И. А. Казакова

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЮНОШЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Работа представлена кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета.
Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Б. В. Овчинников

В статье обоснована актуальность исследования психических аспектов хронических соматических заболеваний, предложена концепция эмоционального нарушения, описаны результаты эмпирического исследования эмоционального состояния и эмоциональных нарушений у юношей с хроническим гастритом и язвенной болезнью, сформулированы задачи психологической коррекции.

Ключевые слова: *эмоция, эмоциональное нарушение, психологическая коррекция эмоциональных нарушений.*

I. Kazakova

EMOTIONAL DISTURBANCES OF YOUNG MEN SUFFERING FROM CHRONICLE GASTRITIS AND PEPTIC ULCER

The work deals with the investigation of psychic aspects of chronicle diseases. The conception of emotion disturbance is introduced. The article presents the results of the empirical investigation on emotional states and emotional disturbances of young men suffering from chronicle gastritis and peptic ulcer. The tasks of psychological correction were formulated.

Key words: *emotion, emotional disturbance, psychological correction.*

По данным Минздравсоцразвития РФ, в общей статистике заболеваний среди всего населения болезни пищеварительной системы занимают третье и четвертое места за 2005 и 2006 гг. соответственно после болезней органов дыхания, системы кровообращения и костно-мышечной системы; а также устойчивое второе место – в аналогичной детской статистике. Гастрит и гастродуоденит составляют 44% в структуре других заболеваний ЖКТ среди всего населения и более 50% среди детей до 14 лет.

Хронический гастрит и гастродуоденит рассматриваются рядом авторов в качестве предиктора язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ДПК. В связи с этим своевременное выявление и психологическая коррекция эмоциональных нарушений имеют большое значение для предотвращения рецидивов и развития более глубоких органических поражений ЖКТ.

В медицине в последнее время гастрит все чаще рассматривается как морфологическое понятие, включающее комплекс воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки желудка [2]. В общем виде гастрит можно определить как воспаление слизистой оболочки желудка. Аналогичный воспалительный процесс в ДПК – гастродуоденит.

Основное противоречие в клинических исследованиях хронического гастрита проявляется следующим образом: с одной стороны, хронический гастрит может в течение многих лет развиваться бессимптомно, и пациент может не обращаться к врачу. С другой стороны, жалобы на набор симптомов, характерных для клинической картины хронического гастрита, могут не подтверждаться лабораторно, и в этом случае в медицине используют понятие соматоформной вегетативной дисфункции ЖКТ или соматоформного расстройства. Из этого можно сделать вывод, что, несмотря на доказанную в ряде исследований роль в патогенезе хронического гастрита бактерии Helicobacter pylori, ведущим для манифестации расстройства является общее психосоматическое состояние пациента, которое можно определить как состояние психосоматической дезинтеграции. Развитию этого состояния предшествует наличие такой стрессовой ситуации, которая вызывает фрустрацию и провоцирует развитие эмоциональных нарушений.

Наблюдается недостаток исследований психологических аспектов соматических заболеваний, в частности хронических заболеваний желудка и ДПК, «...при всем многообразии литературы главенствующее место в описаниях личности больных-хроников представлено работами клиницистов-психиатров» [6, с. 211]. Из этого вытекают проблемы недостаточности психологического категориального аппарата и слабая разработанность принципов и приемов собственно психологической коррекции эмоциональных нарушений, наблюдаемых при хронических соматических заболеваниях.

В отечественной литературе, за исключением работ А. Ш. Тхостова, нами практически не обнаружено попыток определения понятия «эмоциональное нарушение» [6]. В работе основателя отечественной патопсихологии Б. В. Зейгарник отдельные главы посвящены нарушениям восприятия, памяти, мышления, личности, но какое-либо рассмотрение нарушений эмоциональной сферы отсутствует [1].

В работах, исследующих тревожность, депрессию и другие эмоциональные проявления, наиболее часто встречающиеся в клинике психических и соматических болезней, чаще всего используется психиатрический термин «эмоциональное расстройство», и имплицитно подразумевается, что его содержание понятно.

Человеческая эмоция – это явление, ядром которого является субъективное переживание человеком внешнего или внутреннего события, проявляющееся в вербальной и невербальной экспрессии, поведении и соматовегетативных изменениях. Человек может в разной степени осознавать свое эмоциональное состояние и в связи с этим выносить суждения о нем и оценивать его. Благополучие психосоматического состояния определяется качеством взаимосвязей телесного, аффективного и когнитивного, иначе говоря – способностью личности регулировать свое эмоциональное и телесное состояние в различных условиях среды.

Основной характеристикой зрелой здоровой эмоции является возможность ее сознательной регуляции. Первичный аффект, который мы можем наблюдать у ребенка, непроизволен, непосредственен и не регулируется более высшими психическими инстанциями в силу еще неразвитости последних. Это во многом согласуется с психоаналитическими концепциями, использующими понятия ресоматизации-десоматизации обозначения механизмов «взросления» эмоциональной сферы, а также с концепцией В. В. Ковалева об уровнях нервно-психического реагирования.

