

УДК 616.85:615.851:616.3

*О.В. Скринник***ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ТА ЇЇ ПСИХОТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення, тривожність, психотерапія

Соматоформні розлади виникають на тлі психосоціального стресу та проявляються різноманітними соматичними скаргами при відсутності органічних змін у відповідних органах та системах. Подібні пацієнти складають близько 25 % всіх хворих, що звертаються до лікарів загального профілю, та викликають в останніх певні труднощі в діагностиці [1, 2]. Хоча психотерапія є в таких випадках одним із провідних методів лікування, досі відсутнє клініко-психологічне обґрунтування необхідності її проведення. Емоційний стрес та афективна сфера виконують роль ланки, що об'єднують психіку та сомю. Зміни в афективній сфері реалізуються через ендокринну та вегетативну нервову системи, яким належить основна регуляторна роль у організмі. Вивчаючи роль соціально-психологічних та клінічних факторів у розвитку соматизованих порушень, С.Г. Сукіасян і інш. виявили виражену тенденцію до підвищення рівня тривоги та зниження рівня агресивності [3]. Але незважаючи на велику кількість досліджень, що присвячені вивченню особливостей тривоги при соматоформних розладах органів травлення, мало уваги приділялося специфіці емоційних порушень у таких хворих. Майже не проводилося порівняльного аналізу патології емоцій при соматоформних розладах та невротичних розладах. Це допомогло б ширше розкрити механізми утворення функціональних порушень, які ведуть до формування соматоформної патології та обґрунтувати необхідність адекватного психотерапевтичного втручання. Однією з найбільш ефективних методик психотерапевтичного впливу розглядається когнітивно-поведінкова психо-

терапія. Вона спрямована на зміну дисфункціонального мислення, яке стимулює негативні емоції, руйнування патогенних стереотипів харчової поведінки. Вона також допомагає забезпечити адекватний контроль емоцій не за рахунок їх пригнічення, а за допомогою оптимальної саморегуляції. Її висока ефективність та специфічність для корекції емоційних розладів підтверджена багатьма дослідженнями [4]. Даний підхід зарекомендував себе не тільки через значний клінічний ефект, а й через найкращі показники «витрати-ефективність» [5]. Але, в основному, авторами пропонуються стандартизовані однотипні схеми психотерапевтичного втручання, які послідовно діють на різні ланки патогенезу захворювання. На сьогодні недостатньо розроблені диференційовані схеми психотерапії, які комплексно враховують клінічну структуру, особистісні особливості, характер порушення емоцій та специфіку перебігу захворювання.

Метою нашого дослідження була інтегративна оцінка тривоги та, базуючись на отриманих даних, створення диференційованих схем психотерапевтичного втручання. Задачі дослідження: вивчити рівень та особливості тривожності у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення, порівняти їх з подібним явищем у хворих на невротичні розлади; розробити та обґрунтувати диференційовані схеми психотерапевтичного втручання. Об'єктом дослідження була соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення; предметом – особливості тривоги у хворих на дану патологію.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено на 92 хворих з соматоформними розладами органів травлення (соматоформна вегетативна дисфункція верхнього та нижнього відділу шлунково-

кишкового тракту - F 45.31 та F45.32 за МКХ-10 відповідно) – група 1. Серед них 82 пацієнта знаходилися на обстеженні та лікуванні у відділенні гастроентерології Інституту терапії

АМН України та 10 хворих у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України у період 2004-2006 рр. Особлива увага приділялася диференційній діагностиці цих розладів з атиповою соматизованою депресією. В якості критерію вилучення були використані, перш за все, клінічні прояви захворювання. Відомо, що клінічна картина соматоформної вегетативної дисфункції складається з чіткого залучення до патогенезу захворювання вегетативної нервової системи та додаткових суб'єктивних скарг хворого на розлади травлення, які провокуються емоційними стресами. Їм не притаманна періодичність, як добова так і сезонна. При соматизованій депресії, навпроти, симптоми не мають чіткої локалізації, характерна періодичність перебігу.

