О ДИНАМИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОК С БОЛЕВОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ

Есаулов В. И.

Институт психотерапии и клинической психологии, Москва, Россия, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

В статье приведены данные исследования динамики психоэмоционального состояния у 40 женщин в возрасте 18–43 лет, страдающих болевой формой синдрома раздраженного кишечника, при лечении стандартной терапией и с добавлением психотерапии. После первичного обследования женщин разделили на 2 группы. 1 группу составили 20 пациенток с синдромом раздраженного кишечника, пролеченных стандартными для данной патологии способами, без применения психотерапии. Во 2 группу вошли 20 женщин, прошедших стандартный курс терапии в сочетании с психотерапией. Применялись релаксационные техники, эриксоновский гипноз и техники нейро-лингвистического программирования. Результаты динамического клинического наблюдения подтверждались в начале лечения и спустя 3 месяца заполнением специальных опросников диагностики состояния желудочно-кишечного тракта, данными самоотчетов пациенток, использованием теста САН, психодиагностикой эмоционально-личностного состояния с помощью опросника MMPI. Полученные данные показали наибольшую эффективность комбинированного применения стандартного лечения в сочетании с психотерапией. В психоэмоциональном статусе отмечены позитивные изменения, более выраженные во 2 группе. В первой группе улучшения в основном касались уменьшения гастроэнтерологической симптоматики и урежения болей, с незначительным уменьшением тревожности. Во второй группе, согласно результатам исследования, помимо улучшения соматического состояния, сопровождающихся заметным уменьшением частоты и интенсивности болей, уменьшились депрессивные переживания, тревожность, фиксация на состоянии здоровья. Сделан вывод о целесообразности применения именно комплексного подхода в лечении данной патологии.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, женщины, психоэмоциональное состояние, психодиагностические тесты, психотерапия, комплексное лечение.

PSYCHOEMOTIONAL DYNAMICS OF FEMALE PATIENTS WITH A PAINFUL FORM OF THE IRRITABLE BOWEL SYNDROME BY USING PSYCHOTHERAPY

Esaulov V. I.

Institute of Psychotherapy and clinical psychology, Moscow, Russia. e-mail: v-esaulov@yandex.ru

The article is about the data about the research of dynamics of psycho-emotional state of 40 women at the age of 18–43, suffered from painful form of the irritable bowel syndrome. These women were cured by means of standard therapy and with the help of psychotherapy. After the first observation women were divided into two groups. The first group consisted of 20 female patients with the irritable bowel syndrome. People from this group were cured by standard methods without using of psychotherapy. There were 20 women in the second group. They were cured by the standard therapy in combination with psychotherapy. Relaxing techniques, Ericksonian hypnosis and techniques of neuro-linguistic programming were used. The results of dynamic clinical observation were confirmed at the beginning of treatment and after 3 months when patients filled inquirers of diagnostic of the state of alimentary canal, data of self report of patients, the use of SAN test and psychodiagnostic emotional personal state with the help of inquirer MMPI. The received data showed the most effective ways of using standard treatment in the combination with psychotherapy. Positive changes were noticed in psycho-emotional status (the most noticeable changes were in the second group). The improvement in the first group was connected with the decrease of gastroenterological symptoms and decrease of pain and the lack of anxiety. According to the results of research, in the second group there was the improvement of somatic state, the decrease of the frequency of pain, the decrease of depressive experience, anxiety and fixation on the state of health. As a result, we consider that the complex approach in the treatment of this disease is more useful.

Keywords: irritable bowel syndrome, women, psycho-emotional state, psychodiagnostic tests, psychotherapy, complex treatment.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) многие годы подряд привлекает внимание гастроэнтерологов и психиатров вследствие тесного переплетения в клинических проявлениях болезни как соматической, так и пограничной психической симптоматики. Исследованию взаимовлияния соматического и психоэмоционального состояний по-прежнему посвящено много исследовательских работ у нас в стране и за рубежом [3,4,5,7,8,9]. Большинство авторов СРК признан в качестве классического примера функциональной психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3–9].

В клинической картине СРК наблюдается сочетание абдоминальных болей, расстройств стула и иных проявлений абдоминального дискомфорта со стороны ЖКТ [3,5]. Психоэмоциональное состояние обычно сопровождается преобладанием тревожно-депрессивного спектра психических расстройств различной интенсивности [1,4]. Для заболевания характерно волнообразное течение с чередованием обострений, зачастую провоцируемых воздействием стрессовых факторов, и периодов ремиссии [3,5]. СРК значительно чаще встречается у женщин [10].

В настоящее время в терапии пациентов с СРК используется множество самых разнообразных методов и их комбинаций. Не существует жестко стандартизированного единого метода лечения данной патологии. До сегодняшнего дня продолжают активные попытки найти эффективные терапевтические комбинации лечения данной патологии желудочно-кишечного тракта.