Характеристиками зрелости эмоциональной сферы являются:

а) дифференцированность эмоциональной сферы (например, человек отличает переживание тревоги от переживания тоски и пр.);

б) аффективная толерантность (термин Г. Кристала), включающая «в себя целый ряд ресурсов и действий, которые делают возможным сознательное переживание эмоций» [3, с. 66];

в) эмоциональная саморегуляция, которая включает:

- способность осознавать свое эмоциональное состояние (знать и понимать знак эмоционального состояния, его модальность, содержание, в связи с чем оно возникло);
- способность называть свое эмоциональное состояние;
- способность делать выбор относительно способа и формы выражения в соответствии с внутренними и внешними требованиями ситуации.

В подростковом и юношеском возрасте признаком эмоционального здоровья становится способность вербального выражения эмоций.

При эмоциональном нарушении утрата произвольности, как отмечает Тхостов, феноменологически отражающаяся в овладевающем характере переживаний при аффективных или тревожных расстройствах, невозможности затормозить, скрыть или подавить их проявления, представляет собой внешнюю форму расстройств эмоциональной сферы, тогда как ее скрытый психологический механизм заключается в нарушении связи с предметом.

Таким образом, эмоциональное нарушение можно определить как такое состояние эмоциональной сферы, которое недоступно произвольной саморегуляции по причине слабой осознаваемости или несознаваемости его связи с вызвавшим ее предметом/обстоятельством, приводящее к дезадаптации личности в форме психического/соматического расстройства, нарушений поведения и т. д.

Нами было проведено исследование выраженности эмоциональных нарушений у юношей 18–21 года – солдатов срочной службы и курсантов военных училищ, проходящих лечение в окружном военном госпитале ЛенВо в 2007–2008 гг. В исследовании приняли участие 29 юношей с впервые выявленным хроническим гастритом или гастродуоденитом (ХГ) и 15 юношей с язвенной болезнью желудка или ДПК (ЯБ). В качестве контрольной группы были обследованы 34 юноши 18–22 лет – курсанты Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, не имеющие острых и хронических заболеваний на момент исследования.

Все обследованные трактовали свою социально-психологическую ситуацию как ситуацию стресса, предъявляющую чрезмерные требования к их психическим возможностям.

В табл. 1 представлены средние значения показателей эмоционального статуса, алекситимии и нервно-психического напряжения.

Показатели реактивной тревожности значимо выше в группе пациентов как с хроническим гастритом ($p \leq 0{,}01$), так и язвенной болезнью ($p \leq 0{,}05$) по отношению к здоровым юношам. Состояние без депрессии диагностируется у 89,3% пациентов с хроническим гастритом (ХГ), и у всех пациентов с язвенной болезнью (ЯБ) и здоровых пациентов. То есть из всей юношеской выборки только три пациента с хроническим гастритом отмечают у себя наличие депрессивных переживаний. В то же время выраженность всех показателей данных пациентов выше – сравнительный анализ, проведенный с помощью критерия Манна-Уитни, фиксирует более высокий уровень выраженности признаков депрессии у пациентов с хроническим гастритом по сравнению с язвенными больными ($p \leq 0{,}05$) и здоровыми юношами ($p \leq 0{,}05$).

Таблица 1

Описательные статистики показателей эмоционального статуса юношей

Показатели	Юноши с ХГ, n = 28		Юноши с ЯБ, n = 15		Здоровые юноши, n = 34	
	X	σ	X	σ	X	σ
Уровень депрессии	40,50	14,97	32,20	7,86	27,88	6,47
Реактивная тревожность	42,25	9,90	39,60	7,24	38,24	4,79
Личностная тревожность	36,32	10,62	29,93	6,62	27,44	6,06
Состояние агрессии	14,50	7,88	11,07	1,94	10,47	1,44
Агрессивность	19,36	5,91	17,93	5,40	16,91	5,01
Ситуативная агрессия	9,07	2,98	8,80	3,23	7,68	2,27
Алекситимия	61,14	15,74	55,87	9,18	51,97	10,06
Нервно-психическое напряжение	46,96	11,87	39,73	5,74	35,68	6,08

Можно сделать вывод, что в эмоциональном состоянии юношей – курсантов и солдат срочной службы, находящихся на лечении в госпитале, депрессивное состояние хотя и играет какую-то роль, но либо в латентной, неосознаваемой форме, либо на том уровне, который еще не достигает значимого ощутимого дискомфорта, характерного для субъективного переживания депрессии.

Алекситимия не выявлена ни в контрольной группе, ни в группе пациентов с язвенной болезнью. Юноши с хроническим гастритом демонстрируют ее в 32% случаев. Различие с контрольной группой достоверно на уровне значимости $p \leq 0{,}05$.

Нервно-психическое напряжение в группе юношей с хроническим гастритом имеет значимо более высокие показатели по отношению к здоровым юношам ($p \leq 0{,}01$). Показатели НПН язвенных больных имеют тенденцию к более низким значениям, чем показатели пациентов с ХГ, ($p = 0{,}06$), и являются значимо более высокими по сравнению со здоровыми юношами ($p = 0{,}015$).