В якості групи порівняння (група 2) було взято 40 хворих на невротичні розлади (20 хворих на тривожні розлади - F 41 за МКХ-10; 9 пацієнтів з реакцією на важких стрес та порушення адаптації - F 43 за МКХ-10; 7 хворих на дисоціативні розлади - F44 за МКХ-10; по 2 пацієнта з тривожно-фобічним розладом - F40 та неврастенією - F48.0 за МКХ-10). Всі хворі знаходилися на обстеженні та лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України у період 2003 - 2007 рр.

Обстежені пацієнти відносилися до працездатного віку – від 18 до 57 років (середній вік $37,5 \pm 19,5$ років). Серед них було 75 жінок та 57 чоловіків (співвідношення 1,32:1). За соціальним станом та освітою групи були гомогенні. Освітній рівень вибірки виявився відносно високим – 44,7 % (59 хворих) мали середню та середню спеціальну освіту і 43,18 % (57 хворих) - вищу. Професійний стаж до 10 років мали 32 хворих (24,24 %), від 10 до 29 років – 43 хворих (32,57%), більше ніж 30 років – 34 хворих (25,75

%). На пенсії перебувало 15 хворих (11,36 %). 69 хворих (52,27 %) мали свою сім'ю (офіційний чи громадянський шлюб), 27 пацієнтів (20,45 %) були неодружені, 35 хворих (26,51 %) були розлученими або овдовіли. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. До дослідження не включалися хворі на важку супутню соматичну, неврологічну або психічну патологію.

Для визначення рівня вираженості тривоги, як ситуативної (реактивної) так й особистісної, використовувався інтегративний тест тривожності (ІТТ) [6]. Його суттєвою перевагою перед іншими тестами, що вивчають тривогу, є багатомірність. Вона реалізується шляхом відокремлення п'яти додаткових компонентів (субшкал), що розкривають змістовий характер оцінки афективного стану - «емоційний дискомфорт» (ЕД), «астенічний компонент тривожності» (АСТ), «фобічний компонент» (ФОБ), «тривожна оцінка перспективи» (ОП) та «соціальний захист» (СЗ). При підрахунку результатів тесту використовувалися факторні навантаження кожного з компонентів, які були виражені у стенах. Також додатково використовувався клініко-психологічний метод.

Дослідження проводилось в рамках науково-дослідних робіт «Розробити диференційовано-діагностичні критерії перебігу біполярного афективного розладу та уніфікувати схеми лікування хворих» (шифр АМН.БА.6.06, номер держреєстрації 0103U001309) та «Науково обґрунтувати диференціально-діагностичні критерії депресивних розладів у хворих, що знаходяться на лікуванні у загальносоматичних стаціонарах та розробити принципи їх терапії» (шифр ПР ЗН.1.03, номер держреєстрації 0106U002005), що виконувалася в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України в 2003-2006 рр. за Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації”.

Результати та їх обговорення

Аналізуючи результати кількісного дослідження показників ІТТ, було виявлено, що хворі на соматоформні розлади органів травлення показали переважно середній та високий рівень як ситуативної так і особистісної тривожності (див. табл. 1). Дані кількісного порівняння рівня різних типів тривожності демонструють значне превалювання особистісної тривожності над ситуативною.

За шкалою ЕД ситуативної тривожності най-

більше хворих мали середні показники (39 хворих з середнім рівнем, 28 – з високим та 25 – з низьким). Кількість хворих з середнім та високим рівнем за даною шкалою у випадках особистісної тривожності була практично однаковою (45 та 44 - відповідно). 25 хворих мали низькі показники ситуативної тривожності за даною шкалою і тільки троє – у випадку особистісної тривожності. Така диспропорція свідчить про схильність хворих на соматоформні розла-

ди органів травлення до внутрішнього дискомфорту, відчуття туги, жалю, переоцінки подій з думками про неправильні дії у минулому. Вони нерідко оцінюють обставини заздалегідь негативно, незалежно від реального стану справ, скаржаться на «невдачу у всіх справах», «лавину неприємностей», перебільшуючи справжні проблеми. Поряд з тривожним переживанням безперспективності свого існування та нездійсненності планів вони залишаються малоініціативними та не намагаються змінити «своє безвихідне становище».

