

УДК 616.8-085.851 – 616.34 – 002

А.А. Алмагамбетова<sup>1</sup>, Р.М. Байжуманова<sup>1</sup>, М.Г. Раимова<sup>2</sup>, Г.К. Бураханова<sup>2</sup>КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей<sup>1</sup>,  
КГКП «Психиатрическая больница», п. Шульбинск<sup>2</sup>

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

### Аннотация

Данное исследование посвящено изучению эффективности психотерапии у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Обследовано 25 пациентов с СРК (20 жен, и 5 муж.), которые наблюдались в динамике в ходе психотерапевтического лечения. Терапия строилась с учетом стадии течения заболевания и личностных особенностей. На ранних этапах СРК основной задачей психотерапии являлось психологическое разрешение основного конфликта, вызвавшего заболевание. В дальнейшем психотерапевтические усилия направлялись, как на лечение имеющихся психических расстройств, так и на облегчение соматического состояния, коррекцию масштаба переживаний болезни, и комплексную реабилитацию пациентов. Исследование показало необходимость добавления к традиционным, ранее уже применяемым психотерапевтическим техникам при СРК современных методик (НЛП, эриксоновского гипноза, краткосрочной позитивной терапии, транзактного анализа, и др.), повышающих эффективность лечения.

**Ключевые слова:** Синдром раздраженного кишечника, психотерапия, позитивная терапия, комплексная реабилитация, пациентов, функциональное расстройство желудочно - кишечного тракта.

### Актуальность

Актуальность изучения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, в частности, синдрома раздраженного кишечника (СРК) определяется большой распространенностью данного заболевания, составляющей в большинстве стран мира от 9 до 48% среди всего населения [1].

В США более 20 млн взрослых жителей имеют симптомы этого заболевания. В общей структуре гастроэнтерологической патологии в этой стране СРК занимает 1-е место и составляет 28% всех случаев обращения к гастроэнтерологам. Около 12% пациентов, обращающихся за помощью к врачу общей практики, предъявляют жалобы, характерные для СРК [2]. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и, в первую очередь, синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), относятся к одной из наиболее распространенных форм психосоматических расстройств [Смулевич А.Б. с соавт. 1998]. По современным оценкам, распространенность СРТК в населении достигает 20% на протяжении жизни. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются и только треть больных ищет помощи у врача. Социальный и культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания. Результаты многочисленных исследований достоверно свидетельствуют о высокой частоте (от 54 до 100%) и значительном полиморфизме психических расстройств у больных с СРТК [Kellow J.E. с соавт., 1992; Lydiard R.B., 1994 и др.] [3].

Психопатологические проявления СРТК включают невротические – истеро-ипохондрические, тревожно-фобические [Lydiard R.B., 1994; Liss J.L. с соавт., 1973], депрессивно-тревожные [Fava G.A., Pavan L., 1976; Wender P.H., Calm M., 1983], патохарактерологические расстройства [Мариллов В.В., 1995]. Однако клинические проявления психических расстройств, а также разработка адекватных методов терапии остаются предметом дальнейших исследований [4].

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, при котором

боль или неприятные ощущения (дискомфорт) в животе связаны с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника, это – способность реагировать на перегрузки и конфликты своим кишечником и избавляться от них тем же способом, что и от пищи. Пищеварение означает также способность выводить из организма ненужные вещества; символическая попытка избавиться от чего-то, что не имеет большой ценности для больного, что несет опасность и тревогу (что-то, что нельзя «переварить») [5]. В позитивной психотерапии применяются поговорки и народная мудрость: дрожать от страха; получить нагоняй; разделиться с чем-либо; отпустить на все четыре стороны; лучше пустой кишечник, чем усталые руки; дрейфить; точность – вежливость королей; порядок – это половина жизни; без труда не вытащишь и рыбки из пруда.

### Цель исследования.

Изучение эффективности комплексного психотерапевтического воздействия на пациентов с СРК, с учетом стадии течения заболевания и личностных особенностей.

### Материалы и методы исследования.

В данном исследовании представлены результаты изучения выборки больных, сформированной за период с 2010 по 2012 год, как самостоятельно, обратившихся пациентов, так и направленных врачами семейных амбулаторий, а также гастроэнтерологами клиник. У всех обследованных диагноз СРК был поставлен врачами гастроэнтерологами после исключения органической патологии ЖКТ. Всего под наблюдением находилось 25 больных, из них женщин – 20(80%), мужчин было 5 человек (20%). По возрасту, больные распределялись следующим образом: от 21 до 30 лет – 12 (48%), от 31 до 40 лет – 9 человек (36%), от 41 до 50 и старше – 4 (16%). По давности заболевания: до года – 3 больных (12%), до пяти лет – 8 больных (32%), от пяти лет и выше – 14 (56%).