Как подчеркивает А.А. Шептулин (2007), в последних Римских критериях-III, описывающих клинику СРК, рекомендации по лечению этой категории больных выдержаны в очень осторожном тоне и не носят однозначно-предписывающий характер [6].

Согласно Римским критериям-III, при лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника рекомендовано использовать как мероприятия общего плана, включающие нормализацию образа жизни, установление доброжелательных рабочих отношений между пациентом и врачом, соблюдение диеты, так и назначение лекарственных препаратов, влияющих на определенные ведущие клинические симптомы заболевания (запор, диарею, боли), включение при необходимости пробиотиков, а также применение различных психотерапевтических методов, используемых для лечения специально подобранной группы пациентов с СРК [2,3,4,6,8].

В последние несколько десятилетий существуют практические наблюдения, в которых отмечается положительный эффект систематического использования различных техник психотерапии при лечении больных с СРК [2,3,5,8,9]. В то же время, несмотря на признание целесообразности включения психотерапевтических техник в комплексное лечение пациентов с СРК, при анализе эффективности психотерапии ряд исследователей

высказывает сомнения в убедительном превосходстве применения этих техник по сравнению с обычным комплексным лечением, направленным на облегчение симптомов данного заболевания [3,5,7]. Признавая определенный положительный эффект применения техник психотерапии, отмечается, что они лишь косвенно, не напрямую улучшают общее самочувствие и опосредованно влияют на уменьшение соматических жалоб, уменьшение интенсивности абдоминальных болей за счет улучшения качества жизни [3,7,9].

Целью исследования явилось изучение динамики психоэмоционального состояния у 40 женщин в возрасте 18–43 лет, страдающих болевой формой синдрома раздраженного кишечника, при лечении стандартной схемой терапии и при комплексном лечении с включением методов психотерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациенток с болевой формой синдрома раздраженного кишечника в возрасте 18–43 лет. Диагноз был верифицирован врачами-гастроэнтерологами согласно диагностическим Римским критериям -III [3,8].

Первоначально у всех 40 женщин было исследовано психо-эмоциональное состояние при помощи психологических тестов. Для психодиагностики использовались личностный опросник ММРІ, опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН), структурированное интервью и комплексный тест оценки самочувствия больных с заболеваниями ЖКТ, а также данные самоотчета пациенток.

Затем пациентки были разделены на две однородные по возрасту и клиническим проявлениям группы по 20 человек для проведения сравнительной эффективности лечения на стандартной терапии СРК и на аналогичном лечении, но с добавлением психотерапии. Первую группу составили 20 пациенток с синдромом раздраженного кишечника, пролеченных стандартными для данной патологии способами (диета, спазмолитики, пробиотики, симптоматическая терапия, физиотерапия) без применения психотропных препаратов и психотерапии. Во вторую группу вошли 20 женщин, прошедшие стандартный курс терапии в сочетании с психотерапией.

У пациенток 2 группы приводились часовые психотерапевтические занятия по 3 раза в неделю с использованием релаксационных техник (психомышечная релаксация), эриксоновского гипноза (ресурсные трансы, терапевтические метафоры) и техник нейролингвистического программирования (диссоциация от боли, работа с негативными переживаниями с использованием контрастного анализа субмодальностей, работа с «линией времени» с поиском и закреплением необходимых ресурсных состояний) [2].

Результаты динамического клинического наблюдения с момента начала терапии подтверждались повторным проведением психодиагностики спустя 3 месяца.

Результаты и обсуждение. Ниже приведены данные исследования в двух группах пациенток до проведения лечения и спустя 3 месяца от начала терапии.

Результаты психодиагностического исследования женщин с болевой формой синдрома раздраженного кишечника до начала терапии:

При рассмотрении личностного профиля 40 пациенток с болевой формой синдрома раздраженного кишечника можно отметить, что усредненный профиль ММРІ характеризуется значительным повышением седьмой, восьмой, первой и второй шкалы при сопутствующем умеренном повышении значений по третьей, девятой и нулевой шкале. Полученные данные приведены ниже на рисунке 1.

Рис.1. Профиль ММРІ пациенток с болевой формой СРК до терапии (при $p \leq 0,05$)

Повышенные значения седьмой шкалы (Pt-тревожность=82,7T-баллов), в сочетании с повышенными показателями по первой (Hs-сверхконтроль=76T-баллов) и восьмой (Sc-индивидуалистичность=79T-баллов), могут указывать на внутреннюю напряженность, беспокойство и тревогу за состояние здоровья, сопровождающиеся склонностью к сомнениям и готовностью погружаться в свои переживания. У пациенток при этом могут возникать страхи перед возможным «пропущенным» онкозаболеванием. Повышение показателей по второй шкале (D-пессимистичность=80,5T-баллов) в сочетании с девятой (Ma-оптимистичность=72,9T-баллов) может указывать на сниженный фон настроения, чувство душевного дискомфорта, растерянность, беспокойство, ощущение надвигающейся беды.

