

ТРЕВОЖНО-АСТЕНИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Работа представлена кафедрой гастроэнтерологии и диетологии
Медицинской академии последипломного образования.*

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Л. И. Вассерман

В статье приводятся данные, полученные в ходе большого многомерного исследования по изучению роли тревоги в сочетании с другими эмоционально аффективными расстройствами в формировании клинической картины заболевания у больных с метаболическим синдромом, в частности неалкогольной жировой болезнью печени. Показана необходимость проведения дифференциальной диагностики указанной патологии с использованием современных экспериментально-психологических методик в связи с задачами формирования психотерапевтических мишеней в комплексной терапии указанной патологии.

The article contains the data obtained in the course of a large-scale multidimensional research study of the role of anxiety in combination with other emotionally affective disorders in formation of the clinical aspect of the disease among patients with a metabolic syndrome, in particular, the non-alcoholic fatty hepatopathy. It shows the need for differential diagnostics of the pathology with the use of various modern experimental and psychological methods in view of the tasks of identification of psycho-therapeutic targets in the complex therapy of the pathology.

В последние годы большой интерес многих исследователей вызывает метаболический синдром (МС), характеризующийся наличием у больных абдоминального ожирения, тканевой инсулинорезистентности (ИР), гиперинсулинемии (ГИ), нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарного диабета (СД) 2-го типа, дислипидемии, первичной артериальной гипертензии (АГ), а также и другой комарбидной патологии. Основным критерием при постановке диагноза МС является «центральное» ожирение, поэтому условное, но традиционно распространенное название – «метаболический синдром» является одной из наиболее сложных комплексных проблем в гастроэнтерологии и кардиологии. По данным¹, частота выявления метаболического синдрома в популяции составляет 15–20%. Риск умереть от сердечного приступа при этом увеличивается в 3 раза. Основное количество больных с МС выявляется среди лиц среднего возраста. Так, по данным литературы, частота встречаемости МС составляет 6,7% среди лиц 20–29 лет, 43,5% в возрасте 60–69 лет и 42% в возрасте 70 лет и старше².

Проявления МС являются мощным фрустрирующим фактором для больных и негативно отражаются на качестве их жизни, препятствуют психосоциальной адаптации и служат основанием для хронического стресса болезни. Блокируют актуальные потребности личности, вызывая витальные переживания, хотя единого мнения об этиологии и патогенезе МС до настоящего времени нет³. Учитывая хронический характер заболевания, субъективно воспринимаемую больными витальную угрозу, наличие комплекса связанных с МС психосоциальных факторов, дезадаптирующих пациентов и членов их семей, все большее значение приобретает комплексная оценка психического статуса пациентов, их эмоционального состояния, отношения к болезни. В контексте ценностного отношения к здоровью относительно немногочисленные публикации⁴ подчеркивают необходимость

в целенаправленных и комплексных исследованиях соотношений биологического и психосоциального в генезе нарушений психической дезадаптации больных. Болезненные проявления МС и ситуация хронического стресса болезни, как известно, формируют определенный тип соматопсихических соотношений⁵. В связи со сказанным актуальным является системный анализ личностных параметров больных в процессе их комплексной диагностики и лечения. В частности, по данным некоторых авторов, высокий уровень тревоги и депрессии – это значимый и независимый фактор развития и прогрессирования ряда осложнений, развивающихся у пациентов с МС⁶.

Наличие сопутствующей основным соматическим проявлениям МС депрессии и высокого уровня тревоги негативно влияет на комплаенс, ухудшает выполнение врачебных рекомендаций, препятствует в целом социальной адаптации и резко снижает качество жизни, прежде всего за счет резистентности к лечению. Большинство медицинских рекомендаций и психотерапии требует активного участия пациента не только как объекта, но и субъекта лечения и, следовательно, учета его личностных характеристик: оценки актуального эмоционального состояния, внутренней картины болезни, стратегий совладания с нею и др. Все сказанное позволяет утверждать, что в комплексной терапевтической бригаде важную роль может и должен играть клинический психолог⁷. По имеющимся литературным данным, лечение МС в первую очередь направлено на решение проблемы избыточного веса. Особенности эмоциональных нарушений при МС, и ожирении в частности, и их связь с дезадаптивным поведением являются весьма важным критерием при выборе тактики психологической помощи больным. Комплексный подход в изучении и выявлении медико-психологических особенностей больных с МС позволит более точно подобрать методы лечения, как медикаментозные, так и психотерапевтические.

