

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНИК В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Есаулов В.И.^{1,2,3}

¹ГБОУ ВПО Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва;

²НОУ Институт психотерапии и клинической психологии, Москва;

³Центр современных психотехнологий, Москва, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Описан опыт применения различных техник и методов психотерапии при лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). В работе проведен обзор основных современных отечественных и зарубежных работ по выбранной теме. Отмечено, главными мишенями терапии во многих исследованиях по применению психотерапии при синдроме раздраженного кишечника становились тревожно-депрессивные расстройства. Определенное внимание уделено работам, посвященным коморбидности пограничных психических расстройств и синдрома раздраженного кишечника. Наличие этой коморбидности предполагает дополнительное введение в лечение больных СРК тех методов, которыми располагает современная психиатрия при лечении пограничных психических расстройств. Отмечено, что подавляющее число работ подчеркивает наибольшую эффективность терапии при использовании комбинации психотерапии и фармакотерапии. Применение только лекарственных препаратов в терапии недостаточно для достижения стабильного улучшения при данной патологии. В тех случаях, когда речь идет о существенной роли психогенной составляющей в развитии заболевания, обязательным является включение психотерапевтических техник. Большинство публикаций, посвященных проводимой психотерапии при СРК, касается применения техник когнитивно-бихевиоральной терапии, различных гипнотических техник, релаксационных приемов. В работе отмечена близость современных психотерапевтических приемов, применяемых зарубежными и отечественными исследователями, ориентированных в первую очередь на работу с тревожными составляющими болезни.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, пограничные психические расстройства, личностные характеристики, техники психотерапии, гипнотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, релаксационные приемы.

PRACTICE OF USING DIFFERENT PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNIQUES IN THERAPY OF PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Esaulov V.I.^{1,2,3}

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow;

²Institute of Psychotherapy & Clinical Psychology, Moscow;

³Modern Psychotechnology Center, Moscow, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Different techniques and methods of therapy of patients with irritable bowel syndrome (IBS) have been described. An article gives an overview of baseline modern local and international works on a chosen subject. It was noted that mostly irritable bowel syndrome therapy was aiming at working with depressive and anