

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Фирсова Л. Д., Маслова Е. А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

РЕЗЮМЕ

Изучению психосоматических аспектов хронических заболеваний органов пищеварения в последние годы уделяют большое внимание. Выделен ряд черт личности, которые создают «психосоматический настрой», способствующий развитию заболеваний. Наличие тревоги и депрессии отрицательно сказываются на результатах лечения гастроэнтерологических больных, поэтому включение в комплексную терапию психофармакологических препаратов яв-

ляется обоснованным. С целью оценки состояния больного проводится психодиагностика. Чаще всего применяются Методику многостороннего исследования личности, опросники Спилбергера, Бека, «Определение психологического типа отношения к болезни». Результаты проведенного обследования позволяют реализовать индивидуальный подход к психотерапии и назначению психофармакологических препаратов.

Концепция психосоматического генеза заболеваний внутренних органов начала развиваться в XIX веке, когда в классических трудах З. Фрейда (Z. Freud, 1895) была впервые продемонстрирована связь соматических жалоб и психических нарушений. В последующем этому научному направлению было посвящено поистине огромное количество работ.

Исследования, проведенные в последние годы по изучению психосоматических аспектов развития хронических заболеваний органов пищеварения (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки [3, 20, 21, 24, 26], неязвенная диспепсия [25, 29, 30, 32], хронический холецистит [19], неспецифический язвенный колит, синдром раздраженного кишечника [15, 17, 27, 28, 33, 35]), показывают, что данная тема остается актуальной до настоящего времени.

В истории учения о психосоматических соотношениях заслуживают внимания две концепции: «специфического эмоционального конфликта» (F. Alexander) и «специфичности личностных профилей» (F. H. Dunbar). Предположение о наличии у больных «специфического эмоционального конфликта», формирующегося в раннем детстве и создающего в последующем хроническое эмоциональное перенапряжение, было высказано F. Alexander в 1943 году. В последующем это предположение не было подтверждено, но получило развитие в концепции «вегетативного невроза» (F. Alexander, 1950), согласно которой соматические симптомы являются следствием вегетативных реакций, сопровождающих стойкие или периодически повторяющиеся эмоциональные состояния. Данная

концепция находит подтверждение в современных исследованиях, показывающих, что связующим звеном между стрессом и психосоматическими расстройствами является вегетативная нервная система [3, 12], а также реакции эндокринной системы в виде изменения уровня АКТГ, кортизола, тиреотропного гормона, тироксина, инсулина у больных с зависимостью обострений заболевания от хронического стресса.

Концепция «специфического личностного профиля» (F. H. Dunbar, 1947) связана с попытками установить корреляцию между характерными особенностями личности и развитием тех или иных заболеваний. В настоящее время лишь немногие исследователи поддерживают эту идею, однако практически все признают наличие отдельных черт личности, предрасполагающих к патологическим реакциям на стресс.

Психосоматическим больным свойственны такие черты, как предрасположенность к развитию тревожных и депрессивных реакций, склонность к длительным переживаниям, усилению отрицательных эмоций, обидчивость и неумение выражать эмоции, повышенная сенситивность, высокий контроль эмоций и поведения, обусловленный стремлением к соблюдению социальной нормы, высокая требовательность к себе, преувеличенная зависимость от мнения других людей. Перечисленные черты создают определенную «психосоматическую настроенность», предрасполагающую к развитию хронических заболеваний [23]. Это способствует проявлению обострений болезни в периоды, тре-

бующих напряжения адаптационных механизмов: неблагоприятные погодные условия в весенне-осеннее время, изменение стереотипа обучения, ломка поведенческого стереотипа в ситуациях повышенной социальной активности.

Важную роль в реализации центральных патогенных влияний и возникновении соматической патологии играет врожденная (наследственная или конституциональная) [13] либо приобретенная слабость органов или систем. Это объясняет тот факт, почему именно данный орган становится мишенью центральных патологических влияний и местом их «выхода» на периферию, в результате чего у одних больных развивается язвенная болезнь, у других — неспецифический язвенный колит, у третьих — билиарная патология и т. д.

При изучении роли эмоционального стресса в развитии психосоматической патологии выделяют два вида его воздействия: триггерное (роль пускового механизма) и модулирующее (влияние на течение заболевания). Другими словами, эмоциональные нарушения предшествуют заболеванию, сопутствуют ему и часто сохраняются после ликвидации клинических проявлений его обострения, то есть являются более стойкими, чем клиническая и морфологическая динамика процесса. Сохраняясь, они создают предпосылки для развития повторных обострений заболевания.

