**Модуль 2. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями**

**Тема №1**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями.

**Вопросы:**

***Теоретические вопросы, подлежащие рассмотрению:***

1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств пищеварительной системы. «Язвенный тип личности».

2. Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина хронического холецистита.

***Практическая часть занятия:***

1. Знакомство с отобранными больными, получение у них информированного согласия на психологическое исследование и на работу со студентами. Установление эмпатического контакта, формирование партнерства, комплайенса.

2. Изучение истории болезни (документа).

**Основные понятия темы:** пассивный (манифестно-зависимый) язвенный тип, гиперактивный (псевдонезависимый) язвенный тип.

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.
6. Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 5.**

**1. Психологические аспекты этиопатогенеза психосоматических расстройств пищеварительной системы. «Язвенный тип личности».**

**ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ**

**ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

(Габбасова Э.Р.)

Проводимые в разные годы многочисленные изучения психоло­гических особенностей лиц, заболевших язвенной болезнью желуд­ка, двенадцатиперстной кишки и язвенным (спастическим) коли­том, выявили определенные изменения психической деятельности. Чаще всего больные становятся раздражительными, обидчивыми, у них нарушается сон, снижается работоспособность вследствие бы­строй утомляемости и истощаемости. У некоторых из них эти нару­шения настолько выражены, что вынуждают обратиться к неврологу, у других, напротив, выраженность указанных расстройств незначительна, поэтому ни они сами, ни врачи-интернисты не при­дают им значения и никакой специальной терапии не назначают. Только при детальном расспросе удается выяснить, что у этих боль­ных стали чаще возникать конфликты дома и на работе, а также в тех лечебных учреждениях, куда они обращаются. Контакты с врачами и другим медицинским персоналом в процессе лечебно-диагности­ческой работы еще больше затрудняются, если у больных отчетливо проявляются взрывчатость, ипохондрическая настроенность и явле­ния канцерофобии.

Доказано, что в развитии язвенной болезни желудка и двенадца­типерстной кишки большое значение принадлежит нарушению цен­тральных механизмов нервной регуляции. Кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцина получила признание большин­ства отечественных и зарубежных ученых. Выявлены конституцио­нально обусловленные черты определенной нервной стигматизации или психосоматической готовности у больных. Невропатические яв­ления заключаются в расстройстве регуляции, приводящем к дискинезиям, склонности к спазмам. Указывается, что в патогенезе возни­кающих расстройств существенную роль играют эмоциональные факторы. По мнению ряда исследователей, желудочно-кишечный тракт представляет собой своеобразный эмоциональный резонатор, посредством которого психическое напряжение проявляется в сома­тической сфере: исчезает аппетит, появляются тошнота, понос и т.д. Такие эмоции, как тревога, злость, чувство вины и стыда, способны усиливать желудочную секрецию.

В большинстве работ указывается на связь между стрессовой ситуацией и изменениями в двенадцатиперстной кишке; для язвы желудка подобная связь менее характерна. Кроме того, у лиц, по роду деятельности связанных с частыми ситуациями стресса (например, авиадиспетчеры), язвенная болезнь двенадцатиперст­ной кишки встречается вдвое чаще по сравнению с общей популя­цией.

Изучение преморбидных особенностей показывает, что, наряду с внешней сдержанностью, целеустремленностью, уравновешен­ностью, наблюдаемыми до болезни, у больных отмечаются кос­ность, ригидность, прямолинейность, формальное понимание дол­га. При конфликтах у них чаще возникают реакции гнева, раздраже­ния, чем тревожного беспокойства. В преморбиде лиц, страдающих неспецифическим язвенным колитом, описываются мягкость с чер­тами повышенной тормозимости и выраженным «чувством непол­ноценности» в жизненных ситуациях, требующих решительных дей­ствий. У некоторых больных до болезни отме­чаются, наряду с упрямством и недоверием к окружающим, взрыв­чатость и паранойяльность.

При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в слу­чаях их медленного начала и вялого течения, психические наруше­ния обычно исчерпываются соматогенной астенией. У таких боль­ных наблюдаются слабость, повышенная утомляемость, неглубокий сон, обидчивость, плаксивость. Взрывчатость и раздражительность в этих случаях нечетко выражены.

У других больных появлению язвенной болезни предшествуют реактивные состояния, часто характерна картина невротической де­прессии, которая включает жалобы на боли и неприятные ощуще­ния в области желудка и сердца. До помещения в стационар такие больные лучше себя чувствуют вне психотравмирующей ситуации, отмечается прямая зависимость между ухудшением соматического состояния и психическими расстройствами. Больные обычно тре­вожно спят, бываютвзрывчаты и раздражительны, но в основном испытывают подавленность и слабость. Имеются суточные колебания состояния. Чаще, в утрен­ние часы состояние хуже, чем вечером. Но это не тоска, как бывает при циклотимии, а вялость, слабость, как у неврастеников.

