

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАТЕГОРИИ «ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ»

Алексеева Е.С.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра поликлинической терапии, г. Минск

Ключевые слова: часто и длительно болеющие пациенты, адаптация.

Резюме: у часто и длительно болеющих пациентов наблюдается более высокий уровень тревожности, наблюдаются отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации по сравнению с группой контроля.

Resume: in patients with frequent and long-term illnesses, a higher level of anxiety is observed, deviations from the optimum of the neuropsychic component of adaptation are observed in comparison with the control group.

Актуальность. Высокая распространенность рецидивирующих воспалительных процессов является одной из важнейших проблем в современной медицине. В последние десятилетия частые простудные заболевания рассматриваются с позиции психосоматических расстройств, а оценка адаптационных возможностей организма все чаще рассматривается как один из важных критериев здоровья. К числу нарушений личностной сферы часто и длительно болеющих (ЧДБ) пациентов относят деформацию системы психологических защитных механизмов как одной из важнейших адаптационных систем.

В Республике Беларусь к категории «часто и длительно болеющие» относятся пациенты, которые часто (6 и более раз в году) или длительно (более 40 календарных дней в году суммарно) переносят острые заболевания [1].

Изучение адаптации, уровня тревожности и качества жизни пациентов группы «ЧДБ» является социально и экономически важным исследованием для нахождения путей воздействия еще на стадии предболезни, что может снизить заболеваемость в данной группе.

Цель: изучение психоэмоциональных особенностей пациентов категории «часто и длительно болеющие» в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 81 пациент, которые были разделены на 3 группы:

I группа - 22 человека, относящихся к категории ЧДБ, II группа - 29 пациентов, болеющих 4-5 раз в год, III группа - 30 практически здоровых пациентов – контрольная группа

Обследование проходило в период клинической ремиссии.

В исследовании преобладали женщины – 75 человек (92,6%), мужчин было 6 (7,4 %). Средний возраст пациентов составил $29,3 \pm 1,48$ лет.

В ходе исследования были использованы следующие опросники: тест нервно-психической адаптации (И. Н. Гурвич), шкалы ситуативной и личностной тревожности - опросник Спилберга – Ханина (СТ и ЛТ), Торонтская шкала алекситимии (TAS).

Состояние адаптации оценивалось качественно: отвечающее физиологической норме (ФН), напряжение механизмов адаптации (НА) или срыв адаптации (СА).

Результаты исследований обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2016г.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным шкалы нервно-психической адаптации И.Н.Гурвича нормальное состояние адаптации наблюдалось у 15 человек (18,6%), при этом в I группе – 3 (13,6%), во II группе -5 (17,2%), III группе -7 (23,3%); донозологическое состояние – у 27 человек (33,3%): в I группе – 7(31,8 %), во II группе 8 (27,6 %), III группе - 12 (40,0%); срыв адаптации – у 39 человек (48,1%) обследованных: причем в I группе – 12 (54,6 %), во II группе – 16 (55,2 %), III группе -11 (36,7%) (Табл.1).

Табл.1. Состояние нервно-психической адаптации в исследуемых группах

Группа	Физиологическая норма	Напряжение механизмов адаптации	Срыв адаптации
I (n=22)	3 (13,6%)	7 (31,8 %)	12 (54,6 %)
II (n=29)	5 (17,2%)	8 (27,6 %)	16 (55,2 %)
III (n=30)	7 (23,3%)	12 (40,0%)	11 (36,7%)
Всего (n=81)	15 (18,6%)	27 (33,3%)	39 (48,1%)

У исследуемых групп ЧДБ (I) и II группе (болеющих 4-5 раз в год) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации, по сравнению с группой контроля: срыв адаптации 54,6% и 55,2% в I и II группах по сравнению с 36,7% в III группе ($p<0,05$).

Алекситимия - это сниженная способность или затрудненность в вербализации (выражении словами) эмоциональных состояний и чувств. Алекситимия свойственна людям, которые по тем или иным причинам ограниченно перерабатывают, а значит, осознают эмоциональные впечатления, переживания, чувства, причины поступков.

