

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

И. В. Козлова — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии педиатрического и стоматологического факультетов, профессор, доктор медицинских наук; **Ю. Н. Мялина** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, кандидат медицинских наук; **Л. И. Лекарева** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, кандидат медицинских наук; **О. Е. Бадиева** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов, **Т. А. Тихонова** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, студентка 5 курса лечебного факультета.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND INFLAMMATORY BOWEL DISORDERS

I. V. Kozlova — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. N. Myalina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy of Paediatric and Stomatological Faculties, Assistant, Candidate of Medical Science; **L. I. Lekareva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Assistant, Candidate of Medical Science; **O. E. Badiyeva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Therapy of Pediatric and Stomatological Faculties, Post-graduate; **T. A. Tikhonova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Medical Faculty, Student.

Дата поступления — 1.02.2014 г.

Дата принятия в печать — 3.03.2014 г.

Козлова И. В., Мялина Ю. Н., Лекарева Л. И., Бадиева О. Е., Тихонова Т. А. Психологические особенности пациентов с функциональными и воспалительными заболеваниями кишечника. Саратовский научно-медицинский журнал 2014; 10(1): 80–85.

Цель: изучить психологические особенности пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК), неспецифическим язвенным колитом (НЯК), болезнью Крона (БК). **Материал и методы.** В основную группу вошли 98 пациентов с ВЗК (воспалительные заболевания кишечника) и СРК, в группу контроля — 30 клинически здоровых лиц. Набор психологических тестов включал опросник СМОЛ (системное многофакторное обследование личности), метод цветных выборов Люшера, шкалу депрессии Бека, тест САН (самочувствие, активность, настроение). **Результаты.** Выявлены преморбидные особенности личности, связь заболевания со стрессом. В зависимости от нозологии отмечены различные типы эмоционального реагирования на болезнь, изменения самочувствия и активности. У всех больных имеется высокий уровень фрустрации потребностей, повышение частоты тревоги и депрессии. **Заключение.** Психологические механизмы формирования патологии сходны при функциональных и органических заболеваниях кишечника с наибольшим их влиянием на течение функциональных расстройств.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, воспалительные заболевания кишечника, психологические особенности.

Kozlova IV, Myalina YuN, Lekareva LI, Badiyeva OE, Tikhonova TA. Psychological characteristics of patients with functional and inflammatory bowel disorders. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2014; 10(1): 80–85.

Objective: to study the psychological characteristics of patients with irritable bowel syndrome (IBS), ulcerative colitis (UC), Crohn's disease (CD). **Material and methods.** The study group included 98 patients with IBD (inflammatory bowel disease) and IBS, the control group included 30 healthy individuals. Set of psychological tests included questionnaire (multifactorial systemic examination of the person), the Luscher color test, Beck Depression Inventory, a test on health, activity, mood. **Results.** Premorbid personality traits, communication disorders with stress have been revealed. According to the nosology different types of emotional response to the disease, changes in health and activity have been marked. There is a high level of frustration needs, increased frequency of anxiety and depression in all patients. **Conclusion.** Psychological mechanisms of pathology are similar in functional and organic bowel diseases with the greatest influence on the course of functional disorders.

Key words: irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, psychological characteristics.

Введение. Проблема взаимосвязи психических и соматических факторов в возникновении различных органических и функциональных заболеваний кишеч-

ника становится все более актуальной в последние десятилетия, в том числе и для персонализации проводимой терапии. Многочисленные публикации посвящены как личностно-психологическим особенностям, так и социальным факторам в возникновении и рецидивировании заболеваний кишечника [1, 2].

Ответственный автор — Мялина Юлия Николаевна
Тел.: 89172139310.
E-mail: myalina_yn@mail.ru.

Наиболее распространенной формой функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта в XXI в. становится синдром раздраженного кишечника (СРК) [3]. Психологические составляющие при данном заболевании разнообразны и включают невротические, депрессивные, истероипохондрические, тревожно-фобические, аффективные расстройства [4, 5].

В последние несколько десятилетий психосоматические факторы стали рассматриваться как триггеры воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона).

