

Наумова Е.А.<sup>1</sup>, Ушаков В.Ю.<sup>2</sup>, Удовиченко С.К.<sup>3</sup> ©

<sup>1</sup>Д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии; <sup>2</sup>д.м.н., начальник медико-санитарной части ОАО «Газпромтрансгаз Саратов»; <sup>3</sup>интерн кафедры факультетской терапии, <sup>1,3</sup>ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России»

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ И СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ, УРОВНЕМ САМООЦЕНКИ, ОТНОШЕНИЕМ К БОЛЕЗНИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ

### *Аннотация*

*В статье исследуется взаимосвязь между наличием и степенью выраженности симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни и клинической картиной. По стандартным методикам больным проводилось общее клиническое исследование. Для выявления тревожно-депрессивных расстройств пациентам использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, для определения уровня субъективного контроля - ИРС – тест, для определения уровня самооценки - шкала самоуважения Rosenberg. Тревожные симптомы во всех возрастных группах встречались чаще у женщин ( $p=0,003$ ), а в возрасте старше 75 лет достоверно возросла частота депрессивных расстройств у мужчин ( $p=0,006$ ). Все пациенты имели сбалансированные внешний и внутренний локусы контроля. В группе больных с патологией кишечника локус контроля был смещен в сторону фатальной экстернальности ( $p=0,003$ ). С возрастом больных самооценка закономерно снижалась. Чаще других были подвержены депрессии ( $p=0,003$ ) пациенты с доминирующей фатальной экстернальностью. Можно говорить об увеличении частоты депрессивных расстройств у больных со сниженной самооценкой ( $p=0,001$ ). Частота тревожных расстройств выше у пациентов с утолщенной стенкой желчного пузыря ( $p=0,08$ ) и депрессивных симптомов у больных с анемией ( $p=0,008$ ). Имеется тенденция к снижению самооценки в группе больных, имеющих анемию. В ходе проведенного исследования удалось установить, что степень тревоги и депрессии, уровень самооценки, отношение к болезни четко не связаны с клинической картиной и объективными критериями тяжести заболеваний.*

**Ключевые слова:** тревога и депрессия, самооценка, отношение к болезни, клиническая картина.

**Keywords:** anxiety and depression, self-esteem, attitude towards the disease, the clinical picture of the disease.

Общепризнанным является тот факт, что соматическая патология приводит к изменению психической сферы пациента [1,4,6-10]. Ввиду высокой распространенности патологии желудочно-кишечного тракта среди населения, а также высокой частоте психосоматических нарушений у пациентов гастроэнтерологического профиля, именно эта группа больных привлекает большое внимание исследователей [1-2,4-5,7,8,10]. Заболевания пищеварительной системы протекают зачастую сочетано с пограничными психическими расстройствами, такими как депрессия и тревога, приводящими к торпидности клинического течения, усложняя диагностику и подбор терапии, а так же влияя на приверженность пациентов к терапии и на прогноз течения данного заболевания [11,13-14]. Такое влияние психосоматики практически на все аспекты лечения неслучайно. Пациент является личностью, имеющей не только определенные морфологические и психологические характеристики, но и имеющей свое, сложное, комбинированное восприятие и оценку любой жизненной ситуации, в том числе и болезни [9,11-13]. И если подходы к оценке различных

клинических и морфологических проявлений заболеваний разработаны достаточно хорошо, то влияние психологических факторов на картину болезни изучено недостаточно полно.

Из всех психологических факторов, составляющих личность, именно восприятие пациентом своей болезни, является весьма значимым, особенно в аспекте разработки дифференцированных подходов к коррекции отношения больного к собственному заболеванию и проводимой терапии [3,6,11-14]. В психологии и медицине, отношение человека к болезни часто изучается в рамках теории о локус-контроле. В основе лежит теория модели личности Дж. Роттера. Вера индивида в то, что его поведение детерминируется по преимуществу либо им самим (интернальный локус контроля), либо его окружением и обстоятельствами (экстернальный локус контроля) [3].

Известно, что самооценка является одной из базовых составляющих в структуре личности человека, и влияет на все показатели качества жизни как здоровых, так и больных [6]. Самооценка не так часто изучалась именно у пациентов, и именно в рамках ее влияния на развитие, проявления болезни и на восприятие всего этого пациентом, поэтому изучение взаимосвязи самооценки и нозологии представляется достаточно важным.