Показники за шкалою АСТ були високими у 59 хворих у випадку ситуативної тривожності та у 40 пацієнтів у випадку особистісної тривожності, середніми – у 31 та 47 хворих, та низькими у двох та п'яти пацієнтів відповідно. Це свідчить про те, що серед хворих з соматоформними розладами органів травлення присутня значна кількість пацієнтів, які тривожилися з приводу «великої кількості роботи», «постійної втомлюваності». Тривогу визивала необхідність починати нові види діяльності у майбутньому. Поряд зі скаргами на внутрішнє напруження нерідко пацієнтів тривожила втомлюваність, слабкість, відчуття, що «сил вже нема».

Розрив між кількістю хворих з високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності за шкалою ФОБ (39 та 85 пацієнтів відповідно) свідчить про наявність у структурі афективних переживань відчуття якоїсь загрози, яке значно зростає при загостренні зовнішнього конфлікту

та трансформується в іпохондричні страхи. В разі виникнення таких переживань фізіологічні кореляти реакції організму на будь-які психотравмуючі події нерідко сприймаються пацієнтом як нові соматичні симптоми.

За шкалою ОП спостерігалися значні розбіжності у кількості хворих з різними рівнями тривожності (за шкалою ситуативної тривожності – 30 хворих з високим рівнем, 50 - з середнім та 12 – з незначним; за шкалою особистісної тривожності - 74 пацієнта з високим рівнем, 18 – з середнім, жодного хворого - з низьким). Такий розрив свідчить про те, що значна кількість хворих на соматоформні розлади органів травлення підсвідомо невпевнені у завтрашньому дні, схильні до песимістичних прогнозів щодо свого майбутнього. Поряд з постійним очікуванням погіршення соціального стану або інших негараздів вони вважають, що їх хвороба є дуже тяжкою, невиліковною та має несприятливий прогноз щодо одужання. Нерідко з цього приводу вони наполягають на оформленні їм інвалідності.

Отримані результати значною мірою визначають велику кількість хворих з високими показниками за шкалою СЗ, як у випадку ситуативної тривожності, так і особистісної (58 та 73 пацієнта відповідно). Тобто, ці хворі розглядають суспільне середовище як джерело загрози та невпевненості у собі, що призводить до підвищення уразливості до одних й тих же соціальних факторів.

Таблиця 1

Розподіл хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення за шкалами ГТТ

Тип тривожності	Назва шкали	Кількість хворих, чол. (n=92)		
		Низький рівень тривожності (менш ніж 4 стени)	Середній рівень тривожності (4 - 6 стени)	Високий рівень тривожності (7 стени та більше)
Ситуативна тривожність	ЕД	3	45	44
	АСТ	5	47	40
	ФОБ	4	49	39
	ОП	12	50	30
	СЗ	0	34	58
	Загальний рівень	3	48	41
Особистісна тривожність	ЕД	25	39	28
	АСТ	2	31	59
	ФОБ	0	7	85
	ОП	0	18	74
	СЗ	0	19	73
	Загальний рівень	0	20	72

Таким чином, у структурі тривожних переживань у хворих на соматоформні розлади органів травлення основне місце займають відчуття неясної загрози, яке значно зростає при загостренні зовнішнього конфлікту та трансформується в іпохондричні страхи, невпевненість у завтрашньому дні, схильність до песимістич-

них прогнозів щодо свого майбутнього та відчуття небезпеки з боку соціального середовища. Також для цієї групи хворих є характерним значне превалювання рівня особистісної тривожності над ситуативною. Це підтверджено усередненими результатами ІТТ, що представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Усереднені результати ІТТ у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення (група 1) та невротичні розлади (група 2)

