



¹ Московский
клинический научно-
практический центр
им. А.С. Логинова

² Российский
национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова

К вопросу о взаимодействии гастроэнтеролога и психолога при лечении пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения

Л.Д. Фирсова, д.м.н.¹, М.Г. Ивашкина, к.псх.н.^{1,2}, А.О. Савиных²,
А.С. Юдицкая², С.И. Радван², В.В. Огарев, к.псх.н.¹, Н.А. Бодунова, к.м.н.¹

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д., Ивашкина М.Г., Савиных А.О. и др. К вопросу о взаимодействии гастроэнтеролога и психолога при лечении пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (8): 122–127.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-8-122-127

Эффективность взаимодействия гастроэнтерологов и психологов зависит от многих факторов, в частности от их взаимного обучения в ходе выполнения профессиональных обязанностей. В качестве примера в лекции рассматривается психодиагностическое обследование пациентов с точки зрения его практической значимости для работы с гастроэнтерологическими пациентами.

Ключевые слова: интеграция, гастроэнтеролог, психолог, психодиагностические методики

Введение

К концу прошлого века в медицине произошло коренное изменение взглядов на природу здоровья и болезни. Лидирующее положение в данном направлении заняла биопсихосоциальная модель, в соответствии с которой причинами заболеваний наряду с изменениями в физическом теле являются нарушения психического и психосоциального функционирования человека. Данное положение распространяется в той или иной мере на все соматические заболевания. В гастроэнтерологии психоэмоциональные нарушения и сопутствующая им дисфункция вегетативной нервной системы являются ведущим фактором этиологии и патогенеза преобладающего числа заболеваний. Соответственно психические и психосоциальные факторы должны учитываться при лечении и профилактике обострений хронических заболеваний органов пищеварения. Изменение взглядов на природу здоровья и бо-

лезни фактически обозначило вектор дальнейшего развития медицины – интеграцию специалистов службы психического здоровья и врачей различных соматических специальностей [1, 2], что в полной мере относится и к практической гастроэнтерологии. Стоит подчеркнуть, что будущее данного интегративного процесса состоит не только в увеличении штата психологов в гастроэнтерологическом отделении, но и в качественно ином уровне взаимодействия гастроэнтеролога и психолога.

В принятой в настоящее время организации лечебного процесса работа психолога чаще всего осуществляется в виде индивидуальной консультации, в ходе которой психолог формирует заключение о пациенте в рамках представлений и терминологии своей специальности. Данное заключение не всегда объединяется с представлением гастроэнтеролога о соматическом состоянии пациента. В результате назначение гастро-



энтерологических препаратов и психотерапия реализуются как два взаимодополняющих, но параллельных процесса. Задача создания единого целостного представления о пациенте, которое является основой персонализированного подхода к лечению, в настоящее время не решена. Важным шагом на пути ее решения представляется развитие и усиление взаимопонимания психологов и гастроэнтерологов [3, 4]. В качестве эффективного начинания можно рассмотреть ознакомление гастроэнтерологов с вопросами психодиагностического обследования пациентов и практического применения его результатов. Совместное обсуждение данных вопросов психологом и гастроэнтерологом по сути является определением совместной тактики лечения пациента. Особое внимание в этом направлении уделяется обследованию пациентов в период их стационарного лечения, поскольку в таком варианте применение психодиагностических методик может быть включено в комплекс обследования пациента наряду с решением сугубо медицинских вопросов.

Ниже представлен опыт применения трех психодиагностических методик у 36 пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения, проходивших стационарное лечение в Московском клиническом научно-практическом центре (МКНЦ) им. А.С. Логинова в июне-июле 2022 г. Обсуждение результатов приведено с акцентом на вопросы, имеющие практическое значение.