Учитывая все вышеизложенное, именно определение взаимосвязи между наличием и степенью выраженности симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни и клинической картиной у больных гастроэнтерологического профиля и стало целью данного исследования.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось среди пациентов гастроэнтерологического отделения ГБ им С. Р. Миротворцева СГМУ в 2014г. Участие в опросе было добровольным. По стандартным методикам больным проводилось общеклиническое исследование, включающее в себя: общий анализ крови, определение биохимических показателей крови (аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), амилазы, глюкозы), УЗИ органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопию.

С целью скринингового выявления тревожно-депрессивных расстройств пациентам предлагалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, составленная из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы – «тревога» и «депрессия». Каждому утверждению соответствовали 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Для определения уровня субъективного контроля использовался IPC – тест (Lohaus A., Schmitt G.M., 1989). Это тест для определения локуса контроля по отношению к болезни. Он включает в себя следующие шкалы: I — интернальность в отношении контроля за болезнью и здоровьем. P — социальная экстернальность. С — фатальная экстернальность.

Самооценка пациентов исследовалась путем использования шкалы самоуважения Rosenberg. Данный опросник состоит из десяти утверждений и предполагает четыре градации ответов: «полностью согласен», «согласен», «не согласен», «абсолютно не согласен». В соответствии с градациями ответов определяются уровни самоуважения для каждого утверждения.

Результаты исследования обрабатывались с использованием одномерного непараметрического анализа и логистической регрессии.

#### **Результаты.**

В исследовании приняли участие 50 пациентов (70% женщин и 30% мужчин, медиана возраста- 49,9 лет). Клинические характеристики пациентов приведены в таблице 1.

*Таблица 1*

#### **Характеристика пациентов, принимавших участие в исследовании**

	<i>Кол-во человек</i>	<i>Процентный состав участников</i>
--	-----------------------	-------------------------------------

<i>Пол:</i>	Женский	35	70,0
Мужской		15	30,0
<i>Возраст:</i>		29	58,0
не достигшие пенсионного возраста			
достигшие пенсионного возраста		21	42,0
<i>Причина госпитализации:</i>			
Хронический гастрит		12	24,0
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки		6	12,0
Хронический панкреатит		13	26,0
Хронический холецистит		4	8,0
ЖКБ		2	4,0
Колит		5	10,0
СРК		1	2,0
<b>Гепатит</b>		1	2,0

### *Депрессия и тревога*

У 29 пациентов (58%) были выявлены симптомы тревоги (из них у 17 пациентов (34%)- субклиническая тревога, у 12 (24%) –клиническая. Депрессией страдали 18 пациентов (36%), из них 12 больных (24%) имели субклиническую депрессию, 6 (12%) - клиническую. При этом тревожные симптомы во всех возрастных группах встречались чаще у женщин ( $p=0,003$ ), а в возрасте старше 75 лет достоверно возросла частота депрессивных расстройств у мужчин ( $p=0,006$ ). У большинства пациентов не удалось выявить четкой взаимосвязи между конкретной нозологией и наличием и степенью клинической выраженности симптомов тревоги и депрессии (таблица 2).

Таблица 2

### **Взаимосвязь наличия тревоги и депрессии и нозологией**

<i>Нозология</i>	<i>Наличие тревоги</i>	<i>Наличие депрессии</i>
Хронический гастрит	4(33,33%)	4(33,33%)
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	3(50%)	1(16,67%)
Хронический холецистит	3(75%)	1(25%)
Хронический панкреатит	11(84,62%)	5(38,46%)
ЖКБ	1(50%)	2(100%)
Патология кишечника	3(50%)	2(33,33%)
<b>Гепатит</b>	1(100%)	1(100%)

### *Локус контроля*

При оценке локуса контроля по отношению к болезни оказалось, что все пациенты имели сбалансированные внешний и внутренний локусы контроля. Тем не менее у 12 пациентов (24%) превалировала интернальность, у 24 (48%)- экстернальность, у 9 (18%)- фатальная экстернальность. В группе с доминирующим внешним локусом контроля преобладали женщины. Не удалось установить взаимосвязь между отношением к болезни пациентов и клинической картиной заболеваний (таблица 3). Однако в группе больных с патологией кишечника локус контроля был смещен в сторону фатальной экстернальности ( $p=0,003$ ).