Назва шкали	Середній показник (стені)			
	Група 1 (n=92)		Група 2 (n=40)	
	Ситуативна тривожність, М ± m	Особистісна тривожність, М ± m	Ситуативна тривожність, М ± m	Особистісна тривожність, М ± m
ЕД	6,8 ± 2,1	5,9 ± 1,4	7,9 ± 1,1	7,3 ± 1,4
АСТ	6,5 ± 1,5	7,4 ± 1,6	7,0 ± 1,5	6,8 ± 1,6
ФОБ	6,3 ± 2,8	7,9 ± 1,1	7,3 ± 2,8	6,7 ± 1,1
ОП	6,0 ± 1,5	8,2 ± 0,8	8,1 ± 1,5	7,6 ± 0,8
СЗ	7,2 ± 1,5	7,8 ± 1,2	8,1 ± 1,5	7,5 ± 1,2
Загальний рівень	6,5 ± 1,1	7,7 ± 1,3	7,7 ± 0,8	7,3 ± 1,3

Загальний рівень особистісної тривожності у хворих на соматоформні розлади органів травлення складав (7,7 ± 1,3) стенив, що відповідає високому рівню тривожності та свідчить про наявність дезадаптації у інтер- та інтраіндивідуальних відношеннях. Також даний показник характеризує стійку схильність сприймати значне коло ситуацій як загрозові, реагувати на них станом тривоги. В той же час показник ситуативної тривожності був (6,5 ± 1,1) стенив, що відповідає верхній границі нормального рівня тривожності. Таким чином, рівень особистісної тривожності у хворих на соматоформні розлади органів травлення є вищим за показники ситуативної тривожності. Це свідчить про наявність тривоги, яка приховується пацієнтом.

Аналіз результатів показників за різними шкалами ІТТ показав, що у випадку особистісної тривожності практично всі показники, окрім шкали ЕД, свідчили про наявність підвищеного рівня тривоги. Найвищі бали хворі мали за шкалою ОП - (8,2 ± 0,8) стенив, що у поєднанні з високими показниками за шкалою СЗ - (7,8 ± 1,2) стенив - говорило про чутливість до психотравмуючих ситуацій та відсутність достатнього адаптаційного механізму, який допоміг би знайти раціональний вихід із «неприємних» для пацієнта соціальних обставин. Підтримували таку «соціальну уразливість» і високі показники за

шкалою ФОБ - (7,9 ± 1,1) стенив. Вони свідчили про схильність до формування у хворих багаточисельних страхів, що підсилюються в залежності від їх внутрішнього стану. Також звертає на себе увагу значення за шкалою АСТ - (7,4 ± 1,6) стенив, що свідчить про наявність в структурі тривожності втомлюваності, пасивності та млявості. Ці пацієнти сприймають та оцінюють життєву ситуацію як перенапруження, виснаження, які супроводжуються соматичними про-явами.

Щодо показників ситуативної тривожності, то найвищі результати спостерігалися за шкалою СЗ - (7,2 ± 1,5), що свідчить про постійне напруження у сфері соціальних контактів. На другому місці за показниками шкали ЕД - (6,8 ± 2,1) стенив, що відповідає досить високому рівню і говорить про наявність на момент проведення тесту значного зниження емоційного фону, помітної невдоволеності життєвою ситуацією, іноді передчуття втрати, емоційного напруження з можливими елементами ажитації. Нерідко значення «тяжкого соматичного захворювання» та його наслідків оцінювалися пацієнтом як покарання за якусь провину. Далі за значенням йшли шкали АСТ та ФОБ, ОП - (6,5 ± 1,5), (6,3 ± 2,8) та (6,0 ± 1,5) стенив відповідно. Такі показники свідчать про емоційну напруженість, тривожне очікування катастрофи, загальну стур-

бованість майбутнім та вказують на значний фоновий стан напруження.