В табл. 2 представлены средние значения показателей агрессивности в трех группах обследованных.

Наиболее агрессивное состояние на момент исследования отмечали у себя пациенты с хроническим гастритом ($p \leq 0{,}01$ – относительно группы здоровых юношей). В большей степени и чаще, чем пациенты с ЯБ, они отмечали раздражение, злость, желание «выплеснуть» агрессию вовне, ударить кого-нибудь, разбить что-нибудь, готовность «взорваться», накричать на кого-либо. В группе юношей с хроническим гастритом более выраженным является показатель гетероагрессии в сравнении со здоровыми ($p \leq 0{,}01$) и юношами с язвенной болезнью ($p \leq 0{,}05$). Значимо чаще они отмечали, что проявляют свою злость и раздражение вовне, высказывают окружающим то неприятное, что они о них думают, легко раздражаются и теряют самообладание в процессе общения.

Таблица 2

Показатели агрессии в трех обследованых группах

Показатели агрессии	Юноши с ХГ, n = 28		Юноши с ЯБ, n = 28		Здоровые юноши, n = 28	
	X	σ	X	σ	X	σ
Состояние	14,50	7,88	11,07	1,94	10,47	1,44
Черта	19,36	5,91	17,93	5,40	16,91	5,01
Особенность темперамента	6,32	2,52	5,53	1,68	6,35	2,94
Ситуативная агрессия	9,07	2,98	8,80	3,23	7,68	2,27
Гетероагрессия	15,18	4,00	12,47	3,58	10,79	2,09
Аутоагрессия	15,39	4,52	15,07	3,86	14,09	3,27
Контроль агрессии	22,82	4,75	20,93	4,57	24,12	4,77

Видимая картина проявления агрессии схожа у больных язвенной болезнью и здоровых юношей, в то время как состояние агрессии у первых является более, а контроль агрессивных проявлений менее выраженным, чем у здоровых юношей ($p \leq 0,05$). Если исходить из представления о том, что выражение эмоций является неотъемлемым проявлением их сущности, то возникает вопрос: каким образом выражается агрессия у больных с язвенной болезнью, которая не находит отражения ни в более заметном, чем у других (а даже значимо менее заметном), внешнем выражении, ни в более высоком уровне аутоагрессии, ни в более выраженной реактивной агрессивности, учитывая, что уровень контроля агрессии у них наименьший среди всех обследованных, а состояние агрессии у них выше, чем у здоровых?

Наша выборка является специфичной в том плане, что условия жизнедеятельности солдат и курсантов (в обследовании участовали курсанты преимущественно первых курсов) высокорегламентированы. Язвенная болезнь включена в перечень расстройств, наличие которых является законным основанием для освобождения от службы в армии. Болезнь позволяет уйти от требований того режима, в котором проходит жизнь солдата (курсанта). В психотерапии данное явление получило название «вторичная выгода» симптома, которая позволяет человеку не отказываться от того страдания, которое он испытывает, в связи с тем, что есть некая более весомая выгода на данный момент времени (в данной ситуации), чем здоровье.

На основании проведенного теоретического анализа понятия «эмоциональное нарушение» и осмысления результатов исследования были разработаны ключевые принципы психологической коррекии эмоциональных нарушений при хроническом гастрите у юношей в стационарных условиях. В качестве предпочтительной в стационарных условиях военного госпиталя мы рассматриваем индивидуальную психологическую коррекцию, основанную на телесно-ориентированном экзистенциально-феноменологическом подходе [4; 8] и направленную на решение следующих задач:

1) осмысление пациентом своего психосоматического состояния (телесного, эмоционального, отношения к своему телесному и эмоциональному состоянию);

2) понимание своей роли в организации своего настоящего и принятие ответственности на себя (болезнь как способ решения проблем, болезнь как уход от решения проблем, другие смыслы болезни, принятие авторства);

3) принятие решения о том, каким образом дальше строить свою жизнь в регламентированных условиях службы армии или военного учебного заведения.

Таким образом, в настоящей работе было дано понятие эмоционального нарушения, описаны основные признаки эмоциональной зрелости, на которые нужно ориентироваться в процессе психологической коррекции, предложена система основных задач психологической коррекции в условиях стационара для юношей, проходящих службу в армии, и учащихся военных учебных заведений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986. 287 с.
2. Избранные главы клинической гастроэнтерологии: сб. трудов / под общ. ред. П. В. Лазебника; сост. Ю. В. Васильев, И. А. Морозов. М.: Анахарсис, 2005. 464 с.
3. *Кристал Г.* Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия / пер. с англ. В. В. Старовойтова. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. 800 с.
4. *Летуновский В. В.* Экзистенциальный анализ в психологии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2003. 16 с.
5. *Соколова Е. Т., Николаева В. В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR – Аргус, 1995. 360 с.
6. *Тхостов А. Ш., Колымба И. Г.* Теоретические и экспериментальные исследования. Феноменология эмоциональных явлений. URL: http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1156852&s
7. *Улановский А. М.* Феноменологический подход как качественная исследовательская методология: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 15 с.
8. *Успенский В. М.* Предъязвенное состояние. Л., 1982.