

УДК: 616.33-002.44:616.89-07

**ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ****Курамшина О.А., Кофанова Ю.А., Габбасова Л.В., Крюкова А.Я.***ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава,  
Уфа, e-mail: liligab@yandex.ru*

В данной статье приведены балльная оценка влияния психосоциальных факторов, стресса на организм человека, психосоматические особенности при язвенной болезни как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии с применением методик оценки стрессоустойчивости по Холмсу и Рею, 16-факторного личностного опросника Кеттела, шкалы депрессии по Беку.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, стресс, стрессоустойчивость**PSYCHOSOCIAL FACTORS AND ULCER DISEASE****Kuramshina O.A., Kofanova Y.A., Gabbasova L.V., Kryukova A.Y.***State Educational Institution of High Professional Education «Bashkirian State Medical University»  
of Ministry of Healthcare and Social Development of Russian Federation, Ufa, e-mail: liligab@yandex.ru*

This article discusses the influence score of psychosocial factors, stress on the human body, psychosomatic characteristics in ulcer disease in the acute stage and in remission with the use of valuation techniques for stress resistance and Ray Holmes, a 16-factor personality questionnaire Kettela, the scales of depression Beck.

**Keywords:** ulcer, stress, stressstability

**Цель исследования** – изучить влияние психосоциальных факторов у больных язвенной болезнью, оказывающих влияние как на формирование, так и на рецидив заболевания. Использована методика Холмса и Рея, позволяющая оценить тип защитных механизмов при обычных жизненных ситуациях, определить стрессоустойчивость. Коррекция адаптационно-защитных механизмов позволит значительно повысить эффективность лечения.

Холмс и Рей в 1964 г. предложили анкету для исследования повседневного стресса, с помощью которой появилась возможность оценить влияние обычных жизненных ситуаций на конкретного человека. В анкету включены 4 группы вопросов, касающихся личных, семейных, профессиональных и финансовых проблем. При этом исследуемый оценивает в баллах усилия, которые он затрачивает на то, чтобы адаптироваться к той или иной ситуации.

Клиницистам и гастроэнтерологам хорошо известно, какую роль играет стресс в дебюте и обострении язвенной болезни (ЯБ). При выявлении у больного причин заболевания довольно часто пациенты говорят «у меня все случилось на нервной почве», «во всем виноваты стрессы» и т.д. Так как же расценить «на нервной почве», «от стресса»? Какова взаимосвязь между этими распространенными понятиями и язвенной болезнью? Человек – социальное существо и эти понятия, безусловно, связаны с его жизненными условиями. Поэтому их необходимо рассматривать как психосоциальные факторы, связанные с заболеванием, в частности с язвенной болезнью. При этом в психотерапевтической практике у

больных язвенной болезнью они могут быть с одной стороны тесно связаны с психикой человека, а с другой – являться факторами болезни, т.е. речь идет о стрессе и интрапсихическом конфликте.

Ганс Селье определил стресс как неспецифический ответ организма на любое раздражение или требование. При этом с точки зрения стрессовой реакции не имеет значение, приятна или неприятна ситуация, в которой он оказался, и большое значение имеет интенсивность ответной реакции.

Обычно в понятии больных (да и здоровых) лиц стресс – это неприятное событие. Однако, анализируя ситуацию у больных ЯБ, мы учитывали несколько моментов: это, прежде всего оценка «стрессогенности» данной конкретной ситуации, которая связана как с физическим состоянием пациента (изменение места жительства, привычного ритма и физических нагрузок на работе), так и с его психологическим состоянием (ухудшение финансового положения, изменение семейного статуса и пр.). Обращали внимание на так называемый «неспецифический» ответ, включающий компоненты адаптационного поведения: это эмоциональный, когнитивный, вегетативный, гормонально-метаболический и соматически обусловленной реакции.

Далее определяли потребности в защите больного человека, которые отличались своей интенсивностью в адаптации, именно поэтому различали чрезвычайный и повседневный стресс. Чрезвычайный стресс – это ситуация, не совместимая с привычной для человека повседневной психологической нагрузкой, сопровождающейся угрозой жизни в физическом или психологическом плане.

На чрезвычайный стресс человек реагировал остро-аффективной реакцией, нарушением восприятия, инстинктивным поведением.