Целью настоящего исследования, как фрагмента большого и многомерного исследования, явилось изучение роли тревоги и личностной тревожности в сочетании с другими эмоционально аффективными расстройствами (депрессией, астенией) в формировании клинической картины заболевания у больных с метаболическим синдромом. Исследование проводилось в специализированной гастроэнтерологической клинике Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Диагноз ставился на основании совокупности клинических, инструментальных, лабораторных и клинико-психологических исследований. Комплексные клинические и медико-психологические данные фиксировались в специально разработанной в клинике гастроэнтерологии архивно-кодировочной карте обследования больных, которая используется врачами и психологами

как носитель информации для создания компьютерного бланка диагностической информации и последующей статистической обработки на многомерной основе. В психодиагностической работе использовались разработанные и адаптированные в лаборатории клинической психологии ПНИ им. В. М. Бехтерева психолого-диагностические методики, в том числе их компьютерные варианты⁸. Были использованы: шкала самооценки депрессии Зунга (Zung) – для диагностики уровня депрессивных расстройств (компьютерная версия); «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) – определения уровня тревоги и ее структурных компонентов (компьютерная версия). Обследованы 100 человек с диагнозом метаболический синдром. В группу обследованных больных вошли: 37 мужчин и 65 женщин, средний возраст составил $49,58 \pm 11,99$ года. Инвалидность имели 19 человек.

Таблица 1

Частота встречаемости основных жалоб у исследованных больных

Жалобы	Частота встречаемости в %
Повышенная утомляемость, вялость, слабость	54
Подавленное настроение, страхи, опасения	38
Раздражительность	26
Нарушения сна (чаще бессонница)	38
Снижение работоспособности	47
Головная боль	41
Кардиалгия	38

Как видно из табл. 1, вся совокупность жалоб больных в основном укладывается в категорию астено-депрессивных и тревожно-астенических расстройств, характерных для соматогенных психических расстройств⁹.

Применение шкалы депрессии позволило выявить умеренно выраженные депрессивные расстройства настроения, уровень которых распределился следующим образом: нормативные показатели у 56 человек (56%), наличие минимальной, легкой депрессии у 34 (34%) человек, наличие умеренной депрессии у 7 (7%) человек, наличие выраженной депрессии только у 3 (3%)

больных. Таким образом, видно, что подавленное настроение, депрессивный фон настроения, субъективно декларируемые пациентами жалобы объективно практически не подтверждаются, у 56% обследованных, а легкая (субдепрессия) выявлена у 34%. Только у 10% (в совокупности) экспериментально подтверждается депрессия с набором облигатных признаков тоски и тревожно-депрессивных переживаний. Весьма вероятно, что в этом случае депрессивные переживания обусловлены субъективно отчетливо проявляющимися тревожно-астеническими проявлениями реакции на болезнь, связанными прежде всего с со-

мато-вегетативным дискомфортом. Об этом, в частности, свидетельствует и частота жалоб больных.

В тесте ИТТ интегративный показатель ЛТ и СТ ниже 4 станайнов является низким уровнем, а 4,5 и 6 – среднему уровню;

показатель выше 7 станайнов может говорить о выраженной тревожности и тревоги, что и создает эмоциональный дискомфорт и другие компоненты указанного состояния, которые в значительной мере согласованы между собой.

Таблица 2

Распределение показателей тревоги и тревожности в группе больных с МС

Показатель	Наименование шкал											
	Эмоциональный дискомфорт		Астенический компонент		Фобический компонент		Тревожная оценка перспективы		Социальная защита		Общий показатель	
	лт	ст	лт	ст	лт	ст	лт	ст	лт	ст	лт	ст
$n = 100$												
$M \pm m$	6,77 ± 1,84	3,56 ± 2,59	6,90 ± 1,91	4,94 ± 2,81	6,32 ± 1,77	4,40 ± 2,52	6,53 ± 2,05	4,55 ± 2,66	5,67 ± 1,62	4,22 ± 1,91	6,75 ± 1,94	4,0 ± 2,87
Достов. р	<0,05		<0,05		<0,05		<0,05		<0,05		<0,05	

Примечание: лт – личностная тревожность; ст – ситуативная тревога.