Учитывая противоречивость некоторых сведений о роли психологических факторов [6, 7] в возникновении заболеваний кишечника, а также в связи с необходимостью оптимизации индивидуального подхода к терапии определена *цель исследования*: анализ личностных особенностей пациентов, уровня тревоги и типов эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях.

Материал и методы. Обследование пациентов проводилось на базе гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы № 5 г. Саратова. В исследовании приняли участие 98 пациентов. Критерии включения в исследование: наличие клинически и лабораторно подтвержденных диагнозов СРК, НЯК, БК, в том числе впервые установленных; фаза обострения заболевания; возраст старше 18 лет; добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования являлись возраст моложе 18 лет, беременность, онкологические заболевания, патология сердечно-сосудистой системы, почек, туберкулез, сопутствующие заболевания ЖКТ. Распределение пациентов по нозологическим формам, полу, возрасту представлено в табл. 1.

В контрольную группу были включены 30 клинически здоровых добровольцев. Всем пациентам из основных и контрольной групп проведено базисное клиничко-лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, копроцитологическое исследование, биохимическое исследование крови, функциональные печеночные пробы, ЭКГ), диагнозы подтверждены результатами колоноскопии с биопсией. При постановке диагноза СРК учитывались Римские критерии III (2006 г.) [8, 9]. После верификации диагноза применен комплекс психометрических тестов.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологиям, полу, возрасту

Группы обследуемых	Пол		Возраст
	мужчины	женщины	
	Абсол. к-во (%)	Абсол. к-во (%)	
Клинически здоровые лица (n=30)	18 (60)	12 (40)	39,3±1,27
Синдром раздраженного кишечника (n=52)	22 (42)	30 (58)	27,8±0,72
Неспецифический язвенный колит (n=32)	13 (41)	19 (59)	42,5±0,34
Болезнь Крона (n=14)	6 (43)	8 (57)	45,6±0,54

Примечание: * — показатели имеют достоверные различия со значениями в группе пациентов мужского пола ($p < 0,05$).

Оценка личности проводилась методом СМОЛ (системное многофакторное обследование личности), тип реагирования на болезнь, фрустрированные потребности, уровень тревоги определяли методом цветowych выборов (МЦВ) Люшера [10]. Наличие и выраженность депрессии оценивали по шкале Бека 1961 г. [11]. Самочувствие, активность, настроение изучали по результатам теста САН [12].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета программ Statistica с использованием критериев достоверности Стьюдента и Манна — Уитни. Исследование одобрено комитетом по этике Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского.

Результаты. При анализе анамнестических данных установлено, что стрессовые ситуации в семье и на работе, непосредственно предшествующие обострению заболевания, отмечались у 16% пациентов с НЯК, 14% пациентов с БК и 42% с СРК. Неврастения (F48.0 по МКБ-10) значилась в качестве сопутствующего диагноза в историях болезни у 17% лиц с СРК, 22% с НЯК и 14% больных с БК. У 5% больных с СРК в анамнезе было указание на депрессивный эпизод (F32.0 по МКБ-10).

При выявлении профилей личности методом СМОЛ (рис. 1) установлено, что в группе контроля

