

5. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты непсихотических нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 83.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В.Г. Рагозинская

Челябинский ГУ, г. Челябинск, Россия

E-mail автора: sunny_song@mail.ru

Язвенная болезнь (ЯБ) имеет сложный этиопатогенез, в котором наряду с моногенными факторами, обуславливающими наследственное предрасположение к ЯБ, и относительно простыми внешнесредовыми воздействиями (нарушения питания, вредные привычки, инфицирование *Helicobacter pylori* и др.) важную роль могут играть личностные факторы [1]. Однако особенности личности больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до конца не изучены. В частности, мало изучена система базисных убеждений больного ЯБ, между тем, именно она во многом определяет его восприятие жизненных событий как безопасных или угрожающих и его эмоциональные реакции на них [2].

Цель исследования: изучить взаимосвязь эмоциональных состояний и базисных убеждений при язвенной болезни.

Материал и методы. Обследовано 40 больных с ЯБДПК в возрасте 20-50 лет (28 женщин, 12 мужчин; средний возраст – $31,3 \pm 10,0$), в т.ч. 39 человек с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, 1 человек с постбульбарной язвой; 31 больной с ЯБЖ в возрасте 20-50 лет (14 женщин, 17 мужчин; средний возраст – $32,5 \pm 12,9$), в т.ч. 14 человек с язвой в районе малой кривизны, 11 человек с язвой задней стенки желудка, 6 человек с препилорической язвой. Контрольную группу составили 71 здоровый испытуемый в возрасте 20-50 лет (41 женщина, 29 мужчин; средний возраст – $31,6 \pm 10,9$ лет).

Методы исследования: «Шкала депрессии» Зунга, «Шкала тревожности» Спилбергера, «Шкала агрессивности» Спилбергера, «Опросник выраженности психопатологических симптомов» (SCL-90-R), Торонтская шкала алекситимии, критерий Манна-Уитни, метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. По данным сравнительного анализа у больных ЯБЖ и ЯБДПК значимо выше, чем у здоровых лиц, показатели реактивной и личностной тревожности, депрессии, алекситимии, аутоагрессии, обсессивности-компульсивности, соматизации, межличностной сензитивности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльности, психотизма. У больных ЯБЖ значимо выше, чем у больных ЯБДПК, показатели алекситимии, соматизации, депрессии, враждебности, психотизма (для всех $p \leq 0,01$), паранойяльности ($p \leq 0,05$). У больных ЯБ значимо ниже, чем у здоровых лиц, показатели убеждений в доброжелательности и справедливости мира, в его контролируемости свыше, в закономерности происхо-

дящих событий, в способности контролировать свою жизнь, в самооценности и в собственной удачливости. При этом у больных ЯБЖ показатели убеждения в доброжелательности мира значимо ниже, чем у больных ЯБДПК ($p \leq 0,05$).

Снижение базисного убеждения в доброжелательности мира у здоровых лиц сопровождается повышением личностной тревожности ($p \leq 0,01$); у больных ЯБДПК – повышением алекситимии и аутоагрессии ($p \leq 0,01$); у больных ЯБЖ – повышением тревожности, соматизации, депрессии, паранойяльности ($p \leq 0,01$).

Показатели убеждения в контролируемости мира у здоровых лиц не образуют значимых связей с показателями эмоциональных состояний. У больных ЯБДПК снижение этого убеждения сопровождается повышением личностной тревожности и снижением контроля агрессии ($p \leq 0,01$); у больных ЯБЖ – повышением соматизации, личностной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента и агрессии-реакции на события ($p \leq 0,01$). Показатели убеждения в справедливости мира у здоровых лиц и у больных ЯБДПК не образуют значимых связей с показателями эмоциональных проявлений. У больных ЯБЖ снижение этого убеждения сопровождается повышением агрессии как реакции на события ($p \leq 0,01$). Показатели убеждения в закономерности происходящих событий у здоровых лиц и у больных ЯБДПК не образуют значимых связей с показателями эмоциональных проявлений. У больных ЯБЖ снижение этого убеждения сопровождается повышением аутоагрессии и депрессии (для всех $p \leq 0,01$). У здоровых лиц снижение убеждения в своей способности контролировать события своей жизни сопровождается повышением личностной и реактивной тревожности и обсессивности-компульсивности (для всех $p \leq 0,01$), у больных ЯБДПК – повышением личностной тревожности, депрессии, алекситимии, соматизации (для всех $p \leq 0,01$); у больных ЯБЖ – повышением личностной и реактивной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента, алекситимии, соматизации, паранойяльности (для всех $p \leq 0,01$). У здоровых лиц снижение убеждения в самооценности сопровождается повышением личностной тревожности и депрессии (для всех $p \leq 0,01$); у больных ЯБДПК – повышением личностной тревожности, депрессии, алекситимии, соматизации, аутоагрессии и межличностной сензитивности (для всех $p \leq 0,01$) у больных ЯБЖ – повышением личностной и реактивной агрессивности, враждебности, психотизма, паранойяльности, алекситимии и соматизации (для всех $p \leq 0,01$). У здоровых лиц и у больных ЯБЖ показатели убеждения в собственной удачливости не образуют значимых связей с показателями эмоциональных проявлений. У больных ЯБДПК снижение этого убеждения сопровождается повышением личностной тревожности и агрессивности-состояния (для всех $p \leq 0,01$).

