

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ибрагимова Н.Ф.

Кафедра психотерапии с курсом ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Аннотация

В данной статье ставится цель определить уровень тревожности, депрессии и алекситимии у пациентов с заболеваниями пищеварительного тракта. Результаты исследования показали, что действительно тревожность и алекситимия занимают определенную нишу в этиологии гастроэнтерологических заболеваний. Исходя из вышесказанного, можно предположить, что психотерапия и психофармакотерапия могут внести свой вклад в лечение и профилактику заболеваний органов пищеварительной системы.

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.А. Пермякова

PSYHOSOMATIC PHENOMENA IN GASTROENTEROLOGICAL PRACTICE

Ibragimova N.F.

Department of Psychotherapy with the course of Institute of postgraduate education, Bashkir state medical university, Ufa

Scientific Advisor — Ph. D. in Medicine, assistant professor O.A. Permyakova

Summary

It is made an aim to determine the level of anxiety, depression and alexithymia in patient with diseases of digestive canal the given article. The result of the research showed that, indeed, anxiety and alexithymia take a certain place in the etiology of gastrointestinal disease. Based on the forgoing it can be assumed that psychotherapy and psychopharmacotherapy can determine to the treatment and prevention of diseases of the digestive system.

Ключевые слова: алекситимия, личностная тревожность, реактивная тревожность.

Keywords: alexithymia, personality anxiety, reactive anxiety

Актуальность: В настоящее время психосоматическое направление заняло прочное место в современной медицине. Особенности личности человека, стрессовые ситуации являются одним из пусковых механизмов развития болезни, в то же время хронически протекающая соматическая болезни сопровождается тревогой, депрессией и другими психическими симптомами [4]. Тесная связь между желудочно-кишечными и эмоциональными расстройствами известна с далекой древности, так 80% всех диспепсических нарушений обусловлено первичными изменениями настроения. Кроме того, имеет огромное значение личностная характеристика самого человека, находящегося в эмоциональном стрессе. Согласно ряду наблюдений заболеваниям гастроэнтерологической сферы подвержены алекситимичные личности. Алекситимия (от греч.а - отсутствие; lexis - слово; thymos -чувство)(P. Sifneos, 1973) - психическая характеристика, характеризующаяся затруднением или неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям (Krystal H, 1979; Taylor G.J., 1984). В ряде случаев алекситимия и тревога являлись пусковым механизмом, провоцирующим развитие тяжелых соматических

заболеваний, таких как: ишемическая болезнь сердца (Грекова Т.И., 1997), первичная артериальная гипертония (Gage B.C., 1984), бронхиальная астма (Dirks J.F., 1981), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (Fukunishi, 1997), неспецифический язвенный колит, болезнь Крона (Freyberger H., 1985). Определение доли соматического и психического в развитии заболеваний желудочно-кишечного тракта дает возможность проводить более адекватную этиотропную терапию и профилактику.

Цель исследования: Оценить уровень ситуативной и личностной тревожности, выявить наличие депрессии и алекситимии у больных с хроническим панкреатитом и неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения РКБ им. Г.Г. Куватова в г. Уфе в январе-феврале 2018 года. Объектом исследования явились 25 пациентов с диагнозами хронический панкреатит и неспецифический язвенный колит. Выборка случайная. Использовали метод клинического интервьюирования и анкетирования больных с применением формализованной исследовательской карты, экспериментально - психологический с применением шкалы самооценки Спилбергера – Ханина [5] для определения личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ), шкалу самооценки депрессии Цунга, адаптированную Т.И. Балашовой (1981) и Торонтскую алекситимическую шкалы (TAS) (Taylor G.J., 1985). Уровень тревожности оценивался согласно диапазону границ: более 45 баллов – высокий; 31 - 45 баллов – средний; до 30 баллов – низкий уровень тревожности. Уровень депрессии оценивали следующим образом: менее 50 баллов – состояние без депрессии; 50 - 59 баллов – легкая депрессия; 60 - 69 баллов – субдепрессивное состояние; 70 баллов и более – истинное депрессивное состояние. Алекситимичными считали больных, набравших по TAS 74 балла и более, неалекситимичными - менее 62 баллов, к зоне неопределенности отнесли пациентов, набравших 62-73 балла. В качестве контрольной была взята группа из 25 здоровых женщин и мужчин, сопоставимых по возрасту. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с применением пакета Microsoft Office Excel. Определяемые величины: средняя арифметическая (М), среднее квадратичное отклонение (м), достоверность различия оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверными считали различия сравниваемых величин $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В исследуемой группе пациенты (n=25) распределились следующим образом: по полу - 11 (44%) мужчин и 14 (56%) женщин, по диагнозу – с панкреатитом – 17 (68%), с неспецифическим язвенным колитом – 8 (32%) пациентов. Высшее образование имеют 9 (36%) больных, неоконченное высшее – 4 (16%), среднее специальное – 12 (48%). Средний возраст исследуемых составил 46,8 лет. В качестве причины заболевания – 11(44%) человек отмечают стресс, 6(24%) - неправильное питание, 4(16%)- совокупность стресса и неправильного питания, иное – 4 (16%).

