультифакторное заболевание. Это подтверждается и многообразием форм самого психосоматоза. Особенную актуальность этот вопрос приобретает в условиях санаторно-курортной сети как заключительного реабилитационного этапа больных ЯБ.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого явилось изучение феноменологии нарушений психической сферы у больных ЯБ, находящихся на лечении в санатории.

Было обследовано 114 человек в возрасте 23±2,8 года, имеющих заболевания гастродуоденальной зоны. Основную группу составили 69 больных ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, группу сравнения — 45 лиц, проходивших

восстановительно-реабилитационное лечение в санатории «Березовские минеральные воды», но не имеющих заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Диагнозы заболеваний были верифицированы в соответствии со стандартами диагностики МКБ-10. Оценка состояния психической сферы проводилась по данным клинико-психопатологического изучения и патопсихологического исследования. Оценку личностных характеристик и состояния эмоциональной сферы проводили с применением опросника «Мини-мульти» (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня); методики «Шкала стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея»; методики «Шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера», адаптированной Ю. Л. Ханиным; шкалы Гамильтона для оценки депрессии и шкалы депрессии Бека.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартизированной компьютерной программы SPSS.

Анализ клинической симптоматики показал, что у 69% больных она достигала степени синдрома логической оформленности нозологического уровня, у 31% больных — носила донозологический уровень. При этом астено-депрессивный синдром составлял 54%, астено-ипохондрический — 31%, депрессивно-ипохондрический — 15%. Симптоматика у пациентов донозологического уровня оценивалась нами как соматогенный астенический симптомокомплекс — 64%, нозогенно обусловленные реакции психической дезадаптации — 36%. Данные патопсихологических исследований показали следующее: анализ профиля по методике «Мини-мульти» в основной группе и группе сравнения позволил выявить усредненность показателей по всем шкалам многомерного личностного опросника (колебания всех шкал не выходили за пределы нормативного диапазона (40–70 стандартных единиц), что свидетельствует об отсутствии психопатических расстройств у данной категории обследуемых лиц).

При анализе показателей шкал «Мини-мульти» в группе больных ЯБ в стадии обострения выявилось достоверное ($p < 0,0001$) повышение значений по шкалам 1, 2, 8, 9 в сравнении с группой больных ЯБ в стадии ремиссии и здоровыми. Высокие показатели (более 70) отмечены по шкалам ипохондрии — $76,3 \pm 4,2$, депрессии — $72,1 \pm 3,7$ и психастении — $71,0 \pm 6,5$. Это свидетельствует о том, что данная группа наблюдения характеризуется тревожно-мнительным и астено-невротическим типами реагирования, нерешительностью и постоянными сомнениями. Таким личностям свойственны пассивность, покорность, а также нерешительность и постоянная тревожность. Многие проблемы решаются «уходом в болезнь», когда симптомы соматического заболевания используются как средство избежать ответственности и уйти от проблем. Несмотря на то что в делах

эти люди старательны, добросовестны и высокоморальны, они не способны самостоятельно принимать решения и при малейших неудачах легко впадают в отчаяние.

Анализ стрессоустойчивости показал наличие у больных ЯБ в стадии обострения и ремиссии «пороговой» сопротивляемости к стрессовым ситуациям — $233,8 \pm 40,9$ и $215,6 \pm 67,7$ балла соответственно, $p < 0,02$. В группе здоровых лиц выявлена высокая сопротивляемость к стрессу, она составила $84,3 \pm 55,6$ балла ($p < 0,0001$).

Измерение уровня тревожности как свойства личности особенно важно, так как оно во многом определяет поведение пациента, отражает его предрасположенность к тревоге, когда довольно большой спектр жизненных ситуаций воспринимается как угрожающий, опасный.

По результатам проведенного исследования выявлено достоверное повышение уровней личностной тревожности у пациентов с ЯБ по сравнению со здоровыми. Уровень личностной тревожности расценивался как умеренный в группе больных ЯБ в стадии ремиссии и как высокий у пациентов с ЯБ с эрозивно-язвенными поражениями. Чаще всего у лиц, страдающих ЯБ, регистрировались показатели высокой (более 46 баллов) и умеренной (31–45 баллов) личностной тревожности и лишь у 3 больных этой группы определялся низкий уровень личностной тревожности (менее 31 балла). Таким образом, очевидно, что высокая тревожность является определенной характеристикой личности, так называемым психологическим преморбидом ЯБ. Тревожность, видимо, относится к внутреннему фактору риска, который при определенных ситуациях нарушает механизмы психологической адаптации и в конечном итоге приводит к возникновению нервно-психических и соматических расстройств.