Итак, у больных язвенной болезнью показатели негативных эмоциональных состояний и психопатологической симптоматики связаны друг с другом и с негативными базисными убеждениями большим, чем у здоровых лиц, числом значимых связей. При этом у больных язвенной болезнью желудка в сравнении с больными с дуоденальными язвами значимо снижены

показатели убеждения в доброжелательности мира и значимо повышены показатели алекситимии, депрессии, соматизации, враждебности, психотизма и паранойальности, и снижение базисных убеждений у них чаще, чем у больных с дуоденальными язвами сопровождается усугублением тяжести психосоматического статуса и глубины психопатизации личности.

Литература:

1. Березин Ф.Б., Альтшулер Б.А., Финогенова С.А. Подход к исследованию особенностей личности как возможного фактора риска развития язвенной болезни // http://berезin-fb.su/psychology_and_psychosomatic/подход-к-исследованию-особенностей-л/
2. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2003. – 159 с.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА БИПОЛЯРНОЙ И МОНОПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

Я.М. Славгородский

Московский ГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

E-mail автора: y-slavgorodsky@yandex.ru

В последние годы возрастает количество исследований, свидетельствующих об увеличении удельного веса аффективных расстройств биполярного спектра в структуре психической патологии. Эта тенденция реализуется в связи с диагностированием аффективных нарушений непсихотического уровня, в частности, биполярной депрессии.

Вместе с тем, ранняя диагностика непсихотической депрессии биполярного спектра затруднена сложностью распознавания кратковременных гипоманиакальных эпизодов, что, в свою очередь, в значительной степени обусловлено тем, что больные при развитии гипоманиакального эпизода той или иной длительности, чаще всего не рассматривают подобное состояние как болезненное и, соответственно, не обращаются к врачу [1].

Нередко перенесенные в прошлом гипоманиакальные эпизоды остаются недиагностированными не только врачами общей практики, но и психиатрами. Пациенты часто не вспоминают эпизоды гипомании вследствие того, что они субъективно оценивают их как «периоды хорошего или великолепного самочувствия», но не как проявление психической патологии. В результате этого расстройства биполярного спектра часто упускаются из вида. По данным литературы биполярная депрессия чаще всего неправильно диагностируется как униполярная (монополярная) депрессия [2]. В исследовании Т. Suppes с соавт. (2001) средняя продолжительность лечения до установления правильного диагноза биполярного расстройства составила 10 лет [4].

Существенно улучшить диагностику биполярной депрессии может применение нового специфического скринингового инструмента - Вопросника расстройств настроения Mood Disorder Questionnaire (MDQ). MDQ

был разработан группой экспертов, в состав которой входили специалисты по биполярным расстройствам и разработке психометрических и скрининговых инструментов, а также представители организаций по защите прав пациентов. MDQ позволяет определить наличие маниакального или гипоманиакального синдрома в течение всей жизни путем ответа «Да» или «Нет» на 13 вопросов, основанных на критериях DSM-IV-TR и клиническом опыте. Разработка MDQ проходила в два этапа. Вначале пациентам с биполярными нарушениями предлагалось заполнить черновой вариант вопросника, затем была оценена показательность и значимость пунктов. На основании этого опыта текст анкеты был пересмотрен. MDQ был утвержден по результатам исследования, проходившего в пяти амбулаторных психиатрических клиниках, специализирующихся на расстройствах настроения [3]. После подтверждения информированного согласия пациенты заполняли MDQ. Часть из этих пациентов, отобранных случайным образом, в течение двух недель получили от подготовленного специалиста-интервьюера диагностический вопросник – структурированный клинический вопросник по DSM-IV, на основании которого был установлен диагноз расстройств биполярного спектра (включая биполярные расстройства I и II типа, а также неспецифические биполярные расстройства). Интервьюер не был знаком с клиническим диагнозом пациента и результатами, полученными на основании анализа MDQ. Диагностический опрос проводился среди 198 пациентов, из которых 63% составляли женщины, а средний возраст равнялся 44 годам. В итоге 55% пациентов на основании структурированного клинического вопросника был установлен диагноз «расстройства биполярного спектра». Далее был выполнен анализ данных с целью сравнения результатов MDQ и диагноза, поставленного на основании клинического вопросника.

Как указывают авторы этого скринингового инструмента, MDQ позволяет идентифицировать биполярное аффективное расстройство у 7 из 10 амбулаторных больных, страдающих этим заболеванием, и исключить этот диагноз у 9 из 10 обследованных, у которых этого расстройства нет. Вместе с тем, авторы вопросника отметили, что диагноз биполярного аффективного расстройства должен основываться на клинической оценке состояния обследуемого, а не исключительно на данных MDQ, который, таким образом, используется как дополнительный (к клиническому методу) дифференцирующий инструмент. Как было указано выше, MDQ валидизировался с помощью исследовательского диагностического интервью на клиническом материале психиатрических амбулаторных пациентов и обнаружил 73% чувствительности и 90% специфичности. Также вопросник валидизировался на материале Североамериканского популяционного исследования и обнаружил 28% чувствительности и 97% специфичности. На материале общей амбулаторной практики, на базе клиники семейной медицины вопросник продемонстрировал 58% чувствительности и 93% специфичности. Таким образом, MDQ является новым валидизированным инструментом для выявления расстройств биполярного спектра.