Одним из наиболее важных в практическом отношении вопросов является диагностика тревоги и депрессии, поскольку большая частота данных психоэмоциональных нарушений у гастроэнтерологических пациентов, а также их негативное влияние на течение заболевания доказаны многими научными исследованиями. Как следствие, тревога и депрессия – признанные мишени работы психолога с пациентами гастроэнтерологического стационара, и в задачу гастроэнтеролога входит выявление пациентов, нуждающихся в данной консультации. Наиболее распространенным в этом отношении подходом является Госпитальная шкала тревоги и депрессии [5], поскольку одно из достоинств данной методики – представление результата в баллах в сравнении с нормой, что позволяет гастроэнтерологу интерпретировать его, не обращая за помощью к специалисту.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Шкала содержит 14 пунктов, каждому из которых соответствуют четыре варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики, что позволяет не только определить наличие тревоги и/или депрессии, но и дифференцировать ее стадии – субклиническую и клиническую. Дополнительным преимуществом этой методики

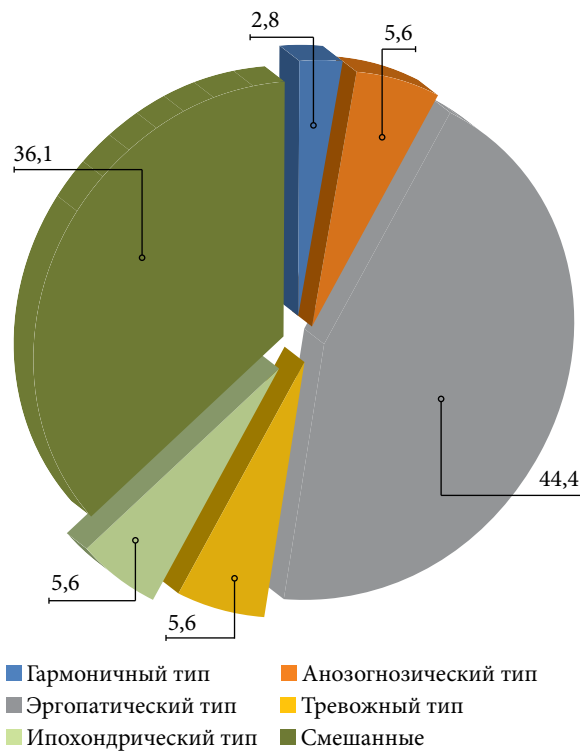
перед другими является то, что заполнение самой шкалы и интерпретация результатов тестирования не вызывают затруднений у пациентов.

В исследуемой группе психоэмоциональные нарушения выявлены более чем у половины пациентов (58,2%). Структура выявленных нарушений выглядела следующим образом: чаще всего (27,8%) отмечалось повышение уровня тревоги, в 5,6% случаев отмечен более высокий в сравнении с нормой балл по субшкале депрессии, у 25,0% пациентов одновременно присутствовали признаки тревоги и депрессии. Особое внимание было обращено на клинически значимые показатели тревоги (семь пациентов) и депрессии (три пациента). Выявление клинически значимой тревоги и/или депрессии является основанием для направления пациентов на консультацию психиатра с целью проведения дифференциального диагноза и решения вопроса о необходимости психофармакологического лечения.

Гастроэнтерологу стоит обратить внимание и на пациентов с субклинической тревогой и/или депрессией, частота которых преобладает в сравнении с их клинически выраженной стадией. Аналогичные данные были получены и в других ранее проведенных в МКНЦ исследованиях [6, 7]. Больные с субклиническими психоэмоциональными нарушениями консультируются психологом в плановом порядке с проведением при необходимости дополнительного психодиагностического обследования. К одной из первых диагностических задач в осуществлении персонализированного подхода к гастроэнтерологическому пациенту следует отнести изучение его отношения к болезни. Эту задачу можно решить с применением различных методик (Краткий опросник восприятия болезни, Э. Бродбент в адаптации В.М. Ялтонского и соавт. (2006); методика диагностики беспокойства о прогрессировании онкологического заболевания, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2016); опросник самооффективности в отношении болезни, Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов (2016)). Одним из вариантов является клиническая тестовая методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [8], широко применяемая в научных гастроэнтерологических исследованиях по изучению психосоматических аспектов заболеваний органов пищеварения [9, 10].

