

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**В.И.ЕСАУЛОВ, В.В.МАРИЛОВ****Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН. Москва. 117198, Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет**

Работа посвящена изучению эффективности психотерапии у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Обследовано 200 пациентов с СРК. (150 жен., и 50 муж.), которые наблюдались в динамике в ходе комплексного лечения, включающего психотерапию. Терапия строилась с учетом стадии течения заболевания и личностных особенностей. На ранних этапах СРК основной задачей психотерапии являлось психологическое разрешение основного конфликта, вызвавшего заболевание; терапия также была направлена на работу с различными проявлениями соматизированной депрессии. В дальнейшем психотерапевтические усилия направлялись как на коррекцию 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. Отмечена целесообразность сочетанного лечения пациентов с СРК как у врачей гастроэнтерологов, так и у психиатров, владеющих современными методами психокоррекции. При хроническом течении заболевания, когда наблюдались патологические изменения характера пациентов, психотерапия должна сочетаться с небольшими дозами седативных препаратов и/или антидепрессантов.

Ключевые слова: психотерапия, психосоматические заболевания, заболевания кишечника.

Среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) значительную часть составляют больные с синдромом раздраженного кишечника. В настоящее время СРК считается типичным психосоматическим заболеванием ЖКТ [1-7]. Клиника складывается из расстройств стула, болей в животе, метеоризма и различных психических нарушений пограничного уровня [2,4,7]. Для страдающих СРК характерны симптомы тревожной депрессии, ипохондрическая фиксация на самочувствии, канцерофобии. Длительное течение заболевания приводит к стойким патохарактерологическим изменениям, выражающимся в различных вариантах психосоматического развития личности [4,5].

Лечение этой группы больных остается одной из сложных клинических проблем в основном из-за тенденции к частым рецидивам под воздействием многочисленных стрессовых факторов. В большинстве случаев больным с СРК показана психотерапия.

В ряде публикаций описано успешное применение методов психотерапии у пациентов с СРК [1,2,5,7]. Зарубежные авторы подчеркивают, что наилучший эффект дает комбинирование различных психотерапевтических методов [1,3,8-10].

В отечественной практике при лечении СРК уже много лет применяются методы рациональной, гипносуггестивной терапии, "абдоминальный" аутотренинг, мышечная релаксация [7]. В то же время в терапию СРК в нашей стране практически не включались такие эффективные психотерапевтические техники, как гештальттерапия, транзактный анализ, эриксоновский гипноз, нейро-лингвистическое программирование (НЛП), позитивная терапия и другие современные методы психотерапии.

С целью изучения эффективности комплексного психотерапевтического воздействия на пациентов, страдающих данной патологией, нами обследованы в динамике 200 больных с СРК (150 жен., 50 муж.), проходивших лечение в гастроэнтерологической клинике. Возраст больных варьировал от 21 до 60 лет. У всех обследованных диагноз СРК был поставлен врачами гастроэнтерологами после исключения органической патологии ЖКТ. Применялись клиничко-катamnестический, клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический методы обследования больных. По преобладающей психопатологической картине нами были выделены различные варианты синдрома раздраженной кишки: меланхолический, депрессивно-тревожный, депрессивноипохондрический, депрессивно-фобический и шизоформный [6].

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 отчетливой социально-психологической позиции самоизоляции.

На выбор терапевтических техник влияли ограниченность срока пребывания пациентов в гастроэнтерологическом отделении, и необходимость достижения быстрого положительного эффекта уже с первых занятий (для укрепления мотивации больных на продолжение психотерапии). Именно поэтому на этапе лечения в стационаре предпочтение отдавалось техникам краткосрочной психотерапии, сфокусированным на быстрое решение проблем и изменение состояния. К ним можно было отнести в первую очередь релаксационные техники, а также краткосрочную позитивную терапию, НЛП, некоторые техники гештальттерапии, эриксоновскую терапию с применением ресурсных трансов. На этапе поддерживающего лечения после выписки, либо при запросах больных на более глубокую работу использовались техники психоаналитической направленности и личностного роста.