Признаки алекситимии: трудность в определении (понимании) и описании словами собственных переживаний, чувств; сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; бедность фантазии, воображения, очень редкие сновидения; заострение внимания в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Алекситимия ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению. Этим объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко приводит к развитию психосоматических заболеваний и может способствовать рецидивированию респираторной инфекции [2].

Наличие алекситимии определялось по анкетированию с использованием Торонтской шкалы алекситимии. Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель «алекситимичности». Результаты могут распределиться в интервале от 26 до 130 баллов. «Алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. «Неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Оказавшиеся в интервале от 62 до 74 баллов относятся к группе риска наличия алекситимии. В таблице 2 представлено распределение данных типов среди редко и часто болеющих пациентов.

Табл. 2. Наличие алекситимии в исследуемых группах

Тип личности	I группа	II группа	III группа
«Алекситимический» (n=20)	7 (31,8%)	12 (41,4%)	9 (30,0%)
"Неалекситимический" (n=29)	9 (40,9%)	11 (37,9%)	14 (46,7%)
Группа риска по алекситимии (n=30)	6 (27,3%)	6 (20,7%)	7 (23,3%)

Распространенность алекситимии выше во II группе - болеющих 4-5 раз в год (41,4%) по сравнению с ЧДБ и практически здоровыми пациентами (31,8 и 30% соответственно), $p < 0,05$. В I и III группах встречаемость алекситимии находится на одном уровне, без достоверных различий.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный или желательный уровень тревожности - это полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий "веер" ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личностная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Личности, относимые к категории высокотрехотных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа. Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только личностную,

или состояние тревожности, либо более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние является методика, предложенная Ч. Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю. Л. Ханиным.

При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 - низкая тревожность; 31- 45 - умеренная тревожность; 46 и более - высокая тревожность (Табл.3).

Табл. 3. Уровень тревожности в исследуемых группах

Тревожность	I группа (n=22)	II группа (n=29)	III группа (n=30)	Всего (n=81)
Личностная тревожность (ЛТ)				
низкая ЛТ	5 (22,3%)	8 (27,6%)	12 (40%)	25 (30,9%)
умеренная ЛТ	11 (50%)	14 (48,3%)	11 (36,7%)	36 (44,4%)
высокая ЛТ	6 (27,3%)	7 (24,1%)	7 (23,3%)	20 (24,7%)
Ситуативная тревожность (СТ)				
низкая СТ	7 (31,8%)	9 (31,0%)	14 (46,6%)	30 (37,0%)
умеренная СТ	9 (40,9%)	15 (51,7%)	8 (26,7%)	32 (39,5%)
высокая СТ	6 (27,3%)	5 (17,3%)	8 (26,7%)	19 (23,5%)

ЧДБ пациенты по сравнению с группой контроля имеют более высокий уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной (27,3%), что может быть причиной нарушения адаптации - одной из причин развития частых заболеваний ($p < 0,05$).

Выводы:

1. У испытуемых групп ЧДБ (I) и II группе (болеющих 4-5 раз в год) выявлены значительные отклонения от оптимума нервно-психической составляющей адаптации, по сравнению с группой контроля: срыв адаптации 54,6% и 55,2% в I и II группах по сравнению с 36,7% в III группе ($p < 0,05$).

2. ЧДБ пациенты по сравнению с группой контроля имеют более высокий уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной (27,3%), что может приводить к нарушению адаптации - одной из причин развития частых заболеваний ($p < 0,05$).

3. Распространенность алекситимии выше во II группе - болеющих 4-5 раз в год (41,4%) по сравнению с ЧДБ и практически здоровыми пациентами (31,8 и 30% соответственно), $p < 0,05$. В ходе исследования не выявлены достоверные различия в распространенности алекситимии среди редко и часто болеющих пациентов, что ставит под вопрос влияние алекситимии на склонность к рецидивированию заболеваний.

Литература

1. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21631254>. Дата доступа: 05.05.2018. 1665
2. Шпаковская, О. Г. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения / О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов // Медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С.31-38

Репозиторий БГМУ