

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЗБУДИМОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.В.МАРИЛОВ, В.И.ЕСАУЛОВ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН.
Москва. 117198, Миклухо-Маклая, д.8. Медицинский факультет

При помощи клинико-катамнестического и экспериментально-психологического методов обследовано 200 больных (150 женщин и 50 мужчин) с синдромом возбудимой толстой кишки. Преморбидно личности этих больных отличались повышенной тревожностью, сензитивностью, ранимостью, склонностью к депрессивному и интрапунитивному реагированию, алекситимичными особенностями, пассивно-оборонительным стилем жизни и только аффективным способом переработки конфликтов. Заболеванию всегда начинается психогенно после стресса. В процессе психологической переработки страдания клиника синдрома возбудимой толстой кишки усложняется развитием различных вариантов депрессии, фобических (главным образом канцерофобических) реакций, выраженной ипохондрии и шизофреноформными картинками.

Синдром возбудимой толстой кишки (СВТК) является классическим примером психосоматического реагирования алекситимически ориентированной личности на значимые ключевые переживания. Дебютирует это расстройство после сверхзначимой для личности психотравмирующей ситуации, как соматизированная реакцией организма на дистресс. СВТК (нервная диарея, невроз толстой кишки, ее диссинергия и пр.) составляет более половины всех функциональных расстройств толстого кишечника [1-5].

В то же время уже возникшее заболевание само по себе может привести к появлению тех или иных психических расстройств в плане патологических реакций на сам факт заболевания и социальные ограничения, вызванные этим видом страдания.

В изучении этого заболевания в последнее время все чаще стали принимать участие психиатры. Интерес к проблеме психиатров психосоматической ориентации отнюдь не случаен, ибо на модели этой патологии особенно отчетливо прослеживается влияние дистресса на деятельность желудочно-кишечного тракта. Вероятно, поэтому в ряде психиатрических школ в последние десятилетия этим синдромом занимаются главным образом психиатры, считающие данную патологию лишь "частью длительного психического заболевания", в частности — первичной депрессии или тревожного расстройства.

При помощи клинического и экспериментально-психологического методов обследовано 200 больных с СВТК. Особо подчеркнем, что диагноз СВТК ставился исключительно гастроэнтерологами после тщательных обследований в условиях гастроэнтерологических клиник. Длительное безуспешное лечение в условиях гастроэнтерологического стационара вынудило врачей отправить этих больных к психотерапевту (психиатру).

Из общего числа обследованных мужчин было 50, женщин 150 (соотношении 1:3, соответствует данным литературы о преобладании этой патологии именно у женщин).

Возраст больных варьировал от 21 года до 60 лет, составляя в среднем у женщин $37,1 \pm 1,2$ года, у мужчин — $33,5 \pm 3,0$ г. Исследование показало, что у 88% женщин и у 92% мужчин заболевание началось в возрасте до 40 лет, т.е. в период максимально выраженной трудовой и социальной активности. Длительность заболевания до 5 лет отмечена у 44% мужчин и женщин, от 5 до 10 лет — у 38% женщин и у 28% мужчин. Хроническое (более 10 лет) течение заболевания преобладало у мужчин ($P < 0,05$).

В обследованной группе лиц с высшим и незаконченным высшим образованием было 65%, т.е. им было доступно понимание вопросов тестов.

Клиническая картина заболевания складывалась из психогенных поносов, протекавших с болью или без неё, психогенной абдоминальной боли и психогенных запоров, также с болью или без неё. Диарейный вариант СВТК выявлен у 40% мужчин и 44% женщин, диарейный с болевым, соответственно, у 36% и 33,3%, чистый болевой — у 12% и 16%. В целом диарейный, болевой синдромы и их сочетание выявлено у 88% мужчин и 93% женщин. Эти данные свидетельствуют о значительно меньшей представленности запорного варианта СВТК среди страдающих этим видом патологии.