Применение различных релаксирующих методик, «абдоминального варианта» ауто-тренинга 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 удавалось разрешить многие межличностные и внутриличностные конфликты, явившиеся как пусковым моментом заболевания, так и способствующие его хронизации.

Дополнительное включение в терапию транзактного анализа, позитивной терапии, гештальттерапии, НЛП 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 [5], 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» [4,5], 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).

При многолетнем течении болезни, приводящей к качественным изменениям личности, нарастании эгоцентризма, способствующему большему уходу в болезнь, возникновению стойких психоэмоциональных нарушений, выражающиеся в различных вариантах

патохарактерологического (психосоматического) развития личности [5], эффективность психотерапии уменьшалась. 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.

Контрольное обследование спустя полгода после выписки из стационара показало, что пациенты, продолжающие посещать психотерапевтические занятия, субъективно чувствовали себя лучше и у них значительно реже возникали диспептические явления, боли и расстройства стула по сравнению с прервавшими занятия после выписки.

Таким образом, опыт лечения 200 пациентов с СРК показал, что комбинированное лечение должно строиться с учетом этапа заболевания и обязательно включать современные психотерапевтические методики. Положительная клиническая динамика, показывающая исчезновение или значительное уменьшение интенсивности гастроэнтерологических жалоб, улучшение психоэмоционального состояния, и данные психологического тестирования после комплексной терапии с включением психотерапии, показывающие положительные изменения в состоянии пациентов, подтверждают необходимость совместного лечения СРК как гастроэнтерологами, так и психиатрами.

Литература

1. Бротингам 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. 2000; 2: 45-49.
3. Кискер, Фрайбергер, Розе, Вульф. Психиатрия, психосоматика, психотерапия (пер. с нем.) М.: Алетейя - 1999. - 504 с.
4. Коркина М.В., Марилов В.В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 1987; 11: 1697-1700.
5. Марилов В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта : Автореф. дис...д-ра мед. наук. М., 1993.
6. Марилов В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // Вестник РУДН. 2000; 3: 98-101.
7. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л.: Медицина, 1991.- 224 с.
8. Schwarz SP, Taylor AE, Scharff L, Blanchard E.B. Behaviorally treated irritable bowel syndrome patients: a four-year follow-up. Behav Res Ther 1990;28(4):331-335.
9. Svendlund J., Sjodin I., Ottoson J.O. et al. Controlled studies of psychotherapy in irritable bowel syndrome Lancet 1983; 2: 589-591.
10. Whorwell P., Prior A., Colgan S. Hypnotherapy in severe irritable bowel Gut. 1987; 1;28:423-425.

COMPLEX PSYCHOTHERAPY OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

V.I. ESAULOV, V.V. MARILOV

Department of Psychiatry and Medical Psychology RPFU. Moscow 117198, Mcluhov -
Maklavya str. 8, Medical Faculty.

The authors have studied psychotherapeutic approaches to the treatment of patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). The monitoring of two hundred IBS patients (150 women and 50 men) has pointed to an integrated approach as the optimal one. The therapy of such patients should be linked to the particular stage of the disease and a patient's personality. At the early stage of IBS the main tasks are to resolve the conflict which had provoked the illness as well as to treat different forms of depression. In the case of sustainable IBS the treatment should be geared to the correction of mental disorders and easement of somatic condition as well as adjustment of the scale of the disease and rehabilitation. The study has demonstrated the desirability of complementing traditional psychotherapy with modern psychotherapeutic methodologies (NLP, Ericson's hypnosis, short-term positive therapy, transaction analysis, etc.) that

boost the effectiveness of the treatment. The study has also pointed to the crucial role of treating IBS patients by both gastroenterologists and psychiatrists who have mastered modern methods of psycho-correction. As for chronic with pathological personality mutations the psychotherapy should be integrated with infinitesimal doses of sedatives and/or antidepressants.

Key words: psychotherapy, psychosomatic disease, diseases of an intestine.