Зіставляючи показники ситуативної та особистісної тривожності у хворих на соматоформні та невротичні розлади (див. табл. 2), можна побачити значну різницю. Рівень особистісної тривожності за шкалами АСТ, ФОБ, ОП та СЗ у групі 1 був значно вищий за ситуаційну. Це свідчить про існування конфлікту між відносно невеликим рівнем експресії тривоги, неможливістю показати оточенню свої приховані емоційні переживання та наявністю у хворого в якості базису стійких тривожних особистісних рис. Цей конфлікт, що реалізується через механізми «витиснення», викликає у пацієнтів з соматоформними розладами органів травлення емоційний дискомфорт, що відображається у зростанні показників ситуативної тривожності за однойменною шкалою. Аналізуючи результати загального рівня ситуативної та особистісної тривожності в обох групах, треба відзначити статистично значиму різницю між ситуативною тривожністю ($(7,7 \pm 0,8)$ стенов у групі 1 та $(6,5 \pm 1,1)$ стенов у групі, $p > 0,05$). Порівнюючи вищезгадані показники у кожній з груп, можна побачити, що у хворих з невротичними розладами рівень ситуативної тривожності практично дорівнює показникам особистісної тривожності ($(7,7 \pm 0,8)$ та $(7,3 \pm 1,3)$ балів відповідно, $p < 0,05$). Тоді як у основній групі особистісна тривожність була більша за ситуативну ($(6,5 \pm 1,1)$ та $(7,7 \pm 1,1)$ балів відповідно, $p > 0,05$). Це свідчить про переважання зовнішньої переробки конфлікту у хворих на невротичні розлади та їх схильність до витиснення тривоги. Також звертає на себе увагу те, що значення особистісної тривожності за шкалою ФОБ у хворих на соматоформні розлади є вищим, ніж у пацієнтів з невротичними розладами - $(7,9 \pm 1,1)$ та $(6,7 \pm 1,1)$ балів відповідно ($p > 0,05$). Тобто перші більш схильні до тривожної переробки своїх соматичних почуттів з подальшим формуванням страхів та побоювань щодо свого фізичного стану та іпохондризації. Напроти, хворі на невротичні розлади мають більші показники ситуативної тривожності за шкалою ОП ($(8,1 \pm 1,5)$ проти $(6,0 \pm 1,5)$ балів у хворих на соматоформні розлади, $p > 0,05$). Вона визначає наявність страхів та тривоги, що проєцируються в перспективу. Тобто для хворих з невротичними розладами більш характерна загальна схвильованість з приводу майбутнього на тлі підвищеної емоційної чутливості. Враховуючи високі показники за шкалою СЗ ($(8,1 \pm 1,5)$ проти $(7,2$

$\pm 1,5)$ балів у хворих на соматоформні розлади), можна стверджувати, що хворі на невротичні розлади у якості джерела своїх побоювань бачать соціальне середовище та сферу соціальних контактів.

Таким чином, структура тривожності у пацієнтів з соматоформними розладами порівняно з хворими на невротичні розлади носить нерівномірний характер. Рівень особистісної тривожності переважає над ситуативною. Таке превалювання особистісної тривожності, яка є відносно постійною властивістю людини бачити загрозу своєму благополуччю у самих різних ситуаціях, значно підсилює реакції тривоги. Негармонійна структура особистісної та ситуативної тривожності свідчить про можливість формування специфічних шляхів соматизації тривоги. А легкість, з якою формуються побоювання та страхи щодо стану свого здоров'я при соматоформній вегетативній дисфункції органів травлення, порівняно з невротичними розладами, може являти собою один із шляхів формування соматизації тривоги за допомогою іпохондричної фіксації.

Підвищення особистісної тривожності поряд з відносно невисоким рівнем ситуативної може бути результатом зміненої оцінки своєї особистості та свого потенціалу, неадекватного відношення індивіда до самого себе. Також це обумовлено особливостями взаємовідносин з соціальним середовищем. Невисокий рівень ситуативної тривожності також є пов'язаним з ігноруванням, незрозумінням, значною мірою витисненням особистісних емоційних переживань та явищем алекситимії. Така складна та багаторівнева схема розвитку соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення обумовлює застосування психотерапевтичних методик, які б мали вплив на поведінкові, емоційні та вегетативні прояви захворювання. Вони повинні бути орієнтовані на порівневу корекцію психофізіологічного статусу з руйнуванням патогенних стереотипів спілкування, соціально-психологічним тренінгом, формуванням адекватного психологічного захисту, який забезпечує контроль емоцій не за рахунок придушення, а шляхом оптимальної саморегуляції. Саме цим вимогам відповідає когнітивно-поведінкова терапія.