В свою очередь, длительный болевой синдром, частые обострения заболевания способствуют трансформации психики, астенизации нервной системы, появлению тревоги и депрессии. Частые рецидивы заболевания оказывают влияние на эмоциональную сферу больных. Болезнь меняет привычный стиль жизни, влияя на круг интересов, привычки, семейные отношения. В значительной мере это связано со снижением самооценки и уровня притязаний у больных с рецидивирующим течением заболевания.

При психодиагностическом обследовании больных трудно отличить, какие черты характера имели место в преморбидном периоде заболевания как особенности личности, а какие появились по мере развития и прогрессирования болезни вследствие астенизации больных, снижения компенсаторных возможностей различных звеньев психической адаптации и появления невротических реакций на болезненное соматическое состояние.

Большое количество научных исследований посвящено изучению внутренней картины болезни — сложному образованию, в формировании которого играют роль многие предрасполагающие факторы, касающиеся не только самого соматического страдания, но и многих психологических моментов. В формировании отношения к болезни имеют значение уровень интеллектуального развития больного, его представление о здоровье, степень информированности о проявлениях болезни и ее лечении [6].

В современных исследованиях отношение к болезни рассматривается с позиций нозогений [7] — психогенных реакций, обусловленных психотравмирующим воздействием соматического заболевания. Выделяют два типа патологического реагирования: гипонозогнозические реакции, характеризующиеся недооценкой симптомов болезни, отсутствием беспокойства по поводу своего состояния, завышением ожидаемых результатов лечения, и гипернозогностические реакции, проявляющиеся эмоциональной напряженностью связанных с болезнью переживаний, преувеличением ее тяжести, неверием в успех лечения. В данной терминологии нормонозогностической реакцией считаются реальная оценка своего состояния и осознанное выполнение врачебных рекомендаций.

Характер реагирования на болезнь можно установить как по клиническим данным (особенностям поведения больного), так и с помощью различных опросников, например «Определение психологического типа отношения к болезни». В соответствии с результатами обследования больных с помощью данной методики выявляют 12 типов отношения к болезни (например, гармоничный тип, характеризующийся адекватным отношением к необходимости лечения; анозогностический тип, основным признаком которого является отказ от приема лекарств и соблюдения диеты; ипохондрический, проявляющийся чрезмерной фиксацией на теме болезни и т. д.). Если одновременно присутствуют признаки двух типов реагирования на болезнь, то говорят о смешанном варианте отношения к болезни. Наличие признаков трех и более патологических типов свидетельствует о диффузном варианте отношения к болезни. К достоинствам этой методики можно отнести то, что она легко выполняема врачами, не имеющими специального психологического образования.

В последние годы в литературе появилось большое количество работ, посвященных изучению отношения к болезни у гастроэнтерологических больных. Отмечена зависимость между отношением к болезни и возрастом больных. В частности, по данным Г. Х. Ахмадуллиной [3], у пациентов молодого возраста часто встречаются смешанные и диффузные типы отношения к болезни. Д. С. Бордин [5] отметил возрастную динамику отношения к болезни (смену диффузного типа у молодых на очерченные психопатологические синдромы).

Обсуждаемые вопросы имеют большое практическое значение, поскольку наличие тревожных и депрессивных реакций в спектре реагирования на болезнь отрицательно влияет на результаты лечения больных. Понимание отношения к болезни необходимо для адекватного подбора схемы лече-

ния с целью достижения психологической ремиссии заболевания. Динамика психического состояния зависит от изменений на соматическом уровне, в частности нарушения психической адаптации могут полностью нивелироваться на фоне хороших результатов лечения соматического заболевания. При резко выраженных нарушениях возникает необходимость в назначении психофармакологических препаратов. Отмечено, что эффект психофармакокоррекции особенно заметен в случаях, резистентных к традиционной терапии [21, 22, 24]. При включении психокоррекционных мероприятий в комплексное лечение больных наблюдается более выраженная, чем только после соматотропной терапии, позитивная динамика психологических характеристик состояния больного.

В последние годы большое внимание уделяется организации психотерапевтической помощи больным во время их пребывания в стационаре по поводу обострения заболевания [4]. В связи с этим встает вопрос не только о показаниях к психотерапии, но и о противопоказаниях к психотерапевтическому лечению. Ответы на этот вопрос разноречивы. Так, если С. Л. Соловьева считает стадию обострения заболевания (особенно в острой или подострой фазах рецидива) противопоказанием для проведения психотерапевтических мероприятий [23], то В. И. Симаненков [20], Л. Д. Фирсова [24] относят период рецидива хронических заболеваний органов пищеварения ко времени, когда могут быть получены стойкие позитивные результаты психотерапевтической работы. В. И. Симаненков [20] указывает на качественные различия психотерапии в разные периоды заболевания. По его мнению, в стадии обострения заболевания психотерапия является преимущественно симптоматическим лечебным методом,

а в фазе ремиссии — патогенетическим средством вторичной профилактики заболевания.

