

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ
РАССТРОЙСТВ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ
(СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Альберт Вазгенович Погосов, Юлия Владимировна Богусhevская, Алина Александровна Мальцева

Курский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и психосоматики,
305041, г. Курск, ул. К.Маркса, д. 3, e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

Реферат. Цель исследования – изучение клинико-психологических особенностей соматизированных расстройств с желудочно-кишечными проявлениями (соматизированное расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, в частности синдром раздраженного кишечника, ипохондрическое расстройство) и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит) и разработка дифференцированных психокоррекционных мероприятий. Результаты сравнительной оценки клинико-психологических особенностей показывают существование значимых различий. Больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями используют такие механизмы психологической защиты, как регрессия и интеллектуализация, у них наблюдаются средний (с тенденцией к высокому) уровень личностной тревожности. При органических заболеваниях желудочно-кишечного тракта доминируют механизмы регрессии, интеллектуализации и реактивные образования, обнаружены высокий уровень личностной тревожности, проявления депрессии, алекситимические и ипохондрические черты личности. Полученные данные имеют теоретическое значение, подтверждают существование клинико-психологических различий у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями и органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Их необходимо учитывать при разработке терапевтических мероприятий, наряду с медикаментозной терапией они должны включать дифференцированные психокоррекционные подходы.

Ключевые слова: соматизированные расстройства ЖКТ, органические заболевания ЖКТ, механизмы психологической защиты, эмоциональные и личностные особенности, психокоррекция.

CLINIC-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
SOMATIZED DISORDERS AND ORGANIC DISEASES OF
THE GASTROINTESTINAL TRACT
(COMPARATIVE ASPECT)

Albert V. Pogosov, Yuliya V. Bogushevskaya, Alina. A. Maltseva

Kursk State Medical University, Department of Psychiatry and
Psychosomatics, 305041, Kursk, str. K. Marx, 3,
e-mail: yuliyabogushevskaya@yandex.ru

The aim of the investigation was to study clinic-psychological characteristics of somatized disorder with gastrointestinal manifestations (somatized disorder, somatoform autonomic dysfunction, in particular irritable bowel syndrome, hypochondriac disorder) and organic diseases of the gastrointestinal tract (gastric ulcer, duodenal ulcer, ulcerative colitis) and the development of differentiated psycho-corrective treatment. Results of

comparative evaluation of clinical-psychological peculiarities show existence of significant differences. patients with somatized disorders with gastrointestinal symptoms and patients with organic gastrointestinal diseases. The results of the comparative assessment of clinic-psychological characteristics show the existence of significant differences. Patients with somatized disorders of gastrointestinal manifestations use such psychological defense mechanisms as regression, and intellectualization. In them there was observed high level of trait anxiety. In organic diseases of the gastrointestinal tract there were mechanisms of regression, intellectualization, and reactive formation, high levels of trait anxiety, depression, and hypochondriac and alexithimic personality traits. The data obtained are of theoretical importance, confirm the existence of clinic-psychological differences in patients with somatized disorders with gastrointestinal manifestations and organic gastrointestinal diseases. They need to be considered when developing therapeutic interventions, medical therapy along with their inclusion in differentiated psycho-corrective approaches.

Key words: somatized disorders of the gastrointestinal tract, organic gastrointestinal diseases, psychological defense mechanisms, emotional and personality characteristics, psycho-correction.

Клинические симптомы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляются множественными полиморфными и часто несвойственными для соматических заболеваний жалобами, они тесно переплетаются, нередко бывают стертыми, требуют тщательных диагностических обследований. Под соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями мы понимаем разновидности соматоформных расстройств: соматизированное расстройство (F45.1), соматоформная вегетативная дисфункция, в частности синдром раздраженного кишечника (F45.32), ипохондрическое расстройство (F45.2). Существует мнение о том, что функциональные нарушения со стороны ЖКТ, диагностируемые гастроэнтерологами по результатам объективных лабораторных и инструментальных обследований, не могут объяснить происхождение имеющих субъек-

тивных симптомов. Практические наблюдения свидетельствуют о том, что пациенты общемедицинских лечебно-профилактических учреждений, обратившиеся с проблемами желудочно-кишечного тракта в первичную медицинскую сеть, часто предъявляют ещё и неспецифические жалобы – на плохое настроение, раздражительность, повышенную утомляемость, тревожность и др. При этом инструментальные исследования не подтверждают их обоснованность. Врачи-интернисты, в частности гастроэнтерологи, кроме нечеткости клинических проявлений, подострого течения таких заболеваний, как эрозивные гастриты, язвенная болезнь, неспецифические колиты, синдром раздраженного кишечника и др., отмечают четкую связь ухудшения состояния больных со стрессовыми факторами.

И.Г. Карташова с соавт. [4], проведя анализ психотравмирующих ситуаций, предшествовавших язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, синдрому раздраженного кишечника, пришли к выводу о том, что реакции на стрессогенные воздействия могут проявляться не только в период обострения желудочно-кишечной симптоматики, но и сопровождаются психопатологическими расстройствами. Ряд исследователей [2, 10, 11] обнаруживают невротические расстройства у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. У 41% этих больных были выявлены невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, аффективные расстройства, астенические эмоционально-лабильные и тревожные расстройства. По мнению Ю.А. Александровского [1], эмоционально-личностные нарушения встречаются у 89% больных с расстройствами пищеварения. Д.С. Данилов с соавт. [3] считают, что синдром раздраженного кишечника является коморбидным заболеванием с психическими расстройствами, проявляющимися аффективной и тревожной симптоматикой. Д.А. Роганов [9] отмечает наличие депрессивных расстройств у 60% больных синдромом раздраженного кишечника. Е.Л. Наумова с соавт. [5] выявили, что многие пациенты с синдромом раздраженного кишечника, изначально обратившиеся к гастроэнтерологу, были направлены к психиатру. Но по ряду причин, в том числе и вследствие стигматизации психиатрии, больные отказывались обращаться к психиатру и списывали свои жалобы на повы-

шенную утомляемость или плохое настроение, отрицали наличие проблем психологического характера [7].

Целью исследования являлось изучение клинико-психологических особенностей соматизированных расстройств с желудочно-кишечными проявлениями и органических расстройств ЖКТ и разработка дифференцированных психокоррекционных мероприятий. В исследовании приняли участие 60 человек, из которых было сформировано две группы. Первую группу составили больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями, впервые госпитализированные в психосоматическое отделение ОБУЗ «Областная наркологическая больница». Диагностика проводилась с учетом требований МКБ-10 для соматоформных расстройств (общие диагностические указания для F45): неоднократно беспокоящие больного физические симптомы, по поводу которых он требует медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств; негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами; элементы демонстративности в поведении, направленные на привлечение внимания, напористый и драматический характер жалоб; имеющиеся расстройства не носили характер ипохондрического бреда и поддавались коррекции. Во вторую группу вошли 30 больных с органическими заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит), которые впервые поступили на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение БМУ «Курская областная клиническая больница». Группы были уравнены по социально-демографическим показателям. Средний возраст обследованных составил 38 лет.

В исследовании были использованы следующие методы. 1. Клинико-психопатологический. 2. Психодиагностические методы: методика «Индекс Жизненного Стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х.Р. Конте); сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ); Торонтская алекситимическая шкала; Шкала депрессии А. Бека; Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора (в адаптации Т.А. Немчинова); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса

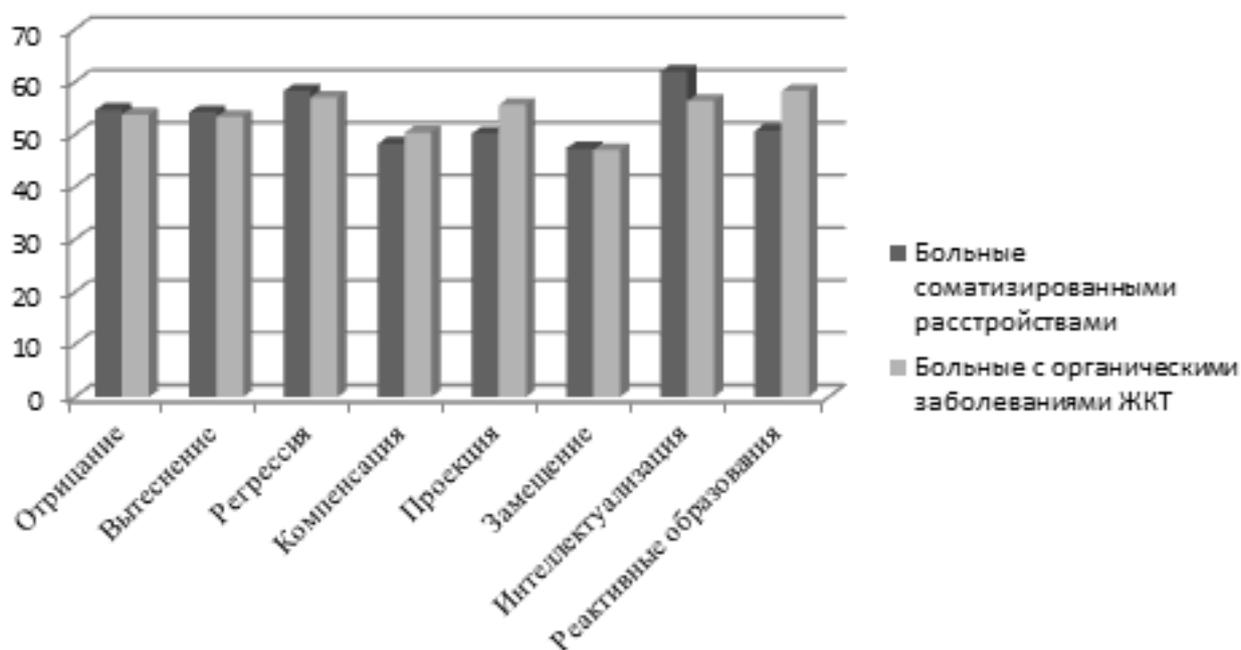


Рис. Сравнительная оценка механизмов психологической защиты у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями и органическими заболеваниями ЖКТ.

Таблица 1
Результаты частотного анализа χ^2 Пирсона в методике «Индекс жизненного стиля»

Механизмы психологической защиты	Уровень значимости (p-level)
Отрицание	0,2013
Вытеснение	0,1216
Регрессия	0,0164
Компенсация	0,4725
Проекция	0,1753
Замещение	0,6069
Интеллектуализация	0,0030
Реактивные образования	0,0910

и Р.Рея. 3. Статистический метод включал описательную статистику, методы сравнительной статистики – непараметрический U критерий Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента, частотный анализ χ^2 Пирсона, коэффициент ранговой корреляции R-Спирмена. Расчеты проводились с помощью статистического пакета Statistica 8.0.

При исследовании механизмов психологической защиты с помощью непараметрического критерия U-Манна–Уитни были обнаружены статистически достоверные различия механизмов психологической защиты (см. рис.). В группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ зафиксировано преобладание такого механизма

психологической защиты, как реактивные образования. Как видно, отмечается превышение нормативных значений по многим механизмам психологической защиты в обеих группах (выше 50 баллов). Это свидетельствует об общей напряженности механизмов психологической защиты.

При обработке результатов частотного анализа χ^2 Пирсона обнаружено, что в первой группе преобладало использование регрессии и интеллектуализации, а во второй – доминировали реактивные образования, регрессия и интеллектуализация (табл. 1).

При изучении эмоционально-личностных особенностей с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности в анализируемых группах были выявлены статистически достоверные различия по шкале «Ипохондрия». В первой группе больных показатели по шкале «Ипохондрия» находились в пределах нормативного распределения. У больных второй группы показатели по этой шкале превышали нормативные (72,13 T). Это указывает на наличие повышенной тревожности в отношении своего заболевания, состояния здоровья в целом, прогноза лечения и возможных осложнений и подтверждается клинико-психопатологическим методом. У больных с органическими заболеваниями ЖКТ (вторая группа) были обнаружены

опасения по поводу возможного прободения язвы (12,5%), ее малигнизации (3,8%), скрытых кишечных кровотечений (10,5%), побочных «вредных» эффектов от принимаемых препаратов (11,2%); мысли о неизлечимости высказывали 3,5% больных. Половина больных этой группы проявляли живой интерес к чтению информации в сети Интернет о способах лечения язвенных заболеваний, спрашивали лечащего врача о возможностях нетрадиционной медицины (лечение отварами трав, гомеопатическими препаратами и др.), разрабатывали диеты, ссылаясь на просмотренные телевизионные передачи о здоровье, обсуждали ограничения в режиме дня. Указанные поведенческие реакции, с точки зрения бихевиоральной теории ипохондрии, свидетельствуют о наличии когнитивных признаков формирования тревоги о здоровье у больных с органическими заболеваниями ЖКТ.

При исследовании уровня алекситимии в группах были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. У больных первой группы показатели уровня алекситимии находились в пределах нормы. Во второй группе больных был зафиксирован высокий уровень алекситимии. Наличие этой личностной особенности у больных характеризует их неспособность вербализовать свои эмоции, описывать ощущения и чувства словами. С позиции теории алекситимии эта черта является фактором риска развития психосоматических заболеваний. Полученные результаты методики алекситимии полностью согласовываются с данными клинико-психопатологического метода исследования больных с органическими заболеваниями ЖКТ. У них выявляются признаки алекситимных субъектов: невозможность описания чувств, трудность идентификации и различия чувств и телесных ощущений, низкая способность к фантазированию, внешне ориентированное поведение.

Изучение уровня депрессии у больных в выделенных группах не выявило статистически значимых различий. Однако у больных с органическими заболеваниями ЖКТ были зафиксированы показатели (11,6 баллов), соответствовавшие легкому депрессивному состоянию (субдепрессии) по шкале депрессии Бека. При расспросе в высказываниях этих больных звучали пессимистичные прогнозы в отношении выздоровления, убежденность в потере трудоспособ-

ности, снижении профессионального статуса. При обсуждении темы соматического заболевания у них наблюдались плаксивость, сомнения в эффективности лечения. Указанные проявления сниженного фона настроения с учетом первой госпитализации по поводу заболевания желудочно-кишечного тракта следует квалифицировать как депрессивные нозогенные реакции [8]. У больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями признаков депрессии не обнаружено.

Таблица 2

Корреляционные связи механизмов психологической защиты и уровня личностной тревожности в группе больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями

Вид корреляции	R Spearman	p-level
Регрессия и личностная тревожность	-0,385702	0,035288

Примечание: R Spearman – коэффициент ранговой корреляции Спирмена, p-level – уровень значимости. То же в табл. 3.

Таблица 3

Корреляционные связи показателей ипохондрии, уровня депрессии и личностной тревожности в группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ

Вид корреляции	R Spearman	p-level
Ипохондрия и депрессия	0,375588	0,040822
Ипохондрия и личностная тревожность	0,428956	0,018016
Депрессия и личностная тревожность	0,768160	0,000001

При исследовании уровня личностной тревожности в изучаемых группах были обнаружены статистически достоверные различия. У больных первой группы показатели уровня личностной тревожности находились в диапазоне от 15 до 25 баллов, что свидетельствовало о наличии у них среднего с тенденцией к высокому уровню личностной тревожности. У больных второй группы показатели располагались в диапазоне от 25 до 40 баллов, что указывало на высокий уровень личностной тревожности.

Изучение уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации подтвердило различия на высоком уровне статистической значимости у больных исследуемых групп. Во второй группе уровень стресса был выше, чем в первой. Согласно

условиям этой методики, понятие уровень стресса и стрессоустойчивость являются противоположными, поэтому интерпретация учитывала закономерность – чем выше уровень стресса, тем ниже стрессоустойчивость. В обеих группах значения показателей стрессоустойчивости расположены в одном диапазоне (от 150 до 299 баллов), что определяет риск развития психосоматического заболевания.

Для уточнения возможных взаимосвязей полученных результатов по выше представленным методикам нами был проведен корреляционный анализ (табл. 2). По его результатам у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями была получена отрицательная умеренная корреляция, соответствующая уровню статистической значимости между механизмом психологической защиты – регрессия и уровнем личностной тревожности.

Проведение корреляционного анализа в группе больных с органическими заболеваниями ЖКТ зафиксировало наличие положительной умеренной корреляции, соответствующей уровню статистической значимости показателей по шкале ипохондрия, депрессия и личностная тревожность (табл. 3).

Обсуждение. Для больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями характерны механизмы психологической защиты регрессия и интеллектуализация. Это свидетельствует об их стремлении давать логическое и приемлемое объяснение симптомам, установкам, поступкам, ощущениям, подлинным мотивы которых остаются скрытыми. Использование регрессии говорит о том, что больные соматизированными расстройствами стремятся подсознательно снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более ранние стадии развития. Подтверждается существование описанного нами ранее механизма трансформации тревоги в сферу соматопсихики [6]. Использование этого механизма согласовывается и с показателями среднего с тенденцией к высокому уровню личностной тревожности. Больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями обнаруживают пороговую сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания. В отношении стрессоустойчивости можно утверждать, что больные соматизирован-

ными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями на ранних этапах развития заболевания находятся в одинаковых условиях с больными органическими заболеваниями ЖКТ.

