

ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Есаулов В.И.^{1,2,3}

¹ГБОУ ВПО Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва;

²НОУ Институт психотерапии и клинической психологии, Москва;

³Центр современных психотехнологий, Москва, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

В статье приведены данные о результатах проведенного комплексного психодиагностического обследования 82 пациентов (54 женщины и 28 мужчин) с синдромом раздраженного кишечника (СРК) в возрасте от 18 до 45 лет. Из них у 30 человек отмечался вариант СРК с преобладанием запоров, у 28 – вариант с преобладанием поносов, и у 24 человека – вариант с преобладанием болей. Психоэмоциональное состояние больных с СРК исследовалось с помощью клинического интервью и набора психологических тестов, включающих: личностный опросник Мини-мульти (ММ), методику измерения уровня тревожности (шкала Дж.Тейлор), и проективный тест цветовых выборов М. Люшера. Пациенты также заполняли комплексный опросник оценки состояния ЖКТ (220 вопросов) и ранжированный комплексный тест оценки самочувствия. В профиле ММ у женщин с СРК имелись повышения показателей по 2,8,1,7 шкалам и снижение показателей 9 шкалы. Профиль ММ у мужчин с СРК характеризовался более заметным снижением показателей оптимистичности (9 шкала), в сочетании с подъемами 1,2,7,8,4 шкал. Показатели ММ мужчин и женщин имели наибольшие значения по 2 и 7 шкалам, типичных для тревожно-депрессивного профиля. При болевом варианте СРК наблюдались наибольшие (по сравнению с другими клиническими вариантами) показатели депрессии и тревоги. Другие психологические тесты в целом подтвердили данные ММ. Результаты психодиагностического исследования пациентов с СРК указали на неоднородность психоэмоционального состояния при различных клинических вариантах заболевания.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, психодиагностическое обследование, личностные характеристики.

THE EXPERIENCE OF USING THE METHODS OF COMPLEX PSYCHODIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Esaulov V.I.^{1,2,3}

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow;

²Institute of Psychotherapy & Clinical Psychology, Moscow;

³Modern Psychotechnology Center, Moscow, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Article gives data on the results of a complex psychodiagnostic research of 82 patients (54 woman and 28 men) with irritable bowel syndrome (IBS). Age of the patients was between 18 and 45. 30 of patients with IBS were suffering prevalently from constipation, 28 patients mostly had troubles with diarrhea and 24 of them showed the prevalence of pains. Psychosomatic condition of patients with IBS was examined through a clinical interview and a set of psychological tests that included: personal questionnaire Mini-Mult (MM), a method of measuring an anxiety level (J. Taylor scale), and projective Lüscher color test. Patients also filled in a complex questionnaire about a condition of GIT (220 questions) and a ranged complex test on an assessment of general well-being. Based on the MM profile one can tell that women with IBS were showing a noticeable increase of scales 2, 8, 1 and 7 and a decrease of scale 9. Profiles of men showed a more noticeable decrease of optimism (9th scale) in addition to increased scales 1, 2, 7, 8 and 4. MM profile of both men and women showed the highest picks on scales 2 and 7, that is typical for anxiety and depressive profile. Patients that suffered prevalently from pains showed the most active (in comparison with other cases) picks of depression and anxiety. All other psychological tests generally showed the same results as MM. Psychodiagnostic research of IBS patients showed that psycho-emotional condition of the patients is diverse and depends on what kind of a clinical case of IBS does a patient have.

Keywords: irritable bowel syndrome, psychodiagnostics research, personal characteristics.

В последние несколько десятилетий в нашей стране и за рубежом проводятся исследования, направленные на уточнение и диагностику различных аспектов соматических

и психоэмоциональных расстройств у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Несмотря на достаточно продолжительный опыт исследований по этой тематике и возрастающее количество работ, посвященных изучению особенностей соматического, психического и психологического статусов при СРК, далеки от окончательного понимания механизмы возникновения и клинического течения этого очень распространенного психосоматического расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В настоящее время клинические проявления СРК диагностируются с учетом Римских критериев-III [5]. Данные критерии приняты неоднозначно даже ведущими гастроэнтерологами и порождают ряд вопросов, которые до настоящего времени не решены [8]. Патогенез СРК не до конца ясен, отсутствует единая эффективная схема терапии. Нет и единой точки зрения в отношении типичных для этой патологии психоэмоциональных расстройств, сопровождающих гастроэнтерологическую симптоматику.

Еще четыре десятилетия назад S.J.Young с соавт. (1976) обнаружили более чем у 2/3 больных с СРК нарушения психики в виде истерических, фобических и депрессивных расстройств [10]. В проведенных в дальнейшем исследованиях у больных СРК отмечался высокий удельный вес и полиморфизм психических расстройств, включающих невротические, аффективные и патохарактерологические нарушения [6,7,9].

Помимо описания патологических проявлений со стороны психики, в ряде публикаций приводились результаты исследований, включающих использование психодиагностического инструментария. Основное внимание при этом направлялось на изучение особенностей личности, оценку аффективной сферы и оценку качества жизни [2, 3, 4, 7].

В большинстве исследований, включающих результаты проведенной психодиагностики, давалась лишь общая суммарная картина психологических особенностей пациентов с СРК, однако из них не совсем ясно, какой ведущий клинический вариант СРК (с поносом, запором, болью, смешанной клиникой) выбирался для проведения исследования. Из практики известно, что при видимом единообразии основных форм СРК, объединенных в общую нозологическую единицу, имеются свидетельства заметной неоднородности больных при разных клинических вариантах СРК [1]. Четкое описание личностных особенностей пациентов в рамках основных вариантов этого расстройства может быть полезно для проведения эффективной диагностики и дифференцированного подбора терапии.

Цель работы: исследование личностных характеристик пациентов с СРК с помощью методов комплексной психодиагностики.

Материалы и методы

Обследование проведено на выборке из 82 пациентов (54 жен. и 28 муж.) с синдромом раздраженного кишечника в возрасте от 18 до 45 лет. Диагноз СРК поставлен врачами-гастроэнтерологами на основании клинических проявлений заболевания [5].

У 30 человек (20 жен., 10 муж.) отмечался вариант СРК с преобладанием запоров, у 28 (19 жен., 9 муж.) – вариант с преобладанием поносов, и у 24 (15 жен., 9 муж.) – болевая форма СРК (с преобладанием абдоминальных болей и метеоризма).

Психоэмоциональный статус пациентов с СРК исследовался с использованием клинического интервью и набора психодиагностических тестов, включавших: личностный опросник Мини-мульти (СМОЛ), тест измерения уровня тревожности Дж. Тейлор, тест цветочных выборов М. Люшера.

Обследованные пациенты заполняли также опросник оценки состояния желудочно-кишечного тракта (из 220 вопросов) и комплексный ранжированный тест оценки самочувствия, в баллах оценивающий степень выраженности гастроэнтерологических и психоэмоциональных расстройств.

Результаты обследования

Более 3/4 обследованных мужчин и женщин (64 чел.) в клиническом интервью характеризовали себя как склонных к переменам настроения и самочувствия, фиксации на состоянии здоровья и снижению интереса к общению при обострении со стороны ЖКТ. Падение коммуникативной активности, нарастание пассивности, желание все чаще оставаться дома сочеталось у них с уныло-ворчливым настроением и субъективно тягостным чувством собственной немощи.

У всех 82 пациентов отмечена склонность к следованию социально-нормативным штампам, ссылкам на социальные правила и запреты, и повышенная зависимость своего поведения и оценок от мнения окружающих. В интервью более трети обследованных (31 чел.), признавая аффективную неустойчивость, тревожность, фиксацию на состоянии здоровья, одновременно отрицали наличие психологических проблем.

Сравнение показателей обобщенного личностного профиля Мини-мульти у мужчин и женщин с СРК позволило отметить у пациенток с СРК повышение показателей по 2,8,1,7 шкалам (пессимистичность, индивидуалистичность, сверхконтроль, тревожность) и снижение показателей по 9 шкале (оптимистичность). У пациентов-мужчин с СРК усредненный профиль Мини-мульти характеризовался более низкими показателями оптимистичности (9 шкала), сочетающимися с повышением по 1,2,7,8,4 шкалам (сверхконтроль, пессимистичность, тревожность, индивидуалистичность, импульсивность).

При анализе результатов психодиагностики по Мини-мульти, проведенной в трех основных группах пациентов с различными клиническими вариантами СРК (с

преобладанием запоров, поноса, болей и метеоризма), были отмечены определенные отличия в профилях Мини-мульта, представленные на рисунках 1–3, говорящие о неоднородности психоэмоционального состояния больных.