Через синдромальну багатогранність захворювання ми використовували диференційовані схеми психотерапії, які також враховували клінічну структуру, особистісні особливості, характер порушення емоцій та специфіку перебігу захворювання. Для полегшення вибору пер-

винної тактики психотерапевтичного втручання нами запропоновано застосовувати показники ІТТ за різними компонентами: ЕД, ФОБ, АСТ, СЗ, ОП. Це дозволяє підвищити ефективність лікування за рахунок спрощення та об'єктивізації діагностики, оцінки тривожності шляхом виявлення переважання того чи іншого компонента, а також за рахунок впровадження стандартизованих схем психотерапевтичної корекції.

В разі переваги «астенічного» компоненту застосовується модифікована методика пасивної м'язової релаксації [7]. Вона дає змогу усунути підвищення активності вегетативної нервової системи, допомагає хворому досягти стану тілесного та емоційного спокою та взяти контроль над своїми емоціями. Оволодіння даною технікою дозволяє пацієнту вживати дихання для зняття напруження у повсякденних ситуаціях.

При значній перевазі «тривожно-фобічного» компоненту використовується методика систематичної десенситизації [7]. За своєю суттю вона є технікою заміщення. Дана методика працює з перебільшеними негативними реакціями (некеровані тривога, страх, напруження, почуття втрати контролю), замінюючи їх на нейтральні. При проведенні систематичної десенситизації негативна поведінка, тривога, емоційне напруження заміщуються позитивною реакцією, релаксацією, відчуттям контролю над ситуацією.

При вираженому «емоційно-депресивному» компоненті нами запропоновано використовувати модифікований варіант когнітивної психотерапії за Беком [8]. Основним завданням лікаря під час її проведення є концентрація уваги пацієнта на тому, яким шляхом він обирає та інтерпретує інформацію, що надходить з навколишнього світу. Після цього пацієнт повинен переконатися в необґрунтованості висновків, які він робив раніше, та замінити їх на адекватні.

При переважанні показників за шкалою «соціальний захист» ефективною є моделююча терапія (тренінг впевненості) [7]. Він є показаним пацієнтам, у яких спостерігається тривожність у сфері соціальних контактів, які мають дефіцит у вираженні почуттів, реалізації своїх бажань, обмежену кількість стереотипів поведінки у різних соціальних ситуаціях. Основним завданням моделюючої терапії є навчання пацієнта зовнішньому вираженню своїх почуттів, закріплення у нього нових стереотипів поведінки, навчання спонтанної та гнучкої поведінці, використання похвали і самопохвали.

При високому рівні тривожності за шкалою «тривожна оцінка перспективи» ми використо-

ували техніку парадоксальної інтенції [7]. За своєю суттю ця методика належить до імплізивних технік. Застосовуючи її можна кардинально змінити відношення хворого до симптомів хвороби та його уявлення про свої можливості. Методика працює з перебільшеними негативними реакціями (некеровані тривога, страх, напруження, почуття втрати контролю), особливо якщо вони спрямовані на майбутнє. При проведенні систематичної десенситизації негативна поведінка, тривога витісняється завдяки «злості на свою хворобу».

Враховуючи особливості клінічної симптоматики, а саме велику кількість гастроентерологічних скарг та фіксованість свідомості пацієнта саме на них, під час психотерапевтичних сеансів особливу увагу приділяли ситуаціям, в яких у нього частіше розвивалися больові синдроми або порушення травлення, умовам та причинам їх виникнення. Клінічна апробація запропонованого нами комплексного диференційованого психотерапевтичного втручання у пацієнтів з соматоформною вегетативною дисфункцією органів травлення довела, що використання різних за напрямком психотерапевтичних методик є достатньо ефективним і сприяє прискоренню загального процесу їх одужання.