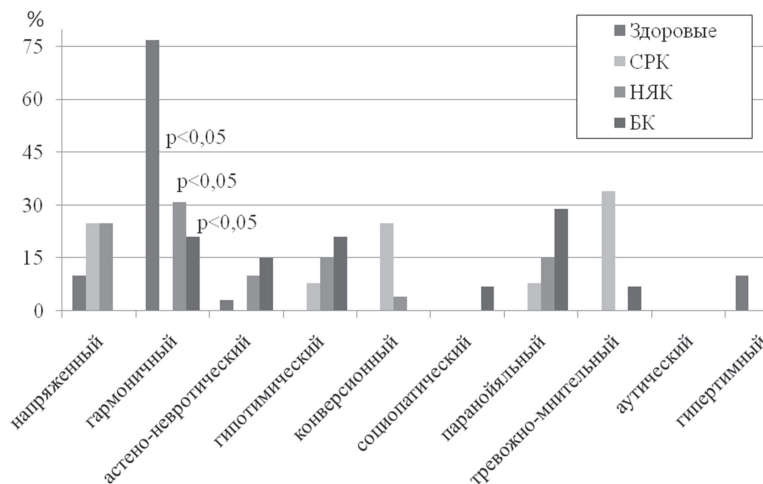


Рис. 1. Профили личности (по СМОЛ) у пациентов с заболеваниями кишечника

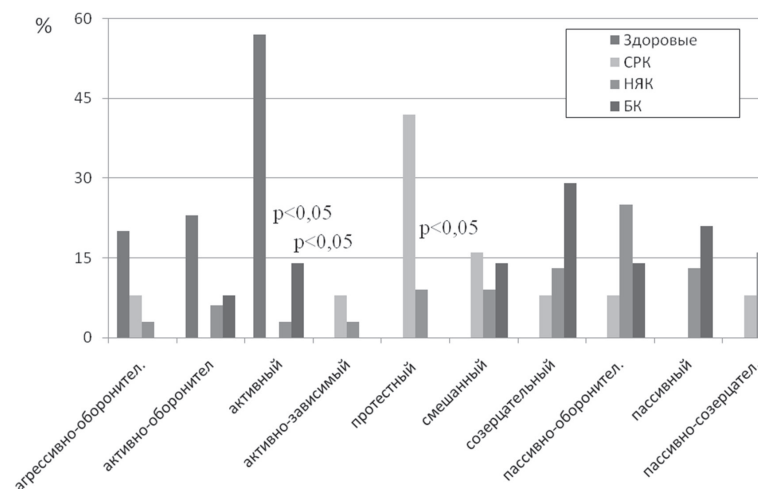


Рис. 2. Типы реагирования в конфликтной ситуации при болезнях кишечника

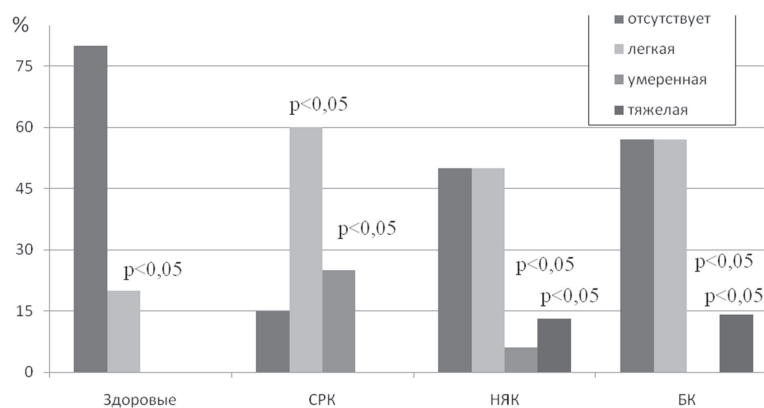


Рис. 3. Распространенность депрессии у пациентов с болезнями кишечника

23 человека (77%) имели «линейный» тип профиля СМОЛ, соответствующий конкордантной норме [13].

В основной группе гармоничными личностями оказались лишь 8 пациентов (15%) с СРК, 3 (21%) с БК и 10 (31%) с НЯК. У 10 пациентов (20%) с СРК, у 8 (25%) с НЯК была обнаружена эмоциональная напряженность и неустойчивость, личностная дезинтеграция.

Повышение профилей по различным шкалам СМОЛ чаще встречалось среди пациентов с заболеваниями кишечника (34 пациента (65%) с СРК, 14 пациентов (44%) с НЯК, 11 пациентов (79%) с БК), чем в группе контроля (4 человека — 13%). Наиболее часто отклонения по СМОЛ выявлялись при БК и СРК.

Склонность к гипотимии чаще выявлялась среди пациентов с СРК (7 человек (27%), 1 человек (3%) при НЯК, 2 человека (14%) при БК). Кроме того, лица с функциональными заболеваниями кишечника были более предрасположены к невротическим реакциям конверсионного типа (6 человек (12%) при СРК, 1 человек (3%) при НЯК, 1 человек (7%) при БК).