ТОБОЛ

Данная методика является классическим вариантом определения отношения к болезни, так как отвечает основному принципу персонализированной медицины – созданию обобщенной представления о пациенте на основании всесторонней информации о нем. В тексте опросника присутствуют вопросы, касающиеся разных жизненных сфер пациента – отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным



Частота различных типов отношения к болезни у гастроэнтерологических пациентов (n = 36), %

и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита. Данная методика является объемной, но не представляет сложности для заполнения ее опросника пациентом. Результат оценивается психологом и влияет на направленность психотерапевтического взаимодействия с пациентом. Практическая ценность применения методики значительно возрастает при ознакомлении с ее результатом гастроэнтеролога. В гастроэнтерологической работе она интересна для врачей, совмещающих практическую деятельность с научными исследованиями в вопросах влияния психосоматических факторов на заболевания органов пищеварения. В соответствии с полученными результатами выделяется 12 типов отношения к болезни.

Гармоничный тип (тип Г) характеризуется трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки серьезности болезни. Доминирующей чертой в отношении к болезни при *эргопатическом типе (тип Р)* является подчеркнутое стремление не принимать во внимание ограничения, которые накладывает болезнь, и придерживаться прежнего образа жизни. Центральное звено *анозогностического типа (тип З)* отношения к болезни – активное отбрасывание мысли о ней, следствием чего является легкомысленное отношение к лечению. Основная характеристика ре-

акции на болезнь у больных с *тревожным типом (тип Т)* – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, при этом отмечается повышенный интерес к объективным методам исследования, дающим представление об особенностях течения заболевания у данного больного. Больных с *ипохондрическим типом (тип И)* характеризуют сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях и выискивание у себя все новых и новых симптомов болезни. Следует различать ипохондрический тип отношения к болезни, отражающийся в поведении больного, и ипохондрический синдром как вариант соматического состояния, когда больной отмечает множественные и вариабельные ощущения в своем теле, сопровождающиеся повышенным беспокойством по поводу состояния своего здоровья. Основная черта *неврастенического типа (тип Н)* – поведение по типу «раздражительной слабости», когда на фоне сниженного настроения внезапно проявляются вспышки беспричинного раздражения. Больных с *меланхолическим типом (тип М)* отличают от других удрученность болезнью и неверие в выздоровление. Обязательная черта *апатического типа (тип А)* – полное безразличие к исходу болезни и нежелание предпринимать какие-либо действия, способствующие выздоровлению. *Сенситивный тип (тип С)* отличается от других сильным эмоциональным включением в болезнь, при этом спектр эмоций характеризуется переживаниями своей неполноценности и ущербности. При взаимодействии с другими людьми внимание больного фиксировано на знаках, которые, по его мнению, подтверждают данное представление. *Эгоцентрический тип (тип Я)* означает «уход в болезнь» со стремлением вызвать к себе особое внимание как к больному человеку. *Паранойяльный тип (тип П)* характеризуется присутствием стойкого представления о том, что болезнь является следствием чьего-то злого умысла. Основная черта *дисфорического типа (тип Д)* – доминирование в общей гамме эмоций мрачно-озлобленного настроения и зависти к здоровым людям.

Результат может быть представлен одним из очерченных психопатологических типов отношения к болезни или заключением о наличии смешанного варианта с одновременным присутствием признаков двух и более типов отношения к болезни (рисунок).