Таблица 3

### **Взаимосвязь отношения к болезни и нозологией**

<i>Нозология</i>	<i>Экстернальность</i>	<i>Интернальность</i>	<i>Фатальная экстернальность</i>
Хронический гастрит	6(50%)	4(83,33%)	12(100%)
Язвенная болезнь желудка и 12-	5(83,33%)	4(66,7%)	5(83,33%)

перстной кишки			
Хронический холецистит	2(50%)	2(50%)	4(100%)
Хронический панкреатит	11(85%)	10(77%)	10(77%)
ЖКБ	1(50%)	1(50%)	2(100%)
Патология кишечника	3(50%)	3(50%)	3(50%)*
<b>Гепатит</b>	1(100%)	1(100%)	1(100%)

\* - различия достоверны,  $p \leq 0,05$

#### Самооценка

У 22 пациентов (44%) самооценка была снижена. С возрастом больных самооценка закономерно снижалась. Не удалось установить взаимосвязь между клинической картиной и уровнем самооценки.

Таблица 4

#### Взаимосвязь между самооценкой и нозологией

<i>Нозология</i>	<b>Сниженная самооценка</b>	<b>Нормальная самооценка</b>
Хронический гастрит	8(66,67%)	
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	3(50%)	
Хронический холецистит	3(75%)	
Хронический панкреатит	5(38,46%)	
ЖКБ	0(0%)	
Патология кишечника	4(66,67%)	
<b>Гепатит</b>	1(100%)	

*Взаимосвязь между наличием и степенью выраженности симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни и клинической картиной*

Чаще других были подвержены депрессии ( $p=0,003$ ) пациенты с доминирующей фатальной экстернальностью. Можно говорить об увеличении частоты депрессивных расстройств у больных со сниженной самооценкой ( $p=0,001$ ).

Таблица 5

#### Взаимосвязь между наличием и степенью выраженности симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни и клинической картиной

	<b>Тревога</b>	<b>Депрессия</b>	<b>Самооценка</b>	<b>Экстер-ть</b>	<b>Интер-ть</b>	<b>Фатальная экстер-ть</b>
Тревога	-		15(53%)	21(72%)	20(67%)	26(69%)
Депрессия		-	4(14,3%)*	15(83%)	9(50%)	17(94%)*
Самооценка	15(53%)	4(14,3%)*	-	20(71%)	17(61%)	25(90%)
Экстернальнос-ть	21(72%)	15(83%)	20(71%)	-		
Интерналь-ность	20(67%)	9(50%)	17(61%)		-	
Фатальная экстерналь-ность	26(69%)	17(94%)*	25(90%)			-

\* - различия достоверны,  $p \leq 0,05$

*Взаимосвязь между объективными критериями тяжести и наличием симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни*

Из объективных критериев тяжести заболевания у данной группы пациентов можно отметить следующие лабораторные и инструментальные данные: повышение уровня глюкозы-10(20%), снижение гемоглобина-8(16%), повышение АЛТ- 4(8%) и АСТ-4(8%),

увеличение размера головки поджелудочной железы-6(12%), утолщение стенки желчного пузыря-14(34%). Как видно из таблицы 6, частота тревожных расстройств выше у пациентов с утолщенной стенкой желчного пузыря ( $p=0,08$ ) и депрессивных симптомов у больных с анемией ( $p=0,008$ ). Имеется тенденция к снижению самооценки в группе больных, имеющих анемию.

Таблица 6

**Взаимосвязь между объективными критериями тяжести и наличием симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни**

	<i>Тревога</i>	<i>Депрессия</i>	<i>Самооценка</i>	<i>Экстер-ть</i>	<i>Интер-ть</i>	<i>Фатал. экстер-ть</i>
<i>Анемия</i>	4(50%)	5(62%)*	2(25%)	8(100%)	7(87,5%)	7(87,5%)
<i>Глюкоза</i>	4(40%)	5(50%)	4(40%)	7(70%)	6(60%)	9(90%)
<i>АЛТ</i>	1(25%)	1(25%)	4(100%)	4(100%)	3(75%)	4(100%)
<i>АСТ</i>	3(75%)	2(50%)	3(75%)	3(75%)	2(50%)	4(100%)
<i>Головка поджел. железы</i>	4(66,6%)	1(16,6%)	5(83,3%)	6(100%)	5(83,3%)	6(100%)
<i>Стенка желчн. пузыря</i>	10(71,%) *	6(43%)	10(71,%)	9(64,3%)	8(57,1%)	12(85,7%)

\* - различия достоверны,  $p \leq 0,05$

### Обсуждение

У пациентов гастроэнтерологического отделения распространенность депрессии составила 36%, что сопоставимо с распространенностью депрессии в популяции, которая по данным разных авторов колеблется от 20% до 40%. Выявлена традиционная закономерность между полом и депрессией, возрастом и депрессией. Интересно, что не получено взаимосвязи между конкретной нозологией, объективными критериями тяжести заболеваний и наличием и степенью клинической выраженности симптомов тревоги и депрессии. Однако, удалось установить, что частота тревожных расстройств выше у пациентов с утолщенной стенкой желчного пузыря и депрессивных симптомов у больных с анемией. Столь широкая распространенность тревоги и депрессии среди пациентов гастроэнтерологического профиля, а также их существенная, в ряде случаев, степень выраженности заставляет задуматься о необходимости включения в тактику ведения подобных больных хотя бы скринингового обследования, на предмет выявления данных патологий, а также коррекции (в том числе и медикаментозной) их психо-эмоционального статуса. Можно предположить, что без адекватного лечения данных расстройств затруднительно достигнуть улучшения общего состояния пациента и уменьшения проявлений его основного заболевания.