Повышенные значения третьей шкалы (Ну-эмоциональная лабильность=74,9T-баллов), могут свидетельствовать о неустойчивости эмоций, плаксивости, склонности привлечь к себе внимание окружающих за счет демонстрации собственной беспомощности.

Комбинация повышенных показателей по шкале (F) и низких по шкале (K), может свидетельствовать о высоком уровне напряженности, тревожности и внутренней потребности в поддержке.

Повышение значений по нулевой шкале (Si-интроверсия) свидетельствует о снижении социальной активности, сужении круга контактов, возможно связанных с мыслями и переживаниями по поводу плохого самочувствия и фиксации на них. В то же время у обследованных пациенток отмечалась выраженная потребность в помощи, желание освободиться от проблемного состояния, стремление к лечению с целью преодоления тягостных ощущений и переживаний.

Суммируя данные психодиагностического обследования (ММРІ, САН, интервью, самоотчеты, данные комплексного теста оценки самочувствия больных ЖКТ), видно, что на начальном этапе исследования у пациенток на первый план выступали сниженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, повышенный уровень тревоги с внутренним напряжением, готовность к выраженной фиксации на состоянии здоровья, навязчивые страхи. Наряду с этим, отмечено ощущение растерянности, неуверенности, непреодолимости надвигающейся беды, со склонностью к тревожной ажитации. Эти явления сочетались с потребностью в сочувствии, поддержке, покровительственном отношении со стороны значимых лиц.

Как отмечали сами пациентки, ставшее привычным ожидание болевого приступа усиливало внутреннее напряжение, тревогу, страх его возникновения, и становилось, по сути, хроническим психотравмирующим переживанием, которое само могло спровоцировать новый приступ абдоминальных болей.

Сравнительные данные о динамике психоэмоционального состояния в двух группах женщин с СРК через три месяца начала терапии описаны ниже и проиллюстрированы на рисунке 2.

Рис. 2. Динамика профиля ММРІ пациенток с болевой формой СРК в ходе терапии (при $p \leq 0,05$)

Результаты исследования 1-ой группы пациенток после проведенного курса стандартной терапии: После проведения стандартного курса терапии спустя 3 месяца усредненный личностный профиль характеризовался снижением показателей по седьмой (Pt-тревожность =73Т-балла), второй (D-пессимистичность = 72Т-балла), девятой (Ма-оптимистичность =67Т-баллов) и оценочной шкале F (72Т-балла), что может указывать на улучшение настроения, снижение внутреннего напряжения, уменьшение уровня тревоги и исчезновении ажитации, растерянности, ощущения беспомощности, безысходности.

Несмотря на понижение значений по шкалам пессимистичности (72Т-балла) и тревожности (73Т-балла), они все же превышают нормативные показатели, что может говорить о сохранении склонности к тревоге за состояние здоровья, беспокойстве, мнительности, неуверенности в окончательном выздоровлении.

Вместе с тем оставались высокими значения по шкалам сверхконтроля (76Т-баллов), индивидуалистичности (83Т-балла) и интроверсии (73Т-балла), что может свидетельствовать об остающемся чувстве дискомфорта, наличии навязчивых мыслей о состоянии здоровья, склонности к фиксации на неприятных телесных ощущениях, ожидании периодически возникающих абдоминальных болей. Повышенные показатели третьей шкалы (Ну-эмоциональная лабильность=72Т-балла) указывают на остающийся неустойчивый фон настроения и стремление привлечь внимание к проблемному состоянию.

Таким образом, после проведения стандартного курса терапии на первый план у пациенток с СРК выступало некоторое улучшение фона настроения, снижение внутреннего напряжения, уменьшение степени выраженности тревоги, страха, беспокойства, исчезновение ажитации. По-прежнему сохранялось дискомфортное состояние, неустойчивость фона настроения, наличие навязчивых мыслей и опасений за свое здоровье, фиксация на неприятных соматических ощущениях, болезненная сосредоточенность на своем здоровье, неуверенность в окончательном выздоровлении, сопровождающаяся выраженной потребностью в понимании, сочувствии, с элементами демонстративности.

Результаты после проведения психотерапии: Как видно из рисунка 2, после проведения психотерапии во второй группе пациенток с СРК усредненный личностный профиль ММРІ характеризуется значительным снижением показателей по следующим шкалам: первой (D-пессимистичность=71Т-балл), седьмой (Pt-тревожность=75Т-баллов), восьмой (Sc-индивидуалистичность=75Т-баллов), девятой (Ма-оптимистичность=67Т-баллов). Также отмечено понижение шестой (Ра-аффективная ригидность=70Т-баллов) третьей (Ну-эмоциональная лабильность=69Т-баллов) и нулевой шкалам (Si-интроверсия=69Т-баллов).