При трактовке результата ключевым моментом является разделение 12 возможных типов отношения к болезни на два блока, отличающихся по принципу влияния болезни на адаптацию пациента в социальной среде. Типы отношения к болезни первого блока (гармоничный, анозогностический и эргопатический) относятся к адаптивным, так как нарушения адаптации человека в связи с болезнью являются минимальными или



Таблица 1. Взаимосвязь психоэмоциональных нарушений и дезадаптивных типов отношения к болезни

Варианты отношения к болезни по ТОВОЛ	Психоэмоциональные нарушения по Госпитальной шкале тревоги и депрессии		Количество пациентов
	есть	нет	
Адаптивные	6	13	19
Дезадаптивные	15	2	17
Всего	21	15	36

Примечание. Различия достоверны при $p < 0,001$.

Таблица 2. Частота копинг-стратегий у пациентов исследуемой группы ($n = 36$)

Копинг-стратегии	Характеристика копинг-стратегий	Использование стратегий, абс. (%)		
		редкое	умеренное	частое
Конфронтация	Осуществление конкретных действий по изменению ситуации	5 (13,9)	24 (66,7)	7 (19,4)
Дистанцирование	Снижение степени эмоциональной вовлеченности в ситуацию	8 (22,2)	24 (66,7)	4 (11,1)
Самоконтроль	Подавление эмоций, высокий контроль поведения	6 (16,7)	26 (72,2)	4 (11,1)
Поиск социальной поддержки	Поиск информационной, эмоциональной и действенной поддержки окружающих	1 (2,8)	31 (86,1)	4 (11,1)
Принятие ответственности	Признание своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение	5 (13,9)	30 (83,3)	1 (2,8)
Бегство-избегание	Реагирование по типу уклонения от действий по разрешению возникших трудностей	4 (11,1)	28 (77,8)	4 (11,1)
Планирование	Целенаправленный анализ ситуации и планирование собственных действий	11 (30,6)	18 (50)	7 (19,4)
Положительная переоценка	Положительное переосмысление проблемы, рассмотрение ее как стимула для личностного роста	4 (11,1)	26 (72,2)	6 (16,7)

полностью отсутствуют. Остальные девять типов отношения к болезни входят во второй блок и характеризуются наличием личностной дезадаптации. При этом дезадаптация может иметь разную направленность: интрапсихическая (проявляющаяся клинически как «уход в болезнь» с чрезмерным напряжением во внутреннем мире или угнетенным эмоциональным состоянием) или интерпсихическая (характеризующаяся дезадаптивным поведением с нарушением межличностного взаимодействия с другими людьми во всех сферах жизни).

Среди обследованных пациентов адаптивные и дезадаптивные варианты отношения к болезни были выявлены практически с одинаковой частотой (52,8 и 47,2% соответственно). Представленное в табл. 1 сопоставление свидетельствует о том, что в большинстве случаев отношение к болезни встраивалось в общую картину

психоэмоциональных нарушений – 88,2% пациентов с дезадаптивными вариантами отношения к болезни имели повышенные показатели по Госпитальной шкале тревоги и депрессии, в том числе в 36,8% случаев клинически значимого уровня.

В структуре дезадаптивного блока в подавляющем большинстве случаев (76,5%) отмечены смешанные варианты отношения к болезни в сравнении с очерченными психопатологическими типами. Это свидетельствует о сложности и многогранности оттенков внутренней картины болезни.

Самой распространенной чертой смешанных вариантов, присутствующей у каждого четвертого пациента изучаемой группы, была патологическая сенситивность – рассмотрение себя с позиций неполноценности из-за своей болезни и представление о том, что окружающие придер-



живаются о них такого же мнения. Как свидетельствует приобретенный опыт, патологическая сенситивность у гастроэнтерологических пациентов может быть обусловлена разными причинами. В качестве наиболее распространенной из них можно обозначить необходимость соблюдения режима питания и пищевых ограничений. В ряде случаев значимыми были такие гастроэнтерологические симптомы, как громкая звучная отрыжка, урчание в животе, императивные позывы на дефекацию. В таких ситуациях особенно важна совместная работа гастроэнтеролога и психолога.