Среди пациентов с ВЗК чаще выявлялись тревожно-мнительные личности, предрасположенные к навязчивым страхам (фобиям), мыслям (обсессиям), действиям (ритуалам). Статистически значимых различий по обсессивно-фобическому синдрому среди пациентов с НЯК и БК обнаружено не было (6 человек (12%) при СРК, 9 человек (28%) при НЯК, 4 человека (29%) при БК).

Черты, свойственные астено-невротической личности, определялись с одинаковой частотой при всех исследованных нозологиях (6 человек (12%) при СРК, 3 человека (10%) при НЯК, 2 человека (14%) при БК).

Различные типы эмоционального реагирования на болезнь (по методу МЦВ Люшера) представлена на рис. 2.

Частота агрессивно-оборонительного, активно-оборонительного, активного вариантов реагирования среди наших пациентов достоверно ниже, чем среди здоровых людей ($p < 0,05$). При этом у больных СРК достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались активно-зависимый и протестный типы реагирования.

Для пациентов с БК типичен был созерцательный вариант ($p < 0,05$), для лиц с НЯК — пассивно-оборонительный ($p < 0,05$).

Результаты исследования фрустрированных потребностей при НЯК, БК и СРК (табл. 2) свидетельствуют о том, что у большинства пациентов, независимо от нозологии, фрустрированы потребности в физическом комфорте и самореализации. Фрустрация аффилиативной потребности (т.е. потребности в общении) достоверно чаще обнаруживается при СРК ($p < 0,05$), чем при ВЗК. У пациентов с СРК и БК достоверно чаще подавляется потребность в независимости ($p < 0,05$).

Фрустрированные потребности усугубляют тягостные переживания, поддерживают тревогу, способствуют возникновению депрессии.

Частота синдрома тревоги у всех обследованных пациентов превышает аналогичный показатель у здоровых людей. Однако существенных различий в зависимости от нозологии не выявлено (показатель тревоги в баллах в группе контроля $0,9 \pm 0,36$; у лиц с СРК $3,97 \pm 0,24$; с НЯК $3,13 \pm 0,26$, с БК $3,45 \pm 0,12$).

Говоря о частоте депрессии (рис. 3), следует отметить, что в группе контроля признаки легкой депрессии определены лишь у 6 респондентов (20%). Умеренная и тяжелая формы депрессии у здоровых не встречались вообще. В группе пациентов с СРК легкая и умеренная формы депрессии выявлены у 39 больных (85%) и встречались достоверно чаще, чем при ВЗК и в группе контроля ($p < 0,05$). Характерно, что тяжелая форма депрессивного расстройства превалировала у пациентов с ВЗК, однако достоверных различий между группами лиц с НЯК и БК по этому показателю не выявлено.

Интегративным показателем для оценки качества жизни наших больных (табл. 3) были результаты те-

стирования по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) [12].

Значительная часть, 46 (46,9%) пациентов, независимо от нозологии считали свое самочувствие удовлетворительным. Незначительное ухудшение субъективного состояния достоверно чаще встречалось при СРК, чем при ВЗК ($p < 0,05$). В то же время значительное снижение самочувствия чаще отмечалось у больных ВЗК. Статистически значимых различий между НЯК и БК при этом выявлено не было.

Очень хорошее самочувствие отметили 13% больных с НЯК. В других нозологических группах такого результата не встречалось. Активность в группе больных с ВЗК достоверно ниже ($p < 0,05$), чем среди пациентов с функциональным заболеванием толстой кишки. Вместе с тем среди больных БК и НЯК чаще отмечается хорошее настроение, в то время как больные с СРК достоверно чаще предъявляли жалобы на значительное снижение настроения.

Таблица 2

Фрустрированные потребности у пациентов с патологией кишечника

Фрустрированные потребности	Группы обследованных		
	СРК (n=52)	НЯК (n=32)	БК (n=14)
	Абсол. к-во (%)	Абсол. к-во (%)	Абсол. к-во (%)
Физиологические	13 (25)	11 (34)	4 (29)
В признании, уважении	0 (0)	2 (6)	1 (7)
Аффилиативные	17 (33)	9 (29)	2 (14)
Самореализация	9 (17)	8 (25)	4 (29)
Независимость	13 (25)	2 (6) *	3 (21)

Примечание: * — показатели имеют достоверные различия со значениями в группе пациентов с СРК ($p < 0,05$); # — показатели имеют достоверные различия со значениями в группе пациентов с НЯК ($p < 0,05$).

