

Особенности эмоциональной сферы больных в период обострения хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Л.Д.Фирсова
Центральный научно-исследовательский институт, Москва

Эмоции – форма отражения действительности, характеризующая субъективным отношением к объектам и явлениям, зависящим от внутреннего состояния человека [1]. Эмоции играют большую роль в формировании отношения к болезни [2], отражаются на выполнении больным врачебных предписаний и в итоге – на течении заболевания и его исходе [3]. По роду своей деятельности врачу чаще приходится сталкиваться с отрицательными эмоциями пациентов и учитывать их в деонтологической работе с больными, а также при определении показаний для назначения психофармакологических препаратов. Учитывая вышесказанное, изучение особенностей эмоциональной сферы больных имеет не только познавательное, но и большое практическое значение.

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения путем изучения их эмоциональной сферы и коррекции отрицательных эмоций, связанных с обострением хронических заболеваний органов пищеварения.

Материал и методы

Обследованы 173 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (из них 150 – в период пребывания в стационаре), 60 больных хроническим гастритом (из них 52 в

период пребывания в стационаре). Группу сравнения составили 73 человека, не имеющие гастроэнтерологических жалоб и других заболеваний, в генезе которых важным является психосоматический компонент.

В клинической практике эмоциональное состояние больного оценивают путем расспроса и наблюдения. Изучение психического статуса может быть дополнено психодиагностическим тестированием. Набор тестов зависит от целей, стоящих перед врачом и психотерапевтом. В данном исследовании состояние эмоциональной сферы оценивали с помощью ММИЛ (или СМОЛ – сокращенный вариант ММИЛ), теста Кеттелла, теста ISTA (тест Аммона), опросника ЛОБИ ("Определение психологического типа отношения к болезни").

Исследование выполнено на базе ЦНИИ Гастроэнтерологии

Результаты исследования

При статистической обработке полученных результатов выявлены значимые различия между группами (см. таблицу).

Эмоциональная напряженность

Эмоциональная напряженность – психическая скованность, неуверенность в себе, трудности сосредоточения, отражающиеся на поведении

человека. Об эмоциональной напряженности свидетельствует превышение профиля ММИЛ по клиническим шкалам над 70 Т-баллами и высокие (выше 6 стенов) значения факторов Q-4 и F-1 теста Кеттелла [1].

Уровень эмоционального напряжения был повышен у преобладающего большинства (83,8%) больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и практически с такой же частотой (85%) у больных хроническим гастритом. Повышение эмоционального напряжения у испытуемых контрольной группы отмечалось реже – в 65,8% случаев (различия с группами больных достоверны при $p < 0,05$).

Тревога

Тревога – чувство внутреннего напряжения, ожидание неудачи или несчастья. Тревога может не иметь мотивации и конкретного содержания, но, как показывает опыт, тревожные реакции у больных чаще всего связаны с реальной или вымышленной угрозой здоровью [1]. Наличие тревоги и повышенная готовность к возникновению тревожных реакций определялись в клинической беседе и подтверждались подъемом профиля ММИЛ на 7-й шкале.

Частота тревожных реакций и предрасположенности к ним среди больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки была существенно ниже, чем у больных хрониче-

Исследуемые эмоциональные феномены

Феномен	Показатели психодиагностических методик
Эмоциональная напряженность	Общий уровень профиля ММИЛ (или СМОЛ) по клиническим шкалам, значения факторов Q-4 и F-1 теста Кеттелла
Тревога	7-я шкала ММИЛ (или СМОЛ)
Страх (появление патологических форм)	Деструктивный страх и дефицитарный страх в тесте ISTA
Снижение настроения	Сравнение уровней 2-й и 9-й шкал ММИЛ (или СМОЛ)
Отношение к болезни (тревога, депрессивные и ипохондрические тенденции)	12 типов отношения к болезни опросника ЛОБИ. 1-я шкала ММИЛ (или СМОЛ)

ским гастритом (31,2% и 41,7% соответственно; $p < 0,05$). Некоторое повышение частоты тревоги у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по сравнению с контрольной группой (31,2% и 26% соответственно) являлось недостоверным. Тревога больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки чаще всего была связана с неразрешенными к моменту поступления в стационар конфликтными ситуациями. В отношении к болезни она соотносилась с неуверенностью в возможности профилактики развития обострений заболевания. Тревожные реакции больных хроническим гастритом были связаны с неопределенностью диагноза. Многие больные считали, что «правильный» диагноз им не поставлен и их «настоящая болезнь» не определена. В случаях, когда больные не сомневались в достоверности диагноза, их тревога соотносилась с неуверенностью в предупреждении возможного ухудшения здоровья.