Клиника складывалась из расстройств стула, болей в животе, метеоризма, и различных психических нарушений пограничного уровня [2,4]. Для страдающих СРК характерны симптомы тревожной депрессии, ипо-

хондрическая фиксация на самочувствии, канцерофобии. Длительное течение заболевания приводило к стойким патохарактерологическим изменениям, выражающимся в различных вариантах психосоматического развития личности [3]. Толстая кишка дифференцированно реагирует на эмоционально- стрессовые ситуации. Депрессивные тенденции приводят к снижению функции толстой кишки, страх перед агрессивными проявлениями – к повышению функции. У больных в самом начале заболевания обнаруживались типичные особенности личности: точность, пунктуальность, чувство долга, трудолюбие, деятельность, обязательность, справедливость, вежливость [5]. По преобладающей психопатологической картине были выделены различные варианты синдрома раздраженной кишки: меланхолический 3 (12%), депрессивно-тревожный 7 (28%), истеро-ипохондрический 5 (20%), тревожно-фобический 10 (40%) [4]. При построении тактики терапии учитывались ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациентов, этап течения заболевания. Мишенями психотерапии при различных вариантах СРК являлись: характерная для всех вариантов течения заболевания патологическая тревога, депрессивные расстройства, ипохондрическая направленность переживаний, разнообразные фобии (в первую очередь канцерофобии). Важным моментом терапии данной категории больных также являлась ее направленность на ресоциализацию пациентов, т.к. хроническое течение СРК приводило к выработке определенных социальных ограничений, избегающему поведению, формированию отчужденной социально-психологической позиции самоизоляции. СРК приводил к значительному снижению качества жизни больных. Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 25 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение, ЛФК, диету и др.

#### Результаты и обсуждение.

На выбор терапевтических техник влияла необходимость достижения быстрого положительного эффекта уже с первых занятий (для укрепления мотивации больных на продолжение психотерапии). Именно поэтому на амбулаторном этапе лечения предпочтением отдавалось техникам краткосрочной психотерапии, которые были сфокусированы на быстрое решение проблем и изменение состояния. К ним относились в первую очередь релаксационные техники, а также краткосрочная позитивная психотерапия, НЛП, некоторые техники гештальттерапии, эриксоновская терапия с применением ресурсных трансов. На этапе поддерживающего лечения, либо при запросах больных на более глубокую работу использовались техники психоаналитической направленности и личностного роста. Применение различных релаксирующих методик, «абдоминального варианта» аутотренинга практически при всех вариантах СРК уменьшало внутреннее напряжение и тревогу, что опосредованно благоприятно сказывалось на деятельности желудочно-кишечного тракта и общем самочувствии пациентов. В то же время только с помощью этих методов не удалось разрешить многие межличностные и внутриличностные конфликты, явившиеся как пусковым моментом заболевания, так и способствующие его хронизации. Дополнительное включение в терапию тран-

зактного анализа, поведенческой терапии, дыхательных практик, телесно-ориентированной и других современных психотерапевтических техник помогало решить многие проблемы и конфликты, осознать психологические «выигрыши» от болезни, укрепить веру в способность пациентов справиться со своими трудностями и проявлениями болезни, а также научить пациентов самостоятельно принимать позитивные решения, перестать «прятаться за болезнь», отказаться от привычной роли «слабых и беспомощных». Тактика психотерапии строилась с учетом этапа заболевания. На начальных этапах СРК, когда в переживаниях отчетливо звучала тема психотравмирующей ситуации [3], в первую очередь применялась патогенетическая психотерапия, направленная на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию действия механизмов психологической защиты. Усилия направлялись в первую очередь на психологическое осознание и поиск адаптивных способов психологической защиты, направленных на разрешение основного конфликта, вызвавшего заболевание. Работа была направлена в первую очередь на снижение остроты переживаний, переключение с психотравмирующей ситуации, обеспечение возможности вербально отреагировать негативные переживания. При более длительном течении СРК, когда у больных наблюдался процесс соматизации аффекта, нарастала фиксация на состоянии здоровья, и формировались «порочные психосоматические круги» [3,4], роль психотерапии оставалась по-прежнему весьма значительной, она постепенно приобретала отчетливую «симптоматическую» направленность. При этом в терапию дополнительно включались медикаменты (небольшие дозы седативных препаратов и/или антидепрессанты). Многолетнее течение болезни, приводило к качественным изменениям личности, нарастанию эгоцентризма, способствующему большему уходу в болезнь, возникновению стойких психоземotionalных нарушений, выражающихся в различных вариантах патохарактерологического (психосоматического) развития личности [4]. Требовалась все более активная медикаментозная коррекция имеющихся психических нарушений. На этом этапе болезни психотерапия была направлена на поддержку пациентов, сохранение эмоциональных связей больного, социальную адаптацию. Психотерапия на этапе патохарактерологических изменений включала также работу со стойкой фиксацией на соматических жалобах, была направлена на коррекцию "масштаба переживаний" болезни, коррекцию внутренней картины болезни. В результате применения психотерапии наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентов, в первую очередь, проявляющаяся в исчезновении или существенном снижении тревоги, исчезновении страхов, лучшей социальной адаптации. Также было выявлено, что к психосоциальным факторам, участвующим в формировании симптомов СРК, относятся:

- эмоциональное, сексуальное и физическое насилие;
- стрессовые ситуации;
- хронический социальный стресс и тревожные расстройства;
- дезадаптивное копинговое поведение.