При утяжелении течения язвенной болезни, появлении кровоте­чений, похудании, болях, утрате трудоспособности могут возник­нуть реактивные состояния с тревогой, отчаянием, иногда с суици­дальными мыслями. В таких случаях больных необходимо консуль­тировать у психиатра и назначать антидепрессанты в комбинации с транквилизаторами для купирования тревожной депрессии и нор­мализации сна. Истерические реакции в таком состоянии наблюда­ются редко. Если и бывают представлены, то носят характер сенсомоторных или вегетативных расстройств (в виде потливости, подер­гиваний, комка в горле, чувства жара и др.).

Соматонозогнозияпри язвенной болезни во многом зависит от выраженности клинических проявлений. Выраженность болевого синдрома, прогрессирующая потеря веса способствуют гиперсоматонозогнозии с появлением фобических (чаще канцерофобии) либо ипохондрических (навязчивых или сверхценных) расстройств. Слабая выраженность клинических признаков, напротив, может служить причиной гипосоматонозогнозии. Нельзя забывать и о наличии так называемых «немых» форм заболевания, которые могут заканчи­ваться ургентными состояниями в связи с прободением язвы или кровотечением.

Необходимость оперативного вмешательства может возникнуть внезапно. В связи с этим у больного неизбежно появляется эмоцио­нальная реакция беспокойства и тревоги. Травмирует психику боль­ного, как неизбежность самой операции, так и обстановка, связанная с ней: необходимость принять быстрое решение, вид больницы, вра­чей, испуганных родственников. От правильного психотерапевтиче­ского подхода в данной ситуации не только к больному, но и к его близким зависит многое в поведении и дальнейшем состо­янии больного. Поэтому необходимо, по возможности, учитывать личность больного, уметь успокоить его, убедить в необходимости оперативного вмешательства, дать понять, что иного выхода нет. Психолог должен стремиться к тому, чтобы максимально смягчить страх больного перед плановой операцией. Такой больной ищет под­держки у врача, психолога, у родных, поэтому беседы с близкими больного должны носить строго продуманный характер, чтобы через них пси­хотерапевтически воздействовать на него. Больной и его родствен­ники должны быть твердо уверены в необходимости оперативного вмешательства. У многих больных перед операцией возникает чув­ство страха за свою жизнь. Разговоры с другими больными, известие о погибших во время операции могут не только вызвать у больного страх, но и оказать неблагоприятное влияние на исход операции.

Психозы в послеоперационном периоде при язвенной болезни встречаются редко и по происхождению являются ситуационно-со­матогенными.

Лече­ние требует длительного применения когнитивно-по­веденческой психотерапии, которая позволяет преодолевать тревогу больных и улучшает их адаптацию.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*

**2. Клиническая картина язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина хронического холецистита.**

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Язвенная болезнь** – это хроническое заболевание, основная черта которого – повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки под действием соляной кислоты и пепсина. Язвы этих отделов могут быть обусловлены также стрессом, применением лекарственных средств (аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства).

**Этиология** язвенной болезни изучена плохо. Раньше основным ее виновником считалась только соляная кислота и пепсин, но недавние исследования показали важнейшую роль инфицирования Helicobacterpylori. В норме всем этим агрессивным факторам противостоят защитные механизмы слизистой. Если же эти механизмы оказываются неспособными защитить эпителий от повреждения, возникает язва.

Язва двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание. В отличие от эрозии, повреждающей лишь слизистую, язва проникает в подслизистый и мышечный слои и имеет четко очерченные границы. Кроме Helicobacterpylori не менее важную роль в развитии заболевания играют генетические факторы. Курение увеличивает риск язвы двенадцатиперстной кишки, снижает эффективность лечения и увеличивает смертность. Заболеваемость возрастает при хронической печеночной и почечной недостаточности, алкогольном циррозе печени, хронической обструктивной болезни легких и др.

Роль психологических факторов в патогенезе язвенной болезни остается спорной. Вопреки прежним взглядам, не существует типичного «склада личности язвенника». Однако длительное тревожное состояние и эмоциональное перенапряжение могут способствовать обострению язвенной болезни.

Самый частый **симптом** язвы двенадцатиперстной кишки – боль в эпигастрии, которую больные описывают как острую, жгучую или ноющую. Боль возникает через 1,5 – 3 ч после еды, часто больной просыпается от боли по ночам. Обычно боль уменьшается после приема пищи, по-видимому, в результате частичной нейтрализации соляной кислоты. Рвота – второй важнейший симптом. Она наблюдается обычно на высоте обострения, особенно при осложненных формах заболевания. После рвоты больные, как правило, отмечают уменьшение боли. Изжога – одна из наиболее частых диспепсических жалоб, а в ряде случаев первый и единственный признак болезни. Аппетит обычно сохранен, иногда больные воздерживаются от приема пищи из-за страха появления боли. Характерны запоры. Весьма характерным признаком является сезонность обострений, которые обычно возникают весной и осенью.