Типы отношения к болезни адаптивного блока на первый взгляд кажутся менее значимыми, что не соответствует действительности. Отрицание болезни, являющееся основной чертой пациентов с таким вариантом отношения к болезни, не затрудняет функционирование пациентов в социуме (по этой причине они называются адаптивными, и пациенты в данных случаях не нуждаются в обязательной консультации психолога), но непосредственно в вопросах, касающихся болезни, такая позиция пациента приводит к низкой приверженности лечению и снижению комплаенса. Негативное влияние подобного отношения к болезни на результат лечения должно стать одной из наиболее важных тем работы гастроэнтеролога с данной категорией пациентов.

Опросник «Способы совладающего поведения»

Совладающим поведением называется поведение человека при преодолении жизненных трудностей, его варианты обозначаются термином «копинг-стратегии». У каждого человека обычно присутствует несколько характерных для него копинг-стратегий. Индивидуальность человека зависит от количества копинг-стратегий, степени их выраженности и характеристики доминирующей стратегии в сопоставлении с остальными способами поведения. Определение особенностей преодолевающего поведения является одной из важнейших характеристик пациента, так как объясняет его поведение в рамках болезни.

Методика «Способы совладающего поведения» [11] позволяет рассмотреть восемь наиболее часто встречающихся копинг-стратегий. При оценке результатов выделяют три уровня проявлений каждой стратегии: низкий (что свидетельствует о редком применении пациентом данной стратегии), умеренный (означает обычное применение данного варианта) и высокий (доминирование данной стратегии). Стоит подчеркнуть, что очень высокий балл использования стратегии часто имеет ту или иную степень негативности в ее проявлениях [12], что уточняется и при необходимости корректируется в психотерапевтической консультации. Частота использования различных копинг-стратегий в исследуемой группе пациентов представлена в табл. 2.

Приведенные в таблице данные можно рассматривать с разных точек зрения. Пациенты используют различные копинг-стратегии, в качестве наиболее часто используемой из них выступает поиск социальной поддержки. Это объясняет тот факт, что в ситуации болезни пациенты настроены не только собственно на лечение, но и на получение информационной и эмоциональной поддержки от врача. Аналогично можно рассмотреть все остальные стратегии, выделяя их сильные и слабые стороны, которые могут проявиться в отношении болезни и лечения. Эти вопросы решаются при индивидуальной консультации психолога. Вопросы взаимодействия психолога и гастроэнтеролога в создании общего представления о пациенте в вопросах совладания с болезнью остаются нерешенными, несмотря на их безусловную практическую важность.

В качестве максимально эффективного взаимодействия гастроэнтеролога и психолога можно рассмотреть пример часто встречающегося в гастроэнтерологии пациента, соматические симптомы которого обусловлены гиперсекрецией желудочного сока. Гастроэнтерологическое лечение в этом случае включает фармакологические препараты, направленные на снижение желудочной секреции. Как правило, в данной ситуации симптоматика имеет склонность к рецидивированию, при этом обострения имеют четкую связь со стрессовыми ситуациями.

В такой ситуации результатом психологической консультации, включающей беседу с пациентом и психодиагностическое обследование, может быть заключение, в котором одной из особенностей является «бегство-избегание» в качестве доминирующей стратегии в преодолении сложных жизненных ситуаций.

Можно ли объединить трактовку ситуации двумя специалистами в единое заключение? Да, можно. В кратком виде заключение может выглядеть следующим образом: «В стрессовых ситуациях пациент отказывается от активной (эрготропной) позиции и использует копинг-стратегию “бегство-избегание”. На физиологическом уровне это означает переход организма в режим преобладания трофотропной деятельности, одним из проявлений которой является повышение функционирования желудочно-кишечного тракта, выражающееся, в частности, в гиперсекреции желудочного сока. Направленность лечения только на снижение уровня секреции желудочного сока является воздействием на следствие, а не на причину. Рекомендуется психотерапевтическая работа, включающая анализ причин отказа от активного преодоления стрессовых ситуаций и расширение вариантов используемых копинг-стратегий». Если пациент способен воспринять такую трактовку его состояния и пройти курс психотерапии, можно ожидать позитивного ответа его организма со стороны функционирования желудочно-кишечного тракта.