Наиболее часто СРК диагностировался у лиц молодого, трудоспособного возраста: у 51% лиц в возрасте 21–30 лет, у 38% – 31–40 лет и у 11% – 41 лет и старше. При этом у женщин СРК развивается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

В контрольной группе у 25 пациентов, страдающих СРК, получавших только фармакотерапию у 4 (16%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 21 (84%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями.

В сравнении с контрольной группой у больных прошедших комплексную психотерапевтическую помощь никаких серьезных осложнений или последствий не было.

Статистическая обработка результатов лечения, показала, что у 58% больных наступило выздоровление, значительное улучшение — у 39% и лишь у 3% больных состояние не изменилось.

#### **Выводы:**

1. Наилучший эффект в лечении СРК дает комбинирование различных психотерапевтических методов.
2. Комбинированное лечение должно строиться с учетом этапа заболевания и обязательно включать современные психотерапевтические методики.
3. Положительная клиническая динамика, показывает исчезновение или значительное уменьшение интенсивности гастроэнтерологических жалоб.
4. Комплексность психотерапевтических мероприятий улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

5. У больных, получавших психотерапию, течение заболевания было более благоприятным – уменьшались или полностью устранялись признаки психологической дезадаптации.

6. Положительные изменения в состоянии пациентов, подтверждают необходимость совместного лечения СРК как гастроэнтерологами, так и психотерапевтами.

#### **Литература:**

1. Бротийнгам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина (пер.с нем). - М., Гэотар Медицина, 1999 - 376с.
2. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // Психиатрия и психофармакотерапия. Медицина 2000; С.45-49.
3. Марилов В. В., Орестова Т. Ю., Марилова Т. Ю. Психопатологические варианты синдрома раздраженной толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2005. - N 6. - С.64-65
4. Марилов В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // Вестник РУДН. - 2000. - №3. - С.98-101.
5. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. - Москва «Медицина». - 1996. - С.463.

#### **Тұжырым**

### **ІШЕК ТІТІРКЕНУ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ**

**А.А. Алмагамбетова, Р.М. Байжуманова, М.Г. Раимова, Г.К. Буракханова**  
**КМҚК “Семей қаласының психикалық салауаттылық орталығы”,**  
**КМҚК Шұлбі кентінің “Психиатриялық ауруханасы”**

Бұл зерттеу ішек тітіркену синдромы бар науқастарда психотерапия маңыздылығын көрсетуге бағытталған. Ішек тітіркену синдромы бар 25 науқас зерттелді (20 - әйел, 5 – ер адам), олар психотерапиялық емдеу барысында бақылауда болды. Терапия аурудың ағымына және науқастың жеке бас ерекшеліктеріне негізделі құрылды. ІТС – ң ерте кезеңдерінде психотерапияның негізгі мақсаты – ауруға себеп болған, ең басты қайшылықты психологиялық тұрғыдан шешу. Ендігі кезекте психотерапия бағыты – емдеу кезіндегі психикалық бұзылыстарды, соньмен қатар соматикалық жағдайын жеңілдету, ауруды уайымдау дәрежесін төмендету және науқастарды комплексті реабилитациялау болып табылады. Зерттеу нәтижесінде ІТС кезінде бұрыннан қолданылатын дәстүрлі психотерапиялық әдіске, қазіргі заманға сай (НЛБ – нейролингвистикалық бағдарлама, эриксондық гипноз, қысқа уақыттағы нәтижелі ем, транзакты анализ, және т.б.) емдеудің нәтижесін жоғарылататын әдістерді қолдану қажет.

**Негізгі сөздер:** тітіркенген ішек синдромы, психотерапия, позитивті терапия, пациенттердің кешенді реабилитациясы, асқазан-ішек жолдары бұзылыстарының функциясы.

#### **Summary**

### **MENTAL THERAPY EFFICIENCY AT PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

**A.A. Almagambetova, R.M. Baizhumanova, M.G. Raimova, G.K. Burakhanova**  
**OSCC “MENTAL HEALTH CENTERS ” of Semey city,**  
**OSCC “Psychiatric Hospital”, township Shulbinsk**

This research is dedicated to studying mental therapy efficiency at patients with irritable bowel syndrome (IBS). There were examined 25 patients with IBS (20 women and 5 men) who were followed up by a doctor in the course of psychotherapeutic treatment. Therapy was conducted with consideration for disease state and personal peculiarities. On the early stages of IBS the main goal of mental therapy was psychological settlement of chief conflict which has caused the disease. In further, mental therapeutic effort was aimed both at treatment of available mental disorders and at relief of somatic state, correction of scale of the disease feeling and complex rehabilitation of patients. The research showed the necessity of adding modern methods (neuro-linguistic programming, Erikson hypnosis, short-term positive therapy, transaction analysis) which increase the efficiency of treatment to the traditional, previously used mental therapeutic techniques at IBS.

**Key words:** Bowels irritable disease, psychotherapy, positive therapy, complex rehabilitation therapy, function of GIT disorder.