Через 4–6 недель после чрезвычайно-го стресса возможно возникало так называемое посттравматическое расстройство, клинические проявления которого зависели от личностных особенностей больного, от субклинических предпосылок болезни, наличия других гастроэнтерологических заболеваний, находящихся на стадии предболезни. При этом у больного наступала инверсия аффекта по типу «стокгольмского синдрома», когда ненависть к преступнику замещалась любовью к нему.

Повседневные стрессы делили на острые и хронические. К острым относили служебный конфликт, потерю большой суммы денег, утрату близких родственников и т.д. Хронические стрессы возникают при длительном воздействии определенного психологического воздействия: наличие в семье тяжелобольного, профессиональная неудовлетворенность, тяжелые материально-бытовые условия, дисгармония в семейных отношениях и т.д.

Нами проведено исследование 57 больных ЯБ в стадии обострения и в стадии ремиссии (44 пациента – ЯБДК и 13 больных ЯБЖ) и 30 здоровых лиц – контрольной группы. Анализ исследования показал, что самым тяжелым событием для адаптации является смерть близкого человека, которое было оценено в 100 баллов. Помолвка сына или дочери оценена в 50 баллов, изменение места жительства в 20 баллов, потеря большой суммы денег – в 38 баллов. Минимально 13 баллов оценено изменение повседневного проведения отпуска. Таким образом, появились количественные показатели – единицы измерения или Life Change Units (LCU), отражающие сумму баллов тех событий, которые произошли за последние полгода или год. Установлено, что если у человека LCU менее 150 баллов, то маловероятно, что у него в ближайшее время наступит обострение или возникнет обострение заболевания. При колебаниях 150–300 баллов процент ухудшения соматического состояния в ближайшие 3 месяца составляет 50%, а при показателе LCU более 300 единиц вероятность ухудшения состояния составляет 85%, и пациенты характеризуются низкой сопротивляемостью к стрессу (высокая ранимость). Причем при таком высоком стрессе возможны обострения не только психогенных страданий, но и всего спектра соматических заболеваний. С помощью используемой методики возможно не только прогнозирование предстоящего ухудшения состояния, наступления обострения ЯБ, но и установление характерных стрессовых ситуаций, на которые больной

отвечает определенными клиническими проявлениями (синдромами). Оценку личностных качеств производили путем применения 16-факторного опросника Кеттела, анализ депрессии с использованием анкеты Бека.

Так, на «стресс утраты» больные чаще реагировали формированием депрессивных синдромов, отмеченный у 67,3%, «стресс угрозы» чаще приводил к дистресс-синдрому вегетативной нервной системы (вегетативному неврозу) у 59,1%. Оказалось, женщины наиболее тяжело адаптируются к изменениям в личной жизни, а мужчины – профессиональной. Психологические реакции у больных наиболее выражены и зависят от ритма обострения ЯБ (весна, осень).

В процессе исследования возник вопрос: почему при равном уровне стресса одни больные ЯБ реагируют обострением заболевания, а другие нет? Этот вопрос активно изучается, и наши выводы совпадают с результатами многих исследователей. Ответ на стресс, прежде всего, зависит от личностной характеристики человека, умения совладать со стрессом, состояния защитных механизмов (гормональных, неврогенных, вегетативных и др.), а также социального фактора. При сравнительном исследовании личностных характеристик больных ЯБ, имеющих более 300 баллов по шкале Холмса и Рея как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии. Оказалось, что пациенты с обострением ЯБ по шкале Бека характеризовались нигелизмом, чувством бессилия, социальной отчужденностью, непредприимчивостью, подавленным настроением – 36,8% в противовес в стадии ремиссии, 19,5%, критерий статистики 1,7;  $p < 0,04$ .

Стрессоустойчивость в группе больных ЯБ даже в стадии ремиссии характеризовалась такими личностными качествами, как чувство собственной значимости, социальная лидерская позиция, способность принимать на себя большие обязательства, уверенность в возможности контролировать события. По шкале Кеттела (факторы I – мужественность, стойкость, практичность; Q2 – самодостаточность, предпочитает работать один) набрали 69,3% пациентов.