Анализируя отношение пациентов к болезни, приходим к выводу, что преобладающее большинство считает причиной заболевания – случай, стечение обстоятельств и, таким образом, перекладывает ответственность за исход лечения на медицинских работников. Часть больных способна самостоятельно контролировать состояние своего здоровья. Для гастроэнтерологических больных с сопутствующим тревожно-депрессивным синдромом типичен «фаталистический» вариант локуса контроля по отношению к болезни и не характерен «самостоятельный» локус контроля. Другими словами, чем ярче у больных выражены проявления депрессии, тем более характерны для них фатализм, желание переложить ответственность за эффективность лечения на врачей, отрицание возможности собственного участия в лечебном процессе. Такая позиция пациентов негативно сказывается на их способности достигать и длительно поддерживать ремиссию заболевания. Не удалось установить взаимосвязь между отношением к болезни пациентов и клинической картиной и объективными критериями тяжести заболеваний. Однако интересно, что в группе больных с патологией кишечника локус контроля был смещен в сторону фатальной экстернальности.

Было установлено, что самооценка снижена у значительного числа пациентов(44%). Выявлена закономерная взаимосвязь между возрастом больных и самооценкой, а также увеличение частоты депрессивных расстройств у пациентов со сниженной самооценкой. Не удалось установить взаимосвязь между клинической картиной и уровнем самооценки. Следует отметить, что имеется тенденция к снижению самооценки в группе больных, имеющих анемию.

**Выводы.** В ходе проведенного исследования удалось установить, что степень тревоги и депрессии, уровень самооценки, отношение к болезни четко не связаны с клинической картиной и объективными критериями тяжести заболеваний пациентов гастроэнтерологического профиля.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский.-М.: ГЕОТАР Мед, 2004.- 240 с.
2. Бордин Д.С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки./ Д.С. Бордин, Е.С. Мазур, Г.С. Беляева // Терапевтический архив.- 2000.-№2.-С.32-37.
3. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете типа 1 / Сидоров П. И., Новикова И. А., Соловьев А. Г., Мулькова Н. Н. // Проблемы эндокринологии.- 2004.-№3.-С.31-37.
4. Воробьева, О.В. Клинические особенности депрессии в общей медицинской практике (по результатам программы “Компас”) / О.В.Воробьева // Consilium Medicum.-2004.-№2.-С.38-41.
5. Джулай, Г.С. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом / Г.С.Джулай, В.В.Чернин // Клиническая медицина.- 2002.-№7.-С.24-27
6. Психокardiология / А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, М.Ю. Дробижев, С.В.Иванов. - М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2005.- 784 с.
7. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицинской практике /А.Б.Смулевич.- М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2001.- 256 с.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических заболеваниях / А.Б.Смулевич, М.Ю. Дробижев // Русский медицинский журнал.-1996.-№1.-С.4-10.
9. Строкова, Е.В. Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца/ Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц//Современные исследования социальных проблем. – 2012 - №1; URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/stroкова.pdf> (дата обращения 10.01.15)
10. Ушкалова А.В. Депрессии у соматических больных / А.В. Ушкалова // Трудный пациент.-2006.-№1.-С.23-28.
11. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: Department of Health, 2001: 12. Available at: [www.doh.gov.uk/healthinequalities](http://www.doh.gov.uk/healthinequalities) (Accessed 10 Dec 2014)
12. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking / The Royal pharmaceutical society of Great Britain. Working Party report .-1998. - Available at: [www.medicinespartnership.org](http://www.medicinespartnership.org) (Accessed 14 Jan 2011)
13. The concept of patient motivation / N.Maclean, P.Pound, C.Wolfe, A.Rudd // Stroke.- 2002.-№33.-P.444.
14. World Health Organisation (2003): Adherence to long-term therapies, evidence for action.2003 World Health Organisation Geneva, Switzerland. Available at: [www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/) (Accessed 18 Dec 2014)