У больных с органическими заболеваниями ЖКТ, наряду с аналогичными механизмами психологической защиты регрессии и интеллектуализации, зафиксировано преобладание реактивных образований. Это характеризует способность индивида преобразовывать неприятные для него мысли и переживания в противоположные. Для них характерны высокий уровень личностной тревожности, легкое депрессивное состояние; ипохондрические и алекситимические черты. Обнаружена пороговая сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания.

Обнаруженные корреляционные связи между механизмом психологической защиты регрессия и уровнем личностной тревожности у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями свидетельствуют о подсознательном стремлении снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более раннюю стадию развития (механизм трансформации тревоги в сферу соматопсихики).

У больных с органическими заболеваниями ЖКТ выявленные корреляции между ипохондрией, уровнем депрессии и личностной тревожности, а также между уровнем депрессии и личностной тревожностью подтверждают формирующиеся вторичные депрессивные и ипохондрические симптомы (опасения серьезных последствий соматического заболевания, потери профессионального статуса, пессимистичные прогнозы), которые следует квалифицировать как проявления нозогенных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. М.: ГЕОТАР-Мед, 2004. 240 с.
2. Белоусов Ф.В. Психические расстройства у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и методы их коррекции: автореф. дисс... канд. психол. наук. Оренбург, 2004. 10 с.
3. Данилов Д.С., Морозов В.Д., Коробков И.Г. Синдром раздраженного кишечника в практике психиатра (проблема нозологической самостоятельности) и возможность его лечения антидепрессантами (на примере эффективности пароксетина) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2003. №2. С. 46–51.

4. Карташова И.Г., Семке В.Я., Гарганеева Н.П. Психосоциальные факторы формирования непсихотических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Психосоматика. 2014. №2. С. 62–64.

5. Наумова Е.Л., Куприянова Е.И., Белобродова Э.И. Адаптивные копинг-стратегии у пациентов с синдромом раздраженной кишки // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Психосоматика. 2014. №2. С. 62–64.

6. Погосов А.В., Богусhevская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. №3. С. 29–36.

7. Погосов А.В., Николаевская А.О., Богусhevская Ю.В. Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2013. №1. С. 119–125.

8. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике [Под ред. А.Б. Смулевича]. М., 2000.

9. Роганов Д.А. Аффективные расстройства при синдроме раздраженного кишечника (клинические особенности, диагностика, лечение): автореф. дисс... канд. психол. наук. М., 2005. 11 с.

10. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. 2007. №1. С. 4–10.

11. Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Тревожные расстройства и их коррекция в гастроэнтерологической практике // Общие вопросы гастроэнтерологии. 2008. №2. С. 15–21.

REFERENCES

1. Aleksandrovskii Yu.A. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchemeditsinskoi prak-tike i ikh lechenie*. Moscow: GEOTAR-Med, 2004. 240 p. (in Russian)
2. Belousov F.V. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology)*. Orenburg, 2004. 10 p. (in Russian)
3. Danilov D.S., Morozov V.D., Korobkov I.G. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2003. №2. pp. 46–51. (in Russian)
4. Kartashova I.G., Semke V.Ya., Garganeeva N.P. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii. Psikhosomatika*. 2014. №2. pp. 62–64. (in Russian)
5. Naumova E.L., Kupriyanova E.I., Belobrodova E.I. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii. Psikhosomatika*. 2014. №2. pp. 62–64. (in Russian)
6. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. №3. pp. 29–36. (in Russian)
7. Pogosov A.V., Nikolaevskaya A.O., Bogushevskaya Yu.V. *Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i ego zdorov'e»*. 2013. №1. pp. 119–125. (in Russian)
8. *Pogranichnaya psikhicheskaya patologiya v obshchemeditsinskoi praktike* [A.B. Smulevich ed.]. Moscow., 2000. (in Russian)
9. Roganov D.A. *Extended abstract of PhD dissertation (Psychology)*. Moscow, 2005. 11 p. (in Russian)
10. Smulevich A.B. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2007. №1. pp. 4–10. (in Russian)
11. Uspenskii Yu.P., Balukova E.V. *Obshchie voprosy gastroenterologii*. 2008. №2. pp. 15–21. (in Russian)

Поступила 02.03.16.