Оценка лечебного эффекта при проведении психотерапевтических мероприятий затруднена. Для объективации оценки результатов психотерапии проводят контрольное психодиагностическое обследование. В настоящее время чаще всего применяют Методику многостороннего исследования личности, опросники Спилбергера, Бека, Качества жизни SF-36 и др.

Таким образом, анализ литературы позволяет заключить, что, несмотря на обширные исследования, посвященные изучению роли различных психосоматических аспектов в развитии хронических заболеваний органов пищеварения, многие вопросы требуют дальнейшей разработки. В частности, в литературе недостаточно представлены вопросы, касающиеся особенностей нарушений психической адаптации при различных нозологических формах и разных фазах заболеваний (обострение, ремиссия), а также в сопоставлении с особенностями хронизации болезней. Несмотря на признание роли эмоциональных факторов в развитии заболеваний, в широкой клинической практике «медицина для тела» и «медицина для души» существуют отдельно одна от другой, что создает много нерешенных вопросов, связанных с психотерапией у гастроэнтерологических больных. В особой мере это относится к сферам пересечения теоретических исследований с вопросами оказания практической помощи больным.

Разработка вариантов психотерапевтического лечения, учитывающих сочетание индивидуальных особенностей больного с типичными чертами, свойственными данному заболеванию, является направлением, важным и перспективным в практическом отношении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова, А. С. Подходы к оценке терапии психотропными препаратами/А. С. Аведисова//Психиатр. и психофармакотер. — 2004. — № 1. — С. 3–6.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение/Ф. Александер. — М.: Эксмо-Пресс, 2002.
3. Ахмадуллина, Г. Х. Диагностика психовегетативного состояния у лиц молодого возраста с гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки/Г. Х. Ахмадуллина//Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 1. — С. 114.
4. Бойко, Ю. П. К вопросу о стационарной психотерапевтической помощи/Ю. П. Бойко, А. И. Аппенянский, А. Л. Подольцев и соавт.//Актуальные вопросы клинической медицины. — М., 2001. — С. 164–168.
5. Бордин, Д. С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки/Д. С. Бордин, Е. С. Мазур, Г. С. Беляева//Тер. арх. — 2000. — Т. 72, № 2. — С. 15–16.
6. Джулай, Г. С. Хронический гастрит: ключи к пониманию внутренней картины болезни/Г. С. Джулай, В. В. Чернин, Н. А. Яковлев//Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 1. — С. 28–32.
7. Дробижев, М. Ю. Нозогении (нозогенные реакции)/М. Ю. Дробижев//Пограничная психическая патология в общемединской практике. — М.: Русский врач, 2000. — С. 89–99.
8. Злоказова, М. В. Особенности психологического статуса больных с гастроэнтерологической патологией/М. В. Злоказова, А. К. Мар-тусевич, А. Н. Кошкин//Клинич. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2006. — № 2.
9. Ильченко, А. А. Терапия при дисфункциях билиарного тракта/А. А. Ильченко//Трудный пациент. — 2005. — № 3.
10. Климушева, Т. А. Психические нарушения у больных хроническими панкреатитами/Т. А. Климушева, О. С. Шифрин, С. Ф. Галимова//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — Т. 16, № 2.
11. Колесникова, И. Ю. Влияние клинко-эндоскопических проявлений и психологического статуса на качество жизни больных язвенной болезнью/И. Ю. Колесникова, Г. С. Беляева//Гастрооблечение (научно-практич. изд-е). — 2001. — № 2–3. — С. 44.
12. Кравцова, Т. Ю. Изменения психовегетативного статуса и его коррекция у больных язвенной болезнью/Т. Ю. Кравцова, Е. С. Голованова, Е. В. Рыболовлев//Клинич. мед. — 2000. — Т. 78, № 12. — С. 34–36.
13. Кухтевич, А. В. Течение язвенной болезни в зависимости от конституциональных особенностей больных/А. В. Кухтевич, О. В. Болотова, В. Г. Зилов//Клинич. мед. — 2001. — Т. 79, № 5. — С. 41–44.
14. Лазебник, Л. Б. Роль стресса в этиопатогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных молодого возраста/Л. Б. Лазебник, В. Г. Арбузова, Г. Н. Соколова//Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 5. — С. 30–33.
15. Маев, И. В. Психосоциальные факторы в развитии синдрома раздраженного кишечника: возможности терапии/И. В. Маев, С. В. Черемушкин//Consilium medicum. — 2006. — Т. 8, № 7.

