

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ВЗК

ЯК относится к заболеваниям, при которых уже на ранних этапах обнаруживается обуславливающая их психотравмирующая ситуация. Эрих Линдемманн (E. Lindemann), специалист по проблемам социальной психиатрии, считал ЯК соматическим эквивалентом и частью неудачного изживания разлуки и печали. Burrill Bernard Crohn уже при первом описании заболевания, названного впоследствии в его честь, обнаружил «психические побочные явления» у больных и поставил вопрос, не приводит ли к заболеванию или его осложнениям особая личностная ранимость и насколько имеющиеся у больных психические изменения являются вторичными, возникающими как следствие тяжелого хронического соматического заболевания.

Представление о тесной взаимосвязи самочувствия человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в современной медицине и медицинской психологии. Восприятие пациентами своего заболевания влияет на повседневную жизнь и самочувствие, что является важным фактором оценки здоровья пациентов в клинической практике. Психосоматические взаимосвязи требуют не только индивидуального подхода к диагностике, но и дифференцированных показаний к проведению психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий. Такой принцип, опирающийся на единство телесного и душевного, обеспечивает правильный подход к больному, что необходимо во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения.

Распространенность депрессии и тревоги у больных с ВЗК даже в период ремиссии может достигать 29–35%. При этом пациенты с БК демонстрируют более высокие уровни тревоги и депрессии, а также более выраженную невротизацию по сравнению с таковыми у больных ЯК. Исследования профиля личности продемонстрировали, что у 1/3 пациентов с БК имеют место патологические типы личности, с преобладанием

ипохондрии и депрессии. Психические расстройства при ЯК, как правило, ограничиваются неспецифическим астеническим синдромом в рамках соматогенной астении с гиперестезией (повышенная чувствительность к внешним раздражителям, эмоциональная неустойчивость, слезливость) и тревожно-фобическим синдромом как нозогенной реакцией на заболевание, опасением за здоровье и будущее, обусловленным болезнью. Ипохондрические проявления при ВЗК превалируют в сознании пациентов, определяют как содержание мыслей, так и поведение (доминирование идеи болезни кишечника с подчиненной или дезактуализированной ролью других сфер жизни и повседневной активности). В ряду типичных проявлений ипохондриии выступают: фиксация на функции кишечника и связанных с ней явлениях соматического неблагополучия, избирательность и ригидность в соблюдении диетических и лекарственных рекомендаций гастроэнтерологов, склонность к самолечению с разработкой иррациональных (с медицинской точки зрения) диетических и медикаментозных схем. Распространенность ипохондрических расстройств при ВЗК колеблется от 42,1 до 55,6%, при этом у 15,8–33,3% пациентов наблюдаются расстройства личности шизофренического спектра, проявления эндогенного процесса реализуются в рамках вялотекущей ипохондрической формы.

В последние годы много внимания уделяется изучению «функциональных» симптомов у пациентов с ВЗК. Недавно опубликованный метаанализ исследований у больных с ВЗК в стадии ремиссии показал, что 25–46% из них имеют симптомы, подобные синдрому раздраженного кишечника (СРК): при ЯК – до 35%, при БК – до 46% пациентов. По данным отечественных авторов, СРК-подобные симптомы при ВЗК в стадии ремиссии встречаются у 33–39% больных. При этом по показателям депрессии, актуальной тревоги, алекситимии и выраженности психопатологических и поведенческих симптомов больные с СРК достоверно не отличаются от больных с ВЗК в стадии ремиссии с СРК-подобными симптомами. Следует также подчеркнуть, что у пациентов с сочетанной патологией (ВЗК + СРК) идиопатические алгии в рамках синдрома

сверхценной ипохондрии формируются задолго (как минимум за 3 года) до манифестации развернутых проявлений ВЗК и сохраняют доминирующее положение в клинической картине. Развитие типичных проявлений ВЗК не оказывает существенного влияния на общий модус поведения пациентов, даже несмотря на их осведомленность о потенциальных угрожающих здоровью и жизни последствиях ВЗК.

Сам факт заболевания является мощным стрессором, подвергающим серьезному испытанию адаптационные ресурсы организма. В условиях хронического рецидивирующего заболевания особенно актуальной становится проблема адаптации к условиям лично-средового взаимодействия и болезни в частности. В этой связи принципиальную значимость, помимо биологических составляющих, приобретают предпочитаемые пациентом способы совладания (копинг) со стрессом, механизмы психологической защиты. В дебюте заболевания, как правило, преобладают установки «решительной борьбы с болезнью», «поддержания в себе мужества», «точно следовать предписаниям врача» и т. д. При хроническом течении не только наступает снижение податливости к лечению, но и появляются различные формы переработки болезни. Наличие психопатологических изменений определяет формирование дезадаптивного поведения и соотносится у больных ВЗК с тенденцией к защитному уходу от трудностей, вызывающих эмоциональное напряжение и чувство беспомощности, формирует у больных зависимость от окружающих, потребность в безусловной опеке и поддержке, что выражается в доминировании стратегии «поиск социальной поддержки».

Значение психологических переменных в этиологии ВЗК до сих пор остается спорным и рассматривается в основном как триггерное звено, однако их роль в возникновении рецидивов, резистентности к лечению и влияние в целом на процесс адаптации к заболеванию и его компенсации вполне очевидны. Многие авторы отмечают, что у больных, проявляющих комплаентность и воспринимающих ориентированные на свои проблемы установки, продолжительность периодов обострений короче, чем у тех

пациентов, которые проявляют выраженные депрессивные тенденции, склонность к жалости к самому себе и к отрицанию болезни.

Для всесторонней оценки пациентов с точки зрения клинициста является информативным и важным осуществить целостный подход к больным, учитывая не только клинические параметры заболеваний, но и психологические характеристики пациентов. Для оценки психоэмоционального статуса пациентов в общей врачебной практике могут быть использованы разнообразные методики, для первичной интерпретации которых нет необходимости привлекать специалиста-психолога: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale), неспецифический опросник для оценки качества жизни (КЖ) (Medical Outcomes Study-Short Form, MOS SF-36), опросник боли MPQ (McGill Pain Questionnaire), опросник по определению КЖ пациентов ВЗК IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), опросник Яхина – Менделевича для определения степени невротизации пациентов, опросник копинг-стратегий Р. Лазаруса (Ways of Coping Questionnaire, WCC) и др.

Не вызывает сомнения, что больные ЯК и БК нуждаются в постоянном наблюдении. Оценка КЖ и психического статуса пациентов с ЯК и БК в ходе динамического наблюдения является важным составляющим компонентом ведения больных. Психотерапия ассоциированных с коморбидной соматической патологией психосоматических расстройств требует строго индивидуального подхода. Терапия расстройств легкой и средней степени тяжести может осуществляться в медицинских учреждениях общего типа, т. е. привлечение психиатра возможно только с согласия больного.

Основные практические рекомендации:

1. При использовании психофармакологических препаратов целесообразно ограничиваться проведением монотерапии, используя в качестве стартовых доз минимальные из рекомендуемых производителем.

2. При наличии проявлений тревоги (8 баллов и выше по подшкале тревоги опросника HADS) целесообразно назначение анксиолитиков:
 - Гидроксизин (*Атаракс*) – предпочтителен у больных с преобладанием диареи, при выраженных вегетативных нарушениях; средняя доза составляет 50 мг/сут (12,5 мг утром, 12,5 мг днем и 25 мг на ночь). Курс лечения – 1–2 месяца.
 - Фабомотизол (*Афобазол*) – действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического и легкого стимулирующего эффектов. Особенно показано применение препарата у лиц с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Оптимальная суточная доза – 30 мг, распределенные на 3 приема. Длительность курсового применения – 2–4 недели.
 - Тофизопам (*Грандаксин*) – особенно эффективен в отношении астено-вегетативных расстройств, сопровождающих тревогу. Рекомендуемая дозировка – 100 мг/сут в 2 приема. Длительность курсового применения – 4 недели.
 - Этифоксин (*Стрезам*) может быть эффективен за счет устранения тревожно-невротических проявлений: тревоги, напряжения, психо-вегетативных расстройств, нарушений сна. Препарат назначают по 50 мг 3 р/сут. Курс лечения – 4 недели.
3. Назначение антидепрессантов может быть рекомендовано при сочетании вегетативных дисфункций с тревожно-депрессивными расстройствами, однако следует учитывать нежелательные гастроинтестинальные проявления. Так, при использовании селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам) и венлафаксина возможны усиление диарейного синдрома, повышение риска геморрагических осложнений. В целом, учитывая множественные лекарственные взаимодействия этой группы препаратов, желательно привлечение к их назначению психотерапевта.