Преморбидные личностные особенности больных с СВТК всегда привлекали внимание исследователей, поскольку оценивались как факторы предрасположения или риска. Будущие пациенты ещё до болезни оценивались как сверхдобросовестные, весьма пунктуальные, обязательные лица, достигающие в своей профессии определенных высот. В то же время это крайне опрятные люди с утривованными понятиями о личной гигиене, высокими требованиями к себе. Они известные моралисты, не идущие на компромиссы даже ради явной выгоды. Им была характерна выраженная гиперсензитивность, мимозоподобность, тревожность, крайняя ранимость вплоть до параноидной подозрительности к своим обидчикам. У них снижена способность и умение вербализовать свои эмоциональные проблемы (алекситимия), что, как известно, является фактором риска к развитию психосоматических заболеваний. Для преморбиды обследованных был весьма характерным аффективный способ переработки конфликтов.

С известной долей условности по преобладающей психопатологической картине можно было выделить следующие варианты синдрома возбудимой толстой кишки: меланхолический (15 чел или 7,5%), депрессивно-тревожный (86 чел или 43.0%), депрессивно-ипохондрический (41 чел или 20.5%), депрессивно-фобический (28 чел или 14%) и шизоформный (30 чел или 15%).

При меланхолическом варианте отмечалась классическая тоска с депрессивной покорностью судьбе, унылой обреченностью, «безрадостным смирением», при этом болезнь воспринимается как реальная данность за «грехи», неправильные поступки в прошлом. Именно поэтому никакой активной борьбы с заболеванием больные не вели, а если и вели, то скорее под активным нажимом родственников.

Следующие три варианта, по существу, являются единым конгломератом психопатологических расстройств, поступательно переходящих из одного состояния в другое.

Депрессивно-тревожная разновидность СВТК характеризовалась ситуационно-обусловленной и соматогенной тревогой, усиливавшейся в периоды обострения основного заболевания, или появлением отдельных его симптомов в неприемлемой ситуации (например, появление поноса во время поездки в метро). Невозможность найти выход из подобных ситуаций значительно усиливала тревогу и как бы переводила ее в разряд истерических реакций, внешне напоминающих истеропанические атаки. Для этой группы больных особенно характерным было снижение порога психогенного реагирования, когда патогенными становятся обычные тривиальные события, требующие, однако, изменение динамического стереотипа. Именно необходимость принятия конкретного и вполне определенного решения и являлась стрессом и вызывала появление выраженной ситуационно-обусловленной тревоги и кратковременной паники.

Депрессивно-ипохондрический вариант, условно говоря, является как бы логическим продолжением предыдущего варианта. При этом на фоне депрессии и тревоги возникали идеи на первых порах довольно неопределенные, скорее подозрения или предположительные догадки о возможном наличии у себя не просто СВТК, но заболевания иного генеза, прогностически более тяжелого и возможно неизлечимого. Именно эта группа больных особенно интенсивно обследовалась у врачей, требовала проведения многочисленных, порой неоправданных инструментальных обследований.

Депрессивно-фобический вариант являлся логическим завершением ипохондрической направленности больных предыдущей группы. Ипохондрия здесь нашла точку приложения в виде формирования четких и конкретных фобий (как правило, канцерофобий). Осознание наличия онкологического заболевания настолько интенсифицировало активность больных по поиску новых для них методов лечения, что это приводило к некоторому снижению тревоги, реализуемой «на поисковую активность», что и приводило к некоторому улучшению соматического состояния при СВТК (формировались так называемые обратные или отрицательные психосоматические циклы). В любом случае больные объясняли улучшение своего состояния именно диагностической определенностью своего заболевания, хотя на самом деле усиление поисковой активности всегда приводит к облегчению страдания. Следует особо подчеркнуть, что формирование канцерофобий, а также танатофобий при этом варианте всегда было четко

связано с желудочно-кишечным трактом и не выходило за пределы психологически понятных связей.