Таким образом, активная жизненная позиция, уверенность в себе и своих поступках значительно повышает устойчивость к стрессу. И напротив, личности, склонные к депрессии и ипохондрии, страдающие мнительностью, имеющие истерические наклонности, быстрее декомпенсируют при высоком уровне стресса, чем лица, у которых минимально выраженные акцентуации личности. Кроме того, необходимо выяснить, что повлияло и когда сформировались беспомощность и неконтролируемое поведение,

эмоциональная депривация и тревожность и т.д. Чаще драматические ситуации возникают в неполных семьях, семьях алкоголиков и др. Возникают эмоциональные конфликты, психологическая несовместимость, которые стимулируют формирование тревожности и существенно снижают толерантность к стрессу. В подобных условиях с детства формируется чувство неуверенности и беспомощности, неспособность влиять на происходящие события. На основании прошлого опыта строится пессимистический прогноз и снижается толерантность к стрессу.

Полученные результаты совпадают с мнением В.Н. Мясищева, который представляет «несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности... и эти переживания становятся источником болезни, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности». Это можно выразить иными словами: конфликт возникает между двумя несовместимыми мотивами, каждый из которых является значимым для индивида.

Каждый больной и здоровый человек пребывает во внешней среде, к которой он должен адаптироваться, от каждого требуется соблюдение определенных социальных норм, при этом у каждого человека возникает интрапсихический конфликт. У больных язвенной болезнью чаще выявлены в сравнении с лицами контрольной группы конфликты с агрессивными тенденциями личности и конформными установками, сексуальными побуждениями и моральными требованиями социума, потребностями в эмоциональных привязанностях и неспособностью их поддерживать. В этой ситуации, чтобы адаптироваться, человек проявляет свои психологические защитные механизмы, которые автоматически защищают свое «Я» от неприятностей, позора, страха. Эти механизмы бессознательны и направлены на смягчение психологического дискомфорта.

Различают несколько типов защитных психологических механизмов. Это перцептуальная защита, которая состоит в нарушении поступления информации за счет повышения порога чувствительности к данному роду информации.

Второй тип построен на вытеснении репрессии такой информации и удалении ее из сферы сознания. Третий тип защитных механизмов характеризуется переработкой информации за счет переоценки «реструктуризации», «рационализации», «отысканием позитивных мотивов». Четвертый тип – регрессия, т.е. вариант поведения, при котором субъект возвращается к прежним привычкам, к более простым способам удовлетворения желания (например, булимия).

Важна роль стратегии совладания или копинг-стратегии, направленной на активное изменение ситуации и удовлетворение потребности. Это сознательная, конструктивная деятельность, сотрудничество, покорность и смирение, протест, игнорирование и другие. Для того чтобы развить эти чувства, исследуемые больные язвенной болезнью были охвачены образовательными программами по типу гастршколы.

Значительную роль в стрессоустойчивости и стрессодоступности играет окружение человека, или социальная система поддержки. Это обстановка, наличие длительных межличностных связей с группой людей, которые в необходимых случаях осуществляют поддержку, помощь, резерв оценки и мнения. Системы социальной поддержки могут быть на уровне близкородственных связей, друзей, знакомых, сотрудников, которые взаимодействуют, обеспечивая адаптацию, как на сознательном, так и на бессознательном уровне.

Таким образом, анализ исследований показал, что больные ЯБ, обеспечивая себе социальное существование, постоянно испытывают влияние жизненных стрессов и давление внутреннего конфликта, не осознавая их. При этом недостаточность адаптации приводит к дезадаптации и формированию ЯБ, обуславливая их течение и прогноз. Познание и коррекция механизмов действия стрессов, а также механизмов защиты от их негативного воздействия обеспечивает индивидуальное дифференцированное и более эффективное лечение больных язвенной болезнью.

#### Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: пер. с англ. – М.: ЭКСПО-Пресс, 2002.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М., 1984.
3. Гринберг Д.Ш. Управление стрессом. – 7-изд. – СПб.: Питер, 2002.
4. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата, 1990.
5. Когнонас, Р. Основы психологического консультирования. – М., 1998.
6. Селье Г. Очерки об адапционном синдроме. – М.: Наука, 1979. – 126 с.
7. Симаненков В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. – СПб., 2008. – С. 199–222.
8. Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1990.
9. Юнг К.Г. Человек и симптомы. – М., 1997.

#### Рецензенты:

Юлдашев В.Л., д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Уфа;

Амиров А.Ф., д.п.н., зав. кафедрой педагогики и психологии с курсом ИПО ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Уфа.

Работа поступила в редакцию 12.05.2011.