Снижение показателей второй (71Т-балл) и третьей шкал (69Т-баллов) указывает на улучшение и склонность к стабилизации настроения, исчезновение эмоциональной неустойчивости и демонстративности. Уменьшение показателей по седьмой (75Т-баллов) и девятой шкалам (67Т-баллов) свидетельствует об уменьшении тревоги, исчезновении ажитированного компонента в поведении.

Сочетание показателей первой (73Т-балла), восьмой (75Т-баллов), шестой (70Т-баллов), и контрольной (F=67Т-баллов) шкал, показывает уменьшение в ходе терапии внутреннего напряжения, навязчивых мыслей, страхов и опасений за свое здоровье, с ослаблением фиксации на них. Снижение показателей по нулевой шкале (69Т-баллов) указывает на повышение общительности и активности.

Таким образом, после проведения терапии с включением психотерапевтических занятий отмечается улучшение настроения, исчезновение эмоциональной неустойчивости, плаксивости, ажитации, уменьшение степени выраженности тревоги, страхов, сопровождаемое значительным снижением внутреннего напряжения, а также опасений, связанных с состоянием здоровья, уменьшением фиксации на дискомфортных телесных ощущениях.

Субъективно пациентки из этой группы в ходе терапии отмечали значительное повышение уверенности, стабилизацию настроения, увеличение социальной активности, а также существенное уменьшение соматических жалоб.

Итак, после проведения психотерапии по данным психодиагностики (ММРІ, САН, тест оценки самочувствия, самоотчеты) отмечается улучшение фона настроения, отсутствие эмоциональной неустойчивости, плаксивости, ажитации, уменьшение степени выраженности тревоги, страхов. Отмечается значительное снижение внутреннего напряжения, беспокойства за состояние своего здоровья, ослабление фиксации на неприятных соматических ощущениях и переживаниях. После проведения психотерапии отмечается уверенность в себе, стремление к активной деятельности по преодолению тягостных ощущений.

Выводы. При сравнении динамики психоэмоционального состояния у женщин, страдающих СРК, проходивших стандартный курс лечения и комплексный курс, дополненный психотерапией, можно отметить положительные изменения самочувствия в обеих группах спустя 3 месяца от начала лечения. У получавших стандартную терапию женщин отмечались уменьшение гастроэнтерологической симптоматики и урежение болей, улучшение настроения с некоторым уменьшением тревожности, при остающейся настороженности в отношении состояния здоровья. Дополнение терапии психотерапевтическими техниками позволяло достигнуть более заметных позитивных изменений в соматическом и психоэмоциональном состоянии, при которых помимо

уменьшения частоты и интенсивности болей наблюдалось уменьшение депрессивных переживаний, тревожности, фиксации на состоянии здоровья. Учитывая большую эффективность влияния на психоэмоциональное состояние пациенток с СРК комплексного подхода с включением психотерапии, целесообразно дополнять стандартное лечение психотерапевтическими техниками.

Список литературы

1. Есаулов В.И. О некоторых эмоционально-личностных характеристиках пациентов с синдромом раздраженного кишечника // *European research*. – 2015. – № 5 (6). – С.76-78.
2. Есаулов В.И., Марилов В.В. Комплексная психотерапия синдрома раздраженного кишечника // *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. – 2001. – № 2. – С.54-57.
3. Маев И. В., Черемушкин С. В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей. – М. : Форте принт, 2012. – 52 с.
4. Марилов В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // *Вестник РУДН. Серия: Медицина*. – 2000. – № 3. – С. 98-101.
5. Конорев М.Р. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром раздраженного кишечника // *Медицинские новости*. – 2002. – № 4. – С. 15-19.
6. Шептулин А. А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? // *Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 63-68.
7. Cain KC., Headstrom P., Jarrett ME et al. Abdominal pain impacts quality of life in women with irritable bowel syndrome // *Am J Gastroenterol* – 2006. Jan;101(1). – P.124-132.
8. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology*. – 2006. – 130 (5). – P.1377–1390.
9. Goldberg J., Davidson P. A biopsychosocial understanding of the irritable bowel syndrome: a review.// *Can J Psychiatry*. – Oct 1997; Vol 42. – P.835-840.
10. Payne S. Sex, gender, and irritable bowel syndrome: making the connections // *Gender Medicine*. – August 2004, Vol.1, Iss.1. – P.18-28.

Рецензенты:

Гордеев М.Н., д.м.н., профессор, ректор НОУ ВПО ИПиКП, г. Москва;

Салехов С.А., д.м.н., профессор кафедры общей патологии Института медицинского образования НовГУ, г. Великий Новгород.