Исследование уровня алекситимии выявило статистически значимые различия этого показателя в группе больных и здоровых. Средний показатель уровня алекситимии в группе больных составил $67,2 \pm 0,08$ баллов, в группе здоровых $61,7 \pm 0,06$ баллов ($p < 0,05$) (Приложение 1). В группе пациентов алекситимичными признаны 7 (28%) человек, в то же время среди здоровых - 5 (20%). Неалекситимичными- 3 (12%) в группе больных и 13 (52%) в группе здоровых. К зоне неопределенности отнесли 15 (60%) человек из группы больных и 7 (28%) человек из группы контроля.

Анализ уровня личностной и ситуационной тревожности по Спилбергеру-Ханину обнаружил отчетливые различия между больными и группой контроля по уровню СТ ($p < 0,05$). Уровень СТ в группе больных составил $43 \pm 0,52$ балла, в контрольной группе этот показатель составил $35,6 \pm 0,08$ баллов ($p < 0,05$). Причем в группе больных высокий уровень СТ отмечен у 9 (36%), а в группе контроля у 8 (32%), умеренный у 16 (64%) больных и 7 (28%) здоровых, низкий у 10 (40%) человек только из группы контроля. Средний балл ЛТ у больных составил $46 \pm 0,8$, у здоровых $43,7 \pm 0,02$ балла. Среди больных высокий уровень ЛТ

отмечен у 14 (56%) человек, а среди здоровых 12 (48%) человек, средний у 10 (40%) больных и у 8 (32%) здоровых, низкий у 1 (4%) больного и у 5 (20%) здоровых.

Средний уровень депрессии по шкале Цунга в группе пациентов составил $49,1 \pm 0,06$ баллов, в группе здоровых $48 \pm 0,84$ балла – различие статистически незначимо. Среди больных 15 (60%) находится в состоянии легкой депрессии, у 10 (40%) состояние без депрессии. В группе здоровых легкая депрессия у 12 (48%), без депрессии – 12 (48%) и умеренная депрессия у 1 (4%) человека.

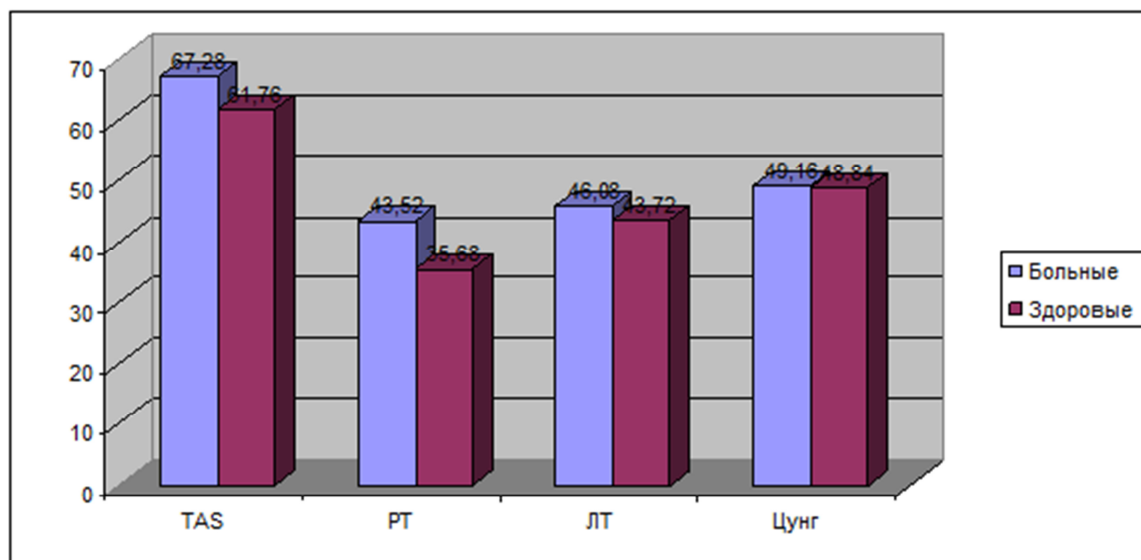


Рисунок 1. Показатели уровня алекситимии, РТ И ЛТ, Цунга в баллах в группе больных и здоровых.

Заключения и выводы: Обобщая полученные данные, можно констатировать, что ряд особенностей личности определяют возникновение и течение хронического панкреатита и неспецифического язвенного колита. Исследование психических факторов важно не только в плане изучения этиопатогенеза, но и в отношении профилактики развития и рецидива заболеваний. Отрицательное влияние данных факторов в совокупности с другими факторами риска способствует более раннему дебюту и, соответственно, ухудшает прогноз и качество жизни пациентов. Особенности личности следует учитывать при проведении лечебных мероприятий, дополняя их психотерапией и психофармакотерапией. Данные методы могут помочь добиться лучших результатов в лечении пациентов и предупредить развитие заболеваний гастроэнтерологической сферы, что является необходимым, учитывая рост количества больных в популяции.

Литература

1. Волонов М. Психосоматика. Практическое руководство. 2002. с 180-186.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и Наркология. Москва 2009. с 544-550.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. Москва 2004. с 460-469.
4. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 776.
5. Ханнин Ю.Л. //Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера.- Л., 1976.