Особого внимания требовал шизоформный вариант СВТК, так как именно он вызывал большие дифференциально-диагностические трудности в отграничении этого состояния от вялотекущей неврозоподобной шизофрении. При этом варианте СВТК происходила генерализация фобических построений за пределы психологически понятного. При этом канцерофобическая одержимость затрагивала уже не только желудочно-кишечный тракт, но чаще другие органы и системы (рак мозга, злокачественная опухоль средостения, рак легкого и т.д.). Кроме того, расширялась содержательная сторона фобий за счет увеличения репертуара нозофобий (страх заболеть СПИДом, сахарным диабетом и другими малокурабельными, по мнению больных, заболеваниями).

При этом варианте отмечалось превращение ситуационно-обусловленной тревоги в диффузную, свободно плавающую. Экзацербация тревоги уже совершенно не зависела от обострения СВТК, при этом появление тревоги могло быть спровоцировано даже весьма незначительной стрессовой ситуацией, совершенно не связанной с деятельностью пищеварительной системы или организма в целом. Появлялись панические атаки, также содержательно не связанные с деятельностью желудочно-кишечного тракта. Обострения психического состояния теряли причинную связь с ухудшением соматического компонента СВТК.

Хроническое течение СВТК приводило к выработке определенных социальных ограничений, больные переставали посещать театры, концерты, библиотеки, кинотеатры, не пользовались метро, избегали людных мест, старались ездить только по тем маршрутам, где были общественные туалеты. Со временем у многих из них потребности в контактах ограничивались, главным образом, телефонным общением. Формировалась отчетливая социально-психологическая позиция самоизоляции.

По мере развития заболевания всё отчетливее становились и характерологические нарушения (этап психопатизации – исходное состояние психосоматоза). Больные становились мелочно-придирчивыми, озлобленными, часто давали гневливо-эксплозивные реакции (особенно по отношению к родственникам и медицинскому персоналу).

Необходимо подчеркнуть, что нарастание характерологических расстройств изменяло и стиль поведения больных в условиях фрустрации - он всё чаще становился экстрапунитивным, при котором враждебность уже была направлена вовне, т.е. на окружающих (чаще всего, как уже указывалось, на родственников и врачей).

Таким образом, СВТК, будучи типичным психосоматическим страданием, возникает под действием выраженной психической травмы у личности с известной уязвимостью желудочно-кишечного тракта. Возникнув, это заболевание само по себе может приводить к появлению различных психических расстройств в виде депрессии, тревоги, ипохондрической навязчивости, канцерофобий и других нозофобий и выраженной психопатизации личности. В соответствии с этим, с известной долей условности можно выделить меланхолический, депрессивно-тревожный, депрессивно-ипохондрический, депрессивно-фобический и шизоформный варианты СВТК.

Литература

1. Banský G. Schweiz.med. Wschr. 1982. 112.9.314-319.
2. Bayer T.L. et al. Pain. 1991. 44.1.45-50.
3. Colgan S.M., Whorwell P.J. Biomedicine. 1986. 40.1.2-3.
4. Creed F., Guthrie E. GUT. 1989. 30.1601-1609.
5. Whorwell P.J. et al. GUT. 1987. 28.423-425.

MENTAL DISORDERS WITHIN IRRITABLE BOWEL SYNDROME.

V.V. MARILOV, V.I. ESAULOV

Department of Psychiary and Clinical Psychology *RPFU*.

Moscow. 117198. M-Maklaya st 8. Medical faculcy

200 patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) were examined by clinical and psychological methods (150 females and 50 males). Personality traits were characterized by high point of repressed hostility, intrapuniveness and depressed-type of coping. Long-existing IBS developed vivid psychiatric symptoms such as depression, anxiety, hypochondriacal ideas and cancerophobia. The author delines several variants of IBS – melancholic, depression with anxiety, depression with hypochondria, depression with phobia, and schizophrenia-like states.