Анализ данных шкалы Гамильтона для оценки депрессии выявил большой разброс показателей (6–37) в группе больных с обострением ЯБ и в среднем составил $11,8 \pm 1,1$ балла, у больных ЯБ в стадии ремиссии разброс составил 0–23 балла, в среднем $9,7 \pm 1,1$. В группе здоровых выявлен разброс показателей от 0 до 17, который составил в среднем $5,7 \pm 0,9$ балла. При анализе структуры депрессии 36,8% пациентов с ЯБ в стадии обострения отмечали подавленность настроения, $p = 0,04$; ощущение несостоятельности, чувство усталости — 44,7%, беспокойство — 60,5%, $p = 0,001$, нарушение сна, психическую тревогу, проявляющуюся напряжением и раздражительностью — 52,6% пациентов, $p = 0,001$; соматическую тревогу различной степени выраженности — 89,5%; поглощенность собственным здоровьем — 52,6%, $p = 0,001$.

Исследования по шкале депрессии Бека также определили высокий уровень депрессии у больных ЯБ, который составил $9,8 \pm 1,0$ балла в период обострения. В группе пациентов с ЯБ в период ремиссии уровень депрессии составил $9,5 \pm 1,6$, в группе сравнения — $6,0 \pm 0,8$ балла

соответственно ($p < 0,05$). Причем в период обострения ЯБ уровень депрессии достоверно выше, чем в период ремиссии эрозивно-язвенного процесса ($p < 0,05$).

Таким образом, установлена взаимосвязь и взаимозависимость нарушений психической сферы и основного заболевания. У большинства больных определена симптоматика астенического, тревожного и депрессивного спектра. Данные

патопсихологического исследования показали высокий уровень личностной сенситивности, психастеноидности, ипохондричности. Эмоциональная сфера характеризовалась высокими значениями показателей тревожности и депрессии.

Полученные данные послужили основой для формирования патогенетически направленной системы психотерапевтической коррекции больных с ЯБ, построенной по интегративному принципу.

Литература

1. Малов Ю. С., Дударенко С. В., Оникеенко С. Б. Язвенная болезнь.— СПб.: Петростам, 1994.— 138 с.
2. Циммерман Я. С., Зиннатуллин М. Р. Концепция взаимоотношений организма человека и *Helicobacter pilori* // Клиническая медицина.— 1999.— Т. 77, № 2.— С. 52–56.
3. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: пер. с англ.— М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.— 214 с.
4. Коростелева И. С., Ротенберг В. С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании // Психологический журнал.— 1990.— Т. 11, № 4.— С. 84–90.
5. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам.— М.: Медицина, 1988.— 234 с.
6. Михайлов Б. В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 137–138.
7. Апаньев В. А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. психол. наук.— Л., 1988.— 16 с.
8. Dunbar F. H. Psychosomatic diagnosis.— N. Y.; London, 1948.— 256 p.
9. Жузжанов О. Т. Психосоматические соотношения и особенности личности больных язвенной болезнью: автореф. дис. ... канд. психол. наук.— Л., 1985.— 18 с.

СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

А. А. СПАСІБУХОВ

Проведено клініко-психопатологічне і патопсихологічне обстеження 114 хворих на виразкову хворобу шлунку і дванадцятипалої кишки, які перебували на лікуванні в санаторії «Бермінводи» (м. Харків). Виділено провідні синдроми невротичного регістру, встановлено підвищення рівня особистісної тривожності та депресії в обстежених хворих, а також визначено важливість впливу цих психоемоційних стресових факторів на розвиток таких психосоматичних захворювань, як виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, емоційна сфера, тривога, депресія, непсихотичні розлади.

CO-DEPENDENCE OF MENTAL SPHERE DISORDERS AND GASTRIC AND DUODENAL ULCER

A. A. SPASIBUKHOV

Clinical psychopathological and pathopsychological investigation was performed on 114 patients with gastric and duodenal ulcer who were treated at Berminvody sanatorium (Kharkov). The leading neurotic syndromes were distinguished, increased level of personality anxiety and depression was revealed in the investigated patients. Significance of these psychoemotional stressogenic factors for development of such psychosomatic disorders as gastric and duodenal ulcer was determined.

Key words: gastric and duodenal ulcer, emotional sphere, anxiety, depression, non-psychotic disorders.

Поступила 25.07.2012