Структура страха

Страх – переживание, связанное с реальной или мнимой опасностью. В соответствии с показателями теста ISTA страх может быть конструктивным (мобилизующим) или патологическим. Различают две формы патологического страха: деструктивный страх (ДС), приводящий к развитию преувеличенных страхов с разрушительным для психики содержанием, и дефицитарный страх (ДФС), проявляющийся неосторожностью и отсутствием разумных действий в ситуациях, содержащих угрозу и требующих внимания. При наличии изменений функции страха в сторону дефицитарности у больных появляется легкомысленное отношение к болезни, игнорирование рекомендаций врача, отказ от лечения.

Деструктивный компонент страха присутствовал и у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (21,6%), и у больных хроническим гастритом (14,7%). Различия показателей в группе больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и контролем (7,7%) были достоверны ($p < 0,05$). Как показала клиническая беседа, в большинстве случаев фабула страхов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки была связана с возможным развитием осложнений заболевания. Наиболее выраженные страхи развивались у больных с наличием наследственной предрасположенности к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, особенно в тех случаях, когда осложнения заболевания наблюдались у их близких родственников. Страхи больных хроническим гастритом чаще всего

проявлялись канцерофобией.

Для больных язвенной болезнью появление дефицитарного компонента в структуре страха было более характерно, чем для больных хроническим гастритом и испытуемых контрольной группы (различия достоверны, $p < 0,05$). Это обстоятельство может косвенно свидетельствовать о более интенсивном включении психологических защит (особенно таких, как вытеснение и отрицание) у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки по сравнению с больными хроническим гастритом и как следствие – не истинном отсутствии тревоги, а тревоге, скрытой психологическими защитами.

Снижение настроения

У ряда больных в клинической беседе отмечалось снижение настроения с преобладанием в спектре эмоций грусти, печали, тоски. Эмоции этого плана сопровождалось снижением физической активности. При психологическом тестировании такое состояние проявлялось подъемом профиля ММИЛ на 2-й шкале при одновременном снижении уровня профиля на 9-й шкале. Снижение настроения и пессимистическая оценка перспективы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки встречались значительно реже, чем у больных хроническим гастритом (27,8% и 38,3% соответственно; различия достоверны, $p < 0,05$). Различий по этому показателю между больными язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (27,8%) и контрольной группой (26%) не выявлено.

Отношение к болезни

Для клинической работы важно выявление гипернозогнозических психологических реакций, проявляющихся разнообразием отрицательных эмоций в отношении к болезни. Реакции такого рода выявлены у 52 (34,7%) из 150 стационарных больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и 27 (51,9%) из 52 стационарных больных хроническим гастритом, различия достоверны. Полученные данные еще раз подтверждают тот факт, что уверенность в точно установленном диагнозе, определяющая тактику лечения, приводящего к полному изживанию язвы, благоприятно влияет на психическое состояние больных.

Таким образом, по сравнению с контролем в обеих группах больных с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта по ряду признаков выявлены аналогичные изменения: повышение уровня эмоционального напряжения, появление тревожных реакций и деструктивного компонента в

структуре страха. В то же время определен ряд отличий, важных для осуществления индивидуального подхода к лечению больного.

Известно, что отсутствие внимания к отрицательным эмоциям больных является одной из причин неудовлетворительных результатов лечения соматических заболеваний. При лечении эмоциональных нарушений врачи, как правило, идут по пути назначения психофармакологических препаратов. Показания к назначению препаратов чаще всего достаточно легко определяют клинически. Вопрос о критериях эффективности, и соответственно, длительности курса лечения часто остается открытым. В этом отношении полезным может быть психодиагностическое обследование больного. На основании имеющегося опыта оптимальным считается следующий набор методов обследования больных: клиническая беседа и клиническое наблюдение, тест Кеттелла (выявление личностных особенностей больного), ММИЛ (оценка психического статуса больного в период обследования), ЛОБИ (определение отношения к болезни).

Разберем данные вопросы на примере назначения Афобазола – анксиолитика, недавно вошедшего в клиническую практику [4]. Препарат был назначен в составе комплексной терапии заболевания в дозе 10 мг 3 раза в день (группа больных – 30 человек).