Из табл. 2 видно, что результатом применения «Интегративного теста тревожности» у больных с МС уровень личностной тревожности (6,75 балла) существенно превышал нормативные показатели и достоверно превышал параметры ситуационной тревоги (4,06 балла). Примечательно, что показатели личностной тревожности, т. е. тревожности как индивидуально-типологической черты характера, превышают оценки тревоги как переменной актуального эмоционального состояния статистически по всем шкалам теста ИТТ, выделенных на основе его факторизации и проверки валидности¹⁰. Например, высокий показатель по субшкале «эмоциональный дискомфорт» указывает на личностное реагирование как устоявшуюся, сложившуюся форму поведения не зависящую от ситуации. Высокие оценки по астеническому, фобическому компонентам тревожности естественно формируют высокие показатели субъективной (тревожной) оценки перспективы. Отметим также, что наблюдаются тенденции к повышению и ситуационной тревоги (при нормативах 4–6 баллов), особенно по субшкале «астенический компонент» – 4,94 ± 2,8. Отсюда следует, что полученные данные характеризуют обследованных больных с МС прежде всего как тре-

вожных личностей, склонных при фрустрирующих обстоятельствах или при хроническом стрессе (например, стрессе болезни) к фиксации тревожных переживаний на фоне устойчивых сомато-вегетативных симптомов с облигатными невротоподобными жалобами при отсутствии выраженных актуальной тревоги и депрессии. Ряд авторов подчеркивает соматогенный характер указанных симптомов, акцентируя внимание на причинно-следственные связи, например, астении с тем или иным соматическим неблагополучием, в частности при сомато-эндокринной патологии¹¹. При этом частота проявлений и степень выраженности указанных расстройств наиболее отчетливо проявляются именно у тревожных личностей, сближая этих пациентов (например, с МС) с той категорией больных, которых выделяет рубрика F45,3 в МКБ-10 – «Соматоформная вегетативная дисфункция». Поскольку на начальном этапе развития МС симптоматика (жалобы и проявления) не всегда отчетливы, вариативны, необходимы дифференциально диагностические критерии уточнения указанных форм нарушений психической адаптации в контексте общей рубрики F45-МКБ-10, что и позволяет сделать экспериментально-психологические методы исследования в соот-

ношении с клинической и инструментальной диагностикой. Сказанное следует подчеркнуть, поскольку речь идет о возможных вариантах лечения с включением психофармако- и психотерапии у больных с МС, особенно на начальных этапах болезни. Эффективность психотерапии в этом случае позволяет получить дополнительную информацию о психосоматическом

или соматопсихическом радикалах в патогенезе метаболического синдрома, которые, возможно, могут определять и прогноз болезни в целом. Очевидно, однако, что при МС речь идет о так называемых круговых зависимостях: психосоматические плюс соматопсихические соотношения¹², которые и определяют методологию исследования этих больных на всех этапах лечения.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Despres J., Marette A. Relation of components of insulin resistance syndrome to coronary disease risk // Curr. Opin. Lipid. 1994. Vol. 5. P. 274–289.

² Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the Metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // JAMA. 2002. Vol. 287(3). P. 356–359.

³ Bjorntorp P. «Portal» adipose tissue as a generator of risk factors for cardiovascular disease and diabetes // Arteriosclerosis. 1990. Vol. 10. P. 493–496.

⁴ Задионченко В. С., Адашева Т. В., Демечева О. Ю. и др. Метаболический синдром и ожирение. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме: патогенез, основы терапии // Consilium medicum. 2004. № 9. С. 45–52.

⁵ Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.

⁶ Андриященко А. В., Дробизев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES – D и HAD в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. № 5.

⁷ Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2003.

⁸ Вассерман Л. И. и др. Компьютерный психодиагностический инструментальный в практической работе медицинского психолога. СПб., 2002.

⁹ Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение): Справочник. М.: Триада-Х, 2000.

¹⁰ Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. М., 1998.

¹¹ Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1990; Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСИМО-Пресс, 2002.

¹² Wasserman L. I., Trifonova E. A. Diabetes mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic interrelationships // The Spanish Journal of Psychology. 2006. Vol. 9 (1). P. 75–85.