Данный пример является некоторой схемой, но схемой обоснованной. Именно изучение подобных ситуаций и выхода из них при одновременном участии в лечебном процессе гастроэнтеролога и психолога, а также осознанном включении пациента составляет главную ценность интеграции психологов и соматических врачей.

Заключение

Будущее развитие медицины во многом связано с интеграцией психологов и соматических вра-

чей. В практике гастроэнтеролога это направление является чрезвычайно важным, поскольку нарушения в эмоциональной сфере типичны для гастроэнтерологических пациентов. Одной из сложнейших интегративного процесса на современном этапе является недостаточное взаимопонимание гастроэнтерологов и психологов. Данная проблема может быть решена благодаря стремлению к повышению эффективности своей работы и взаимному обучению данных специалистов в процессе сотрудничества. ☺

Литература

1. Negri A., Zamin C., Parisi G., et al. Analysis of general practitioners' attitudes and beliefs about psychological intervention and the medicine-psychology relationship in primary care: toward a new comprehensive approach to primary health care. *Healthcare (Basel)*. 2021; 9 (5): 1–15.
2. Gómez A.R., Reina L.L., Méndez F.I., et al. The clinical psychologist in health centres. A joint work between primary care and mental health. *Aten Primaria*. 2019; 51 (5): 310–313.
3. Tomai M., Esposito F., Rosa V. Psychologists in Italian hospital settings: an exploratory analysis of hospital physicians' representations and demands of psychological intervention. *Interdisciplinaria*. 2017; 34 (1): 5–23.
4. Абросимов И.Н., Заоева З.О., Втюрина М.Б., Суркова И.М. Роль психолога в системе здравоохранения: анализ мнения врачей. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2022; 3 (29): 22–33.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. Hospital Anxiety & Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361–370 [в адаптации М.Ю. Дробижеева, А.Ф. Изнак, 1993].
6. Бабаян А.Ф., Фирсова Л.Д., Князев О.В. и др. Приверженность лечению и психоэмоциональные нарушения у больных язвенным колитом. *Эффективная фармакотерапия*. 2022; 18 (22): 26–32.
7. Быкова С.В., Сабельникова Е.А., Дегтярев Д.А. и др. Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с глютенчувствительной целиакией. *Эффективная фармакотерапия*. 2022; 18 (22): 34–39.
8. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1990.
9. Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Сердюк А.А. Психоэмоциональный статус у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной суб- и декомпенсированным стенозом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019; 9 (169): 38–44.
10. Леушина Е.А. Тип отношения к болезни у пациентов гастроэнтерологического профиля. Актуальные вопросы современных научных исследований: материалы Международной (заочной) научно-практической конференции, 28 марта 2022 г. Нефтекамск: Научно-издательский центр «Мир науки» (ИП Вострицев Александр Ильич), 2022.
11. Битюцкая Е.В. Опросник способов копинга: методическое пособие. М.: ИИУ МГОУ, 2015.
12. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, 2009.

Problems of Gastroenterologist and Psychologist Interaction When Treating Patients with Chronic Digestive Diseases

L.D. Firsova, PhD¹, M.G. Ivashkina, PhD^{1,2}, A.O. Savinykh², A.S. Yuditskya², S.I. Radvan², V.V. Ogarev, PhD¹, N.A. Bodunova, PhD¹

¹ A.S. Loginov Moscow Clinical Scientific Center

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

The efficiency of the interaction between gastroenterologists and psychologists depends on many factors, in particular, their mutual training in the course of their professional duties. As an example, the lecture considers a psychodiagnostic examination of the patients from the point of view of its practical significance for working with gastroenterological patients.

Key words: integration, gastroenterologist, psychologist, psychodiagnostic methods