Согласно результатам клинических наблюдений Афобазол начинает действовать через 5–7 дней приема, что объясняется особенностями механизма его действия. Существующие ранее анксиолитические препараты (в частности бензодиазепины) характеризуются не только сильным, но и быстро развивающимся эффектом. Часто эффект этих препаратов проявляется в побочных действиях – гипнотическом и миорелаксантном. Действие Афобазола более мягко, и поэтому менее заметно по внешним проявлениям. Рекомендуемый курс лечения Афобазолом составляет от 4 нед.

Известно, что не все больные позитивно откликаются на назначение психофармакологических препаратов. В частности, ухудшение самочувствия отмечают активные и привыкшие к самостоятельному решению своих проблем пациенты. Эти особенности личности не всегда видны в клинической беседе, потому что на каком-то этапе болезни даже самостоятельный человек может растеряться, что проявляется повышением уровня тревоги. Об активности как личностной черте свидетельствуют высокие показатели факторов Е и Н (7–8-го и особенно 9–10-го стенов). В нашем исследова-

нии таких больных оказалось 5. Из них 3 больных отказались от приема препарата, у 2 больных отмечалось улучшение состояния на фоне приема Афобазола.

Наш опыт свидетельствует о том, что оценка эффективности препарата отражается в динамике профиля ММИЛ до и после лечения. Общий уровень графика ММИЛ (эмоциональное напряжение) снизился у 28 из 30 больных. Снижение эмоционального напряжения было обусловлено как улучшением соматического состояния в результате лечения, так и анксиолитическим и вегетостабилизирующим действием Афобазола. Значимым оказалось и снижение уровня 1-й шкалы (шкала ипохондрии) – у 17 из 26 больных с изначальным подъемом графика по 1-й шкале, что составило 65,4%. Интересно, что это произошло у больных с незначительным повышением первоначального уровня, а график у 4 больных с ипохондрическим синдромом (т.е. превышением уровня 70 Т-баллов) не вернулся к нормальным значениям.

Динамика уровня 7-й шкалы ММИЛ (шкала тревоги) была менее яркой, чем уровень графика в целом и изменения высоты 1-й шкалы (у 3 из 10 больных пик на 7-й шкале остался после 2-недельного лечения,

что требовало продления терапии). Это были больные с формированием психологической защиты в виде фиксации тревоги, что подтверждали особенности их поведения (строгое соблюдение диеты как вариант ограничительного поведения). Изменение соотношения высоты 2-й и 9-й шкал в исследуемой группе было малозначимым. Это легко объяснить: Афобазол не является антидепрессантом, а данный характер графика ММИЛ отражает депрессивные тенденции.

Применение опросника ЛОБИ для оценки эффективности лечения психофармакологическими препаратами, по нашему мнению, нецелесообразно. И дело не в том, что результат этого исследования не меняется. Скорее, наоборот, в течение сеанса групповой психотерапевтической работы, мы наблюдали, как мнение больных по многим вопросам отношения к болезни менялось буквально на глазах. Поэтому, по нашему мнению, значение этого теста заключается в выявлении больных с вариантами отношения к болезни, свидетельствующими о значительных нарушениях психической адаптации. Таким больным недостаточно психотерапии, им необходимо назначение препаратов, корригирующих эмоциональные нарушения.

Заключение

Умение врача оценивать эмоциональное состояние пациентов имеет большое значение ввиду выраженного влияния эмоций больного на течение заболевания и лечебно-диагностический процесс. Особенно важно выявить больных, нуждающихся в психофармакотерапии, и провести необходимое лечение. Продолжительность курса лечения определяется индивидуально, по возможности с применением психодиагностического обследования до и после лечения. Полученный опыт свидетельствует о том, что оптимальным (в частности, для Афобазола) является 4-недельный курс лечения.

Литература

1. Лакосина Н.Д. Клиническая психология. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Л., 1987.
3. Дробизев М.Ю. Нозогении (нозогенные реакции). Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. М.: "Русский врач", 2000; 89–99.
4. Аведисова А.С. Афобазол – безопасный препарат для лечения тревоги в общей практике. РМЖ. 2006; 14 (23).
5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М., 1999.

СЕЛЕКТИВНЫЙ АНКСИОЛИТИК НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА

АФОБАЗОЛ®

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ СРЕДСТВО
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- генерализованные тревожные расстройства
- неврастения
- расстройства адаптации
- тревожные состояния у больных с различными соматическими заболеваниями
- нарушения сна, связанные с тревогой

РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
Мастерфарм

Москва, 1-й Волконский пер., д. 11, стр. 2, (495) 781-10-93/95

ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА

www.afobazol.ru

Регистрационное удостоверение № ЛС-000861 от 03.11.2005

Отпусти свою тревогу!