16. Минушкин, О. Н. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта/О. Н. Минушкин//*Consilium medicum*. — 2004. — Т. 6, № 6.
17. Пальцев, А. И. Психосоматические аспекты и принципы лечения синдрома раздраженного кишечника/А. И. Пальцев, Е. В. Виноградова, Д. П. Непомнящих//*Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол.* — 2000. — № 10. — С. 57–59.
18. Пальцев, А. И. Критерии прогноза возникновения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц с профессиональным дистрессом/А. И. Пальцев, Е. А. Кузнецова//*Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 2001. — 5. — С. 33.
19. Ряскин, В. И. Особенности психологического статуса больных хроническим холециститом/В. И. Ряскин, А. В. Будневский//*Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 2001. — № 5. — С. 97.
20. Симаненков, В. И. Психосоматические аспекты предъязвенных состояний и язвенной болезни: дис.... докт. мед. наук/В. И. Симаненков. — СПб., 1992.
21. Симаненков, В. И. Применение психотропных средств у больных с язвенной болезнью/В. И. Симаненков, Е. Г. Порошина//*Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* — 2002. — № 1. — С. 163.
22. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты)/А. Б. Смулевич//*Социальная клинич. психол.* — 1997. — № 1. — С. 5–18.
23. Соловьева, С. Л. Психосоматическая медицина/С. Л. Соловьева, Д. С. Менделевич//*Неврология и психосоматическая медицина*. — М.: Медпресс-информ, 2002.
24. Фирсова, Л. Д. Психотерапевтическая помощь больным язвенной болезнью: методические подходы и эффективность/Л. Д. Фирсова//*Эксперим. и клинич. гастроэнтерол.* — 2004. — № 1. — С. 184.
25. Фирсова, Л. Д. Гипернозогнозические реакции на болезнь и их коррекция у больных с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта/Л. Д. Фирсова, Т. С. Кожурина, Ю. Г. Арбузова//*Consilium Medicum*. — 2006. — Т. 8, № 7. — С. 43–47.
26. Шаробаро, В. И. Клинические особенности заболевания, психологические изменения личности и активность антиоксидантной системы у больных язвенной болезнью/В. И. Шаробаро//*Клинич. мед.* — 2001. — № 5. — С. 39–44.
27. Crane, C. Does depression influence symptoms severity in Irritable Bowel syndrome? Case study of a patient with Irritable Bowel syndrome and bipolar disorders/C. Crane, M. Martin, D. Johnston et al.//*Psychosomatic Med.* — 2003. — Vol. 65. — P. 919–923.
28. Dancsey, C. P. The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel: a time-series approach/C. P. Dancsey, M. Taghavi, R. J. Fox//*J. Psychosom. Res.* — 1998. — Vol. 44, Issue 5. — P. 537–545.
29. Drossman, D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process/D. A. Drossman//*Gut.* — 1999. — Vol. 45, Suppl. II. — P. 1–5.
30. Emmanuel, A. V. Relationship between psychological state and level of activity of extrinsic gut innervation in patients with a functional gut disorder/A. V. Emmanuel, H. J. Mason, M. A. Kamm//*Gut.* — 2001. — Vol. 49. — P. 209–213.
31. Helman, C. G. Psyche, soma, and society the social construction of psychosomatic disorders/C. G. Helman//*Culture, Medicine and Psychiatry*. — 2004. — November.
32. Herschbach, P. Psychological factors in functional gastrointestinal disorders characteristics of the disorders or of the illness behavior?/P. Herschbach, H. Gerhard, M. von Rad//*Psychosom. Med.* — 1999. — Vol. 61.
33. Kamm, M. A. Clinical case: chronic constipation/M. A. Kamm//*J. Am. Gastroenterol. Ass. Ins.* — 2006. — Vol. 131, № 1.
34. Tanum, L. Personality traits predict treatment outcome with an antidepressant in patients with functional gastrointestinal disorder/L. Tanum, U. F. Malt//*Scand. J. Gastroenterol.* — 2000. — Vol. 35, Issue 9. — P. 935–941.
35. Woodman, C. L. The relationship between Irritable Bowel syndrome and psychiatric illness/C. L. Woodman, K. Breen, R. Noyes et al.//*Psychosomatics*. — 1998. — Vol. 39. — P. 45–54.