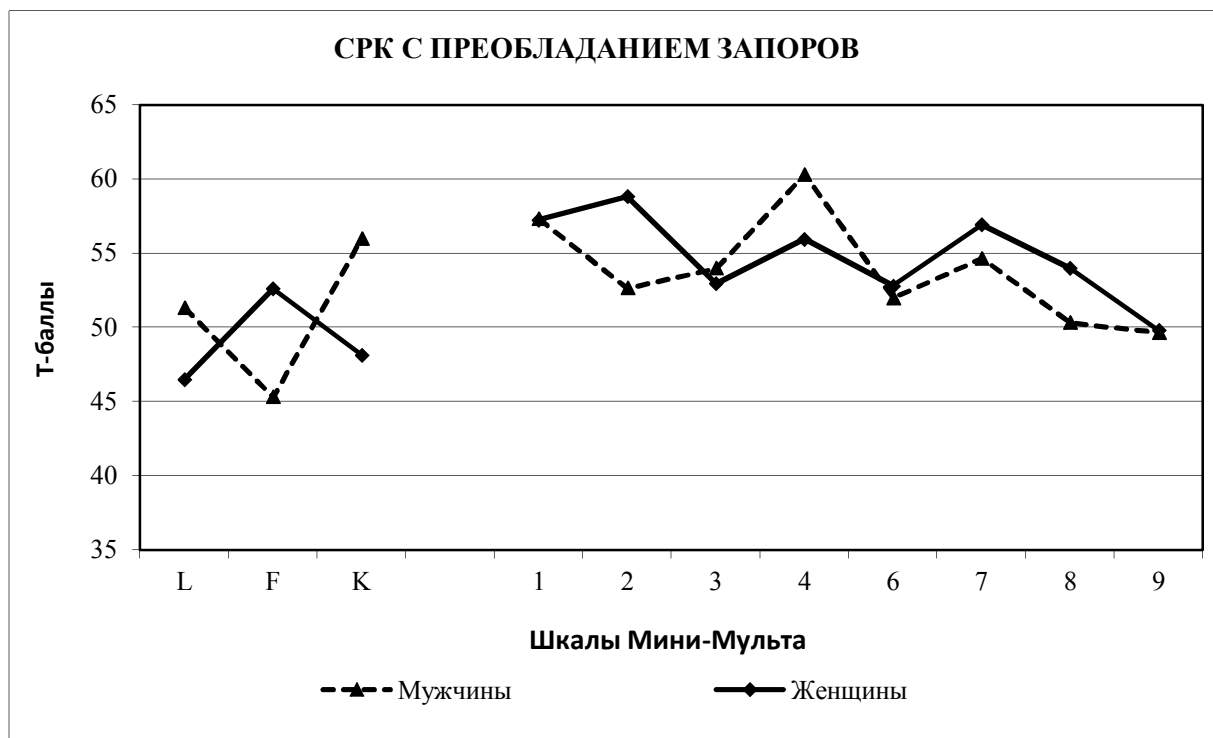


Рис. 1. Усредненный профиль Мини-Мульт у мужчин и женщин при СРК с преобладанием запоров (n=30)



Рис. 2. Усредненный профиль Мини-Мульт у мужчин и женщин при СРК с преобладанием поносов (n=28)

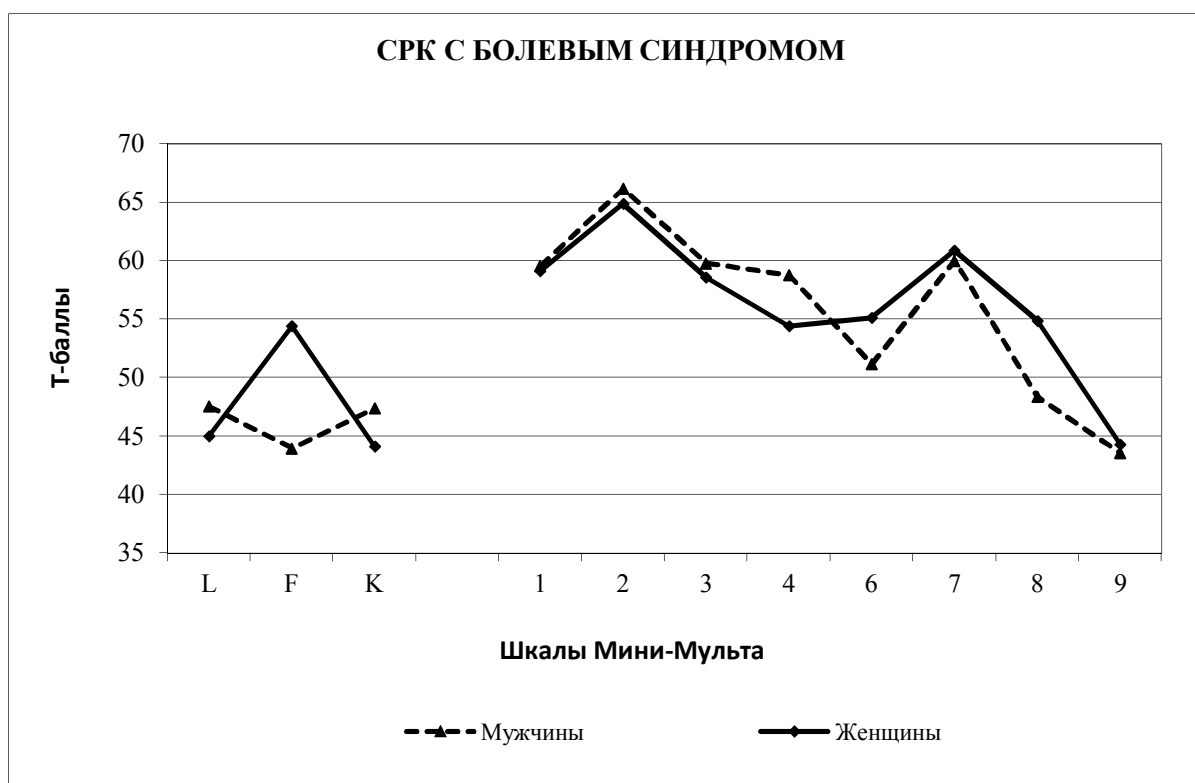


Рис. 3. Усредненный профиль Мини-Мульт у мужчин и женщин при СРК с преобладанием абдоминальных болей (n=24)

На всех трех представленных рисунках (рис.1,2,3) можно отметить общую тенденцию к подъему показателей по 7 шкале (тревога), характерную для всех вариантов СРК, и повышенных по сравнению с другими шкалами показателей по 2 шкале (депрессия) при большинстве вариантов течения СРК (кроме снижения показателей 2 шкалы, характерной для профиля пациентов-мужчин с преобладанием запоров).

Наибольшие значения по 2 и 7 шкалам позволяло говорить, вне зависимости от пола обследованных, о тревожно-депрессивном профиле Мини-мульт, при котором имелась склонность к пессимистической оценке перспектив в сочетании с внутренней напряженностью, тревогой и страхом.

Некоторое повышение профиля на 1 шкале, также характерное для всех профилей, могло указывать на обеспокоенность состоянием своего здоровья.

При варианте с преобладанием запоров (рис.1) у мужчин снижение показателей по 2 шкале (депрессия) по Мини-мульту сопровождалось заметным повышением по 4 шкале (импульсивность). Результаты опроса больных с этим вариантом СРК показали, что мужчины по сравнению с женщинами становились более ворчливыми, капризными и отличались большей импульсивностью, несдержанностью и даже эпизодами гневливости. Кроме того, мужчины отличались меньшей рефлексивностью по сравнению с женщинами.

Для женщин с запорами было скорее типично реагирование со снижением настроения, неуверенностью и пассивностью, склонность к самокопанию и самокритике.

При варианте с преобладанием жидкого стула (рис. 2) у мужчин при ведущих подъемах по 7 (тревога) и 2 (депрессия) шкалам несколько ниже были показатели по 4 (импульсивность) и 9 (оптимистичность) шкалам. Это могло проявляться в снижении активности, осторожности, большей сдержанности, стремлении к консервативному поведению. У женщин со склонностью к поносам вместе с тревожностью и снижением настроения могла наблюдаться более выраженная суетливость, доходящая до эпизодов ажитации. На профиле Мини-мульта такое поведение проявлялось в виде наибольших по сравнению с другими клиническими вариантами СРК показателей по 9 шкале.