Таблица 3

Сравнительный анализ самочувствия, активности, настроения (САН) при заболеваниях кишечника

	Группы обследованных		
	СРК (n=52)	НЯК (n=32)	БК (n=14)
	Абсол. к-во (%)	Абсол. к-во (%)	Абсол. к-во (%)
Самочувствие:			
нормальное	26 (50)	14 (44)	6 (42)
несколько снижено	26 (50)	10 (31) *	4 (29) *
значител. снижено	0	4 (13)	4 (29) *
очень хорошее	0	4 (13)	0
Активность			
нормальная	26 (50)	12 (37)	4 (29) *
снижена	13 (25)	14 (44) *	8 (57) *
высокая	13 (25)	6 (19)	2 (14)
Настроение:			
хорошее	13 (25)	20 (62) *	8 (57) *
очень хорошее	0	6 (19)	0
несколько снижено	13 (25)	2 (6)	4 (29) #
значител. снижено	26 (50)	4 (13) *	2 (14) *

Примечание: * — показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с СРК ($p < 0,05$); # — показатели имеют достоверные различия со значениями у пациентов с НЯК ($p < 0,05$).

Обсуждение. В современных исследованиях все чаще обсуждается влияние психологических особенностей больных на возникновение и течение ВЗК и СРК [14]. Результаты, полученные в ходе нашего исследования, подтверждают эту гипотезу. При анализе анамнестических данных установлена зависимость между периодами психологического напряжения и обострения заболевания, что может быть связано как с жизненными обстоятельствами, так и с личностными особенностями пациентов.

Характерологические черты, выявленные методом СМОЛ, могут являться ядерными особенностями личности либо формироваться под влиянием тяжелого заболевания, нарушающего обычный ход жизни и перспективные планы человека. При этом отмечено сходство психологических предпосылок формирования патологии при функциональных и органических поражениях толстой кишки. В то же время особенности «профиля» личности чаще выявляются среди лиц с СРК, что может свидетельствовать о значимой роли психологического фактора в развитии данной патологии.

По результатам теста Люшера, малая встречаемость агрессивно-оборонительного, активно-оборонительного, активного типов реагирования в группе обследованных свидетельствует об отсутствии психологических резервов для выхода из неблагоприятной ситуации, затруднениях в принятии решений, о неуверенности в себе. В то же время преобладание среди лиц с СРК активно-зависимого и протестного типов реагирования характеризует их потребность в отстаивании собственной точки зрения, независимости от внешнего давления. Лица с БК, напротив, склонны к созерцательному варианту реагирования, а следовательно, более ранимы, сенситивны, испытывают потребность в покое и помощи. Наиболее противоречивы результаты МЦВ при НЯК: в конфликтной ситуации они проявляют настороженность и склонность к пассивному противодействию, но вместе с тем остаются зависимыми от мнения окружающих.

Фрустрация физиологических потребностей у обследованных психологически объяснима: пациенты испытывают болевые ощущения, боятся диареи, императивных позывов на дефекацию, примесей крови и слизи в кале, поэтому нереализованная потребность в физиологическом комфорте приобретает особую значимость. Трудновыполнимой в связи с заболеванием становится потребность в самореализации.

Большая частота фрустрированной аффилиативной потребности при СРК предполагает трудности в общении, болезненно переживаемое изменение отношений с близкими. Высокий уровень тревоги может быть связан с хроническим, рецидивирующим заболеванием. Становясь со временем чертой личности, тревога обуславливает большую склонность больных к депрессии.

По результатам теста САН, выраженное снижение самочувствия и активности в группе пациентов с ВЗК может являться результатом тяжелого, рецидивирующего заболевания. Негативный фон настроения у лиц с СРК свидетельствует о нарушении их социальной адаптации.