На основі отриманих даних можна дійти наступних висновків:

1. Хворі на соматоформні розлади органів травлення показали переважно середній та високий рівень як ситуативної так і особистісної загальної тривожності. Середній рівень прихованої особистісної тривожності у хворих на соматоформні розлади органів травлення є вищим за показники ситуативної тривожності ($(7,7 \pm 1,3)$ та $(6,5 \pm 1,1)$ стенів відповідно, $p > 0,05$), що свідчить про наявність тривоги, яка приховується пацієнтом.

2. Структура тривожності у пацієнтів з соматоформними розладами носить нерівномірний характер порівняно з хворими на невротичні розлади. Це свідчить про можливість формування у них специфічних шляхів соматизації тривоги.

3. Складна та багаторівнева схема розвитку соматоформної вегетативної дисфункції органів травлення обумовлює необхідність застосування психотерапевтичних методик, які б мали вплив як на поведінкові, так і емоційні та вегетативний прояви захворювання та орієнтовані на порівневу корекцію психофізіологічного статусу пацієнта з формуванням у нього адекватного психологічного захисту. Саме останній забезпе-

чує контроль людиною своїх емоцій не за рахунок пригнічення, а шляхом оптимальної саморегуляції, тобто когнітивно-поведінкової корекції.

4. Через синдромальну багатогранність захворювання доцільне використовувати диференційовані схеми психотерапії, які також враховують клінічну структуру, характер порушення емоцій та специфіку перебігу захворювання.

Таким чином, тривога у хворих на соматоформні розлади органів травлення є мультикомпонентним явищем. Вона розкривається у таких психологічних характеристиках як соціальна та особистісна незахищеність, безвихідність, заго-

стрення реакції на подразники, що пов'язані з психотравмуючим фактором, зміна відносин з оточуючим середовищем та інш. Все це, поєднуючись зі специфічними рисами особистості, створює характерні шляхи зовнішньої мінімізації тривоги за допомогою витиснення та іпохондричної фіксації. Таким шляхом відбувається ускладнення соматовегетативних компонентів тривоги, які щільно уплітаються в клінічну картину захворювання. Подальше вивчення даної проблеми треба проводити шляхом більш глибокого аналізу зв'язку особливостей афективної сфери та особистості хворого з соматоформними розладами органів травлення.

О.В. Скрынник

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ И ЕЕ ПСИХОТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН Украины

В статье при помощи интегративного теста тревожности изучены особенности аффективного состояния при соматоформных расстройствах органов пищеварения и невротических расстройствах. Выявлены черты, которые способствуют формированию специфических путей соматизации и ипохондризации. Предложены схемы дифференцированного психотерапевтического вмешательства в зависимости от превалирования различных компонентов тревоги. (Журнал психиатрии та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 66-72).

O.V. Skrynnyk

PECULIARITIES OF ANXIETY AND ITS PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH SOMATOFORM GASTROINTESTINAL DISORDERS

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine

Peculiarities of anxiety in patients with somatoform gastrointestinal disorders comparing with neurotic disorders have been considered in the article. The traits that promote development of specific pathways of somatisation and hypochondriasis have been found. Differentiated psychotherapeutic regiments according to prevalence of different anxiety components have been proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 66-72).

Література

1. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. - Харьков: Торнадо, 2003. - 352с.
2. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. - М.: Кронпресс, 2000. - 126 с.
3. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г. Агрессивность и патология человека: соматизированные психические нарушения /11-й Всемирный Конгресс по психиатрии, Гамбург. - 1999. - с.256.
4. Drossman D., Toner B., Whiththead W., Diamant N., Dalton C., Duncan S. A Cognitive Behaviour Therapy Versus Education and Desipramine Versus Placebo for Moderate to Severe Functional Bouel Disorders // Gastroenterology. - 2003. -Vol. 98. - P. 2209 - 2218.
5. Hiller W., Fichter M., Rief W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness // Journal of Psychosomatic Research, 2003, Vol.54 - P. 369- 380.
6. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности. Методические рекомендации. - СПб, 1997. - 23с.
7. Федоров.А.П. Когнитивно-поведенческая терапия. - СПб: Питер, 2002. - 352с.
8. Когнитивная терапия депрессии / А.Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. - СПб:Питер, 2003. - 304с.

Поступила в редакцию 24.12.2007