При варианте СРК с преобладанием болей (рис. 3) наблюдались наиболее выраженные (по сравнению с другими вариантами СРК) показатели по 2-ой (депрессия) и 7-ой (тревога) шкалам. При этом как у мужчин, так и у женщин с абдоминальными болями отмечались наиболее низкие показатели по 9-ой шкале, показывающие снижение активности, сопровождающиеся ангедонией, сужением интереса к происходящему, с усилением внимания к состоянию здоровья.

При тестировании пациентов с СРК другими психодиагностическими методами в психоэмоциональной сфере отмечено преобладание депрессивного аффекта – либо в типичных проявлениях «депрессивной триады», либо в комбинации с тревожным спектром расстройств.

В зависимости от варианта расстройств стула при СРК отмечались разные уровни тревоги (по тесту Дж.Тейлор) у 82 обследованных. При этом у мужчин независимо от формы расстройства стула показатели уровня тревожности по тесту Тейлор были в целом меньше, чем у женщин, и составляли 15 усл. ед. (при запорах) и 20 усл. ед. (при диарее), при норме до 13 усл. ед., против вдвое больших показателей тревожности у женщин (27 и 33 усл. ед.).

Отмечена определенная зависимость между интенсивностью абдоминальной боли и выраженностью тревожных расстройств. Пациенты с интенсивными и частыми болями имели более высокие показатели уровня тревоги по тесту Дж.Тейлор. По сравнению с мужчинами женщины легче переносили абдоминальные боли. У мужчин уровень тревоги повышался по мере роста интенсивности болей, доходя до 38 усл. ед. в случаях сильных абдоминальных алгий, в то время как при подобной интенсивности боли у женщин уровень тревоги имел меньшие показатели (32 усл. ед.), что может говорить о более спокойном субъективном восприятии женщинами интенсивных абдоминальных болей.

Диагностика больных с синдромом раздраженного кишечника проективным тестом цветовых выборов М. Люшера также подтвердила наличие повышенной ситуативной

тревожности как у мужчин, так и женщин при всех клинических формах этого расстройства ЖКТ.

Полученные данные подтвердили результаты ранее проведенного в соавторстве с М.В. Коркиной и В.В. Мариловым исследования личностной структуры больных с СРК, в котором отмечено преобладание в психоэмоциональном состоянии тревожно-депрессивного проявлений на фоне разнообразных вариантов пограничной психической патологии [6].

Заключение

Результаты проведенного психодиагностического исследования у пациентов с СРК указывают на неоднородность психоэмоционального состояния при различных клинических вариантах заболевания. Комплексное психологическое исследование больных с синдромом раздраженного кишечника показало преобладание у них тревожно-депрессивных расстройств в качестве ведущей личностной характеристики. Полученные при исследовании данные могут быть использованы для уточнения и большего понимания структуры личности пациентов с СРК, а также для построения дифференцированной системы психокоррекции при этом психосоматическом расстройстве ЖКТ.

Список литературы

1. Алексеенко С.А., Крапивная О.В. Современный подход к диагностике и лечению синдрома раздраженной кишки с запором // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 22-24.
2. Веретенникова А.А. Клинико-психологические особенности пациентов с патологией кишечника // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – Т. 2, № 2. – С. 57.
3. Ганчо В.Ю., Успенский Ю.П., Гриневич В.Б. и др. Психосоматические особенности, качество жизни и клиническая эффективность флувоксамина (феварина) у больных с синдромом раздраженного кишечника // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С.76-78.
4. Козлова И., Мялина Ю.Н., Лекарева Л.И., и др. Психологические особенности пациентов с функциональными и воспалительными заболеваниями кишечника // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 1. – С.80-85.
5. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей. – М. : Форте принт, 2012. – 52 с.
6. Марилов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21-27.

7. Роганов Д.А. Аффективные расстройства при синдроме раздраженного кишечника (клинические особенности, диагностика, лечение) : автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
8. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели?// Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т.17, № 2. – С. 63-68.
9. Walker E.A., Katon W.J., Jemelka R.P., et al. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study // Am-J-Med., 1992, Jan 24; 92(1A) – P.26-30.
10. Young S.J., Alpers D.H., Norland C.C., et al. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome. Practical implications for the primary physician // Gastroenterology. – 1976. – Vol. 70. – P. 162-166.