Заключение.

1. По результатам личностного опросника СМОЛ, особенности профиля личности и стойкие тенденции в характере чаще выявлялись в основной группе. Кроме того, астено-невротические черты были присущи пациентам при всех видах патологии (12% при СРК, 10% при НЯК, 14% при БК), лица с СРК были предрасположены к гипотимии (27%) и невротическим реакциям конверсионного типа (12%).

2. Согласно данным метода цветowych выборов Люшера, пациенты с СРК чаще имеют протестный (42%) и активно-зависимый (8%) типы реагирования на болезнь; при НЯК преобладает пассивно-оборонительный (25%), при БК — созерцательный (29%) варианты. Кроме того, по данным теста Люшера, отмечен высокий уровень фрустрации потребностей (в физиологическом комфорте, аффилиативных, в независимости), что приводит к повышению тревоги в группах пациентов по сравнению с группой контроля (66% при СРК, 72% при НЯК, 79% при БК и 30% в группе контроля).

3. При исследовании депрессии по шкале Бека выявлено преобладание легкой и умеренной форм депрессивного расстройства у пациентов с СРК (85%) и тяжелой формы у части пациентов с ВЗК (27%).

4. Согласно данным опросника САН, качество жизни снижено у большинства пациентов (66% при СРК, 72% при НЯК, 75% при БК). При ВЗК это можно связать со снижением физической и социальной активности, в то время как при СРК качество жизни связано с плохим настроением.

Конфликт интересов. Данная работа проведена в рамках диссертационного исследования и не имеет коммерческой или иной заинтересованности физических или юридических лиц.

References (Литература)

1. Flett GL, Baricza C, Gupta A, et al. Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Health Psychol* 2011; 16 (4): 561–571.
2. Goodhand JR, Wahed M, Mawdsley JE, et al. Mood disorders in inflammatory bowel disease: relation to diagnosis, disease activity, perceived stress, and other factors. *Inflamm Bowel Dis* 2012; 18 (12): 2301–2309.
3. Burulova OE, Kozlova IV, Myalina YuN. Irritable bowel syndrome as a biopsychosocial disease. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2012; 8 (2): 232–237. Russian (Бурулова О.Е., Козлова И.В., Мялина Ю.Н. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2012; 8 (2): 232–237.)
4. Psychosomatic disorders in the practice of the therapist: guide for physicians. V.I. Simanenkov eds. SPb: SpetsLit, 2008; 335 p. Russian (Психосоматические расстройства в практике терапевта: рук-во для врачей / под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2008; 335 с.)
5. Labus J, Gupta A, Gill HK, et al. Randomised clinical trial: symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37 (3): 304–315.
6. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut* 2006; 55 (Suppl 1): 1–15.
7. Mowat C, Cole A, Windsor A, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2011; 60: 571–607.

8. Rumyantsev VG. Diagnosis and treatment of intestinal inflammation: a sign of the progress in medicine of the XXI century. *Ter Arkh* 2006; 78 (2): 76–81. Russian (Румянцев В.Г. Новое в диагностике и лечении воспалительных заболеваний кишечника: один из примеров прогресса медицины XXI столетия. *Тер. архив* 2006; 78 (2): 76–81.)
9. Drossman DA. The functionalgastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterol* 2006; (130): 1377–1390.
10. Scott J. The Luscher color test. NY, 1978; 101 p.
11. Beck AT. Beck depression inventory. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy, 1961.
12. Doskin VA, Lavrent'eva NA, Miroshnikov MP, Sharay VB. Differentiated self-test of the functional state. *Voprosy psikhologii* 1973; (6): 141–145. Russian (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. *Вопросы психологии* 1973; (6): 141–145.)
13. Kozyulya VG. Application test SMOL. Moscow, 1995; 136 p. Russian (Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ. М., 1995; 136 с.)
14. Balukova EV. Mental status of patients with irritable bowel syndrome and the ways of its pharmacological correction: PhD abstract. SPb., 2005. Russian (Балукова Е.В. Психический статус пациентов с синдромом раздраженной кишки и пути его фармакологической коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005)