Изменение характера боли может быть признаком осложнения. Например, постоянная боль, иррадиирущая в спину или подреберье и не исчезающая после еды или приема антацидных средств, может свидетельствовать о пенетрации язвы (когда дном язвы является другой орган, например, поджелудочная железа). Боль, усиливающаяся после еды или сопровождающаяся рвотой, часто указывает на стеноз привратника. Привратник – это самый узкий участок выходного отдела желудка; его длина составляет 1 – 2 см. Внезапно возникшая сильная разлитая боль в животе характерна для перфорации язвы (открытие язвы в брюшную полость с попаданием туда кишечного содержимого и возникновением перитонита). Для кровотечения типичны рвота «кофейной гущей» и дегтеобразный стул (мелена).

Язва желудка. Как и при язве двенадцатиперстной кишки, в патогенезе язвы желудка важную роль играют соляная кислота и пепсин. Однако в большинстве случаев язвы желудка секреция бывает нормальной или сниженной. Существуют убедительные доказательства решающего значения Helicobacterpylori в патогенезе язвы желудка.

**Клиническая картина** разнообразна, в значительной степени определяется локализацией язвы. Боли возникают вскоре после приема пищи. Локализуются под мечевидным отростком. Боли ноющие, тупые, часто зависят от качества пищи, нередко они иррадиируют за грудину, в область сердца, симулируя приступы стенокардии. Рвота отмечается редко, преобладают тошнота и изжога. Обычно болеют лица старше 40 лет.

Для установления **диагноза** язвенной болезни применяют два метода: рентгенологическое исследование и эндоскопию. С помощью эндоскопии можно уточнить размер и расположение язвы, а биопсия позволяет оценить гистологическую картину. Для исключения злокачественного перерождения при гастроскопии необходимо проводить биопсию. Больных с язвенной болезнью необходимо обследовать для выявления Helicobacterpylori.

**Лечение** должно быть комплексным и индивидуализированным. В период обострения – ограничительный режим. Питание должно быть дробным (4 – 6 раз в день), диета полноценной, сбалансированной, химически и механически щадящей. Лекарственная терапия должна быть динамической и предусматривать воздействие на патогенетические звенья. Ближайшей задачей является снятие болевого синдрома, снижение секреторной функции желудка, уничтожение Helicobacterpylori, нормализация деятельности нервной системы. Широко используется физиотерапевтическое лечение, санаторно-курортное лечение. Лечение осложнений язвенной болезни проводится в хирургическом отделении.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

**Хронический холецистит** – хроническое рецидивирующее воспаление желчного пузыря. В развитии болезни играют роль инфекция, дискинетические и застойные явления в желчных протоках и желчном пузыре, изменение химического состава и физических свойств желчи. Наличие желчных камней способствует развитию хронического холецистита, но в большинстве случаев хронические формы его развиваются вне связи с желчнокаменной болезнью.

**Клиническая картина** характеризуется длительным, монотонным течением с периодическими обострениями. Ведущим клиническим признаком является типичный характер болевых ощущений. Боль локализуется в правом подреберье, реже – одновременно или даже преимущественно в подложечной области. Иррадиирует чаще всего в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав и плечо, реже в левое подреберье. Боль носит ноющий характер, продолжается в течение многих часов, дней и недель. Обычно боль усиливается при физической нагрузке, ношении тяжестей в правой руке, тряске, охлаждении, под влиянием нервно-психического перенапряжения. Особенно характерно возникновение или усиление боли после приема жирных и жареных блюд, яиц, холодных и газированных напитков, вина, пива, острых закусок. Болевому приступу иногда сопутствуют повышение температуры, рвота, тошнота, отрыжка, понос, общие невротические расстройства. Часто в патологический процесс вовлекаются другие органы пищеварения: желудок, печень, кишечник, поджелудочная железа.

**Диагноз** ставится главным образом на основании клинической картины. Ультразвуковое исследование позволяет определить форму, размеры, положение пузыря, дифференциацию калькулезных и бескаменных холециститов. Дуоденальное зондирование нередко выявляет наличие дискинетических расстройств. Посев желчи и ее паразитологическое исследование помогают в установлении этиологии воспалительного процесса. При обследовании больных чрезвычайно важно определить концентрационную и моторную функции желчного пузыря, исключить наличие желчнокаменной болезни, паразитарной инвазии, опухолей, отключенного желчного пузыря.

**Лечение** имеет целью подавление инфекции и воспалительного процесса, снижение сенсибилизации и повышение защитных сил организма, устранение обменных и дискинетических расстройств. Применяют диетотерапию, антибактериальные средства, по показаниям – антипаразитарные препараты, желчесекреторные и желчегонные средства, иммунотерапию и гипосенсибилизацию, седативные и тонизирующие препараты, лечебную физкультуру, физио- и курортную терапию, а при необходимости также оперативное лечение.

*Иванов К.М., Габбасова Э.Р., Билецкая М.П., Маликова Т.В. Клиника внутренних болезней и ее психологические аспекты. Учебное пособие. - Оренбург, Санкт-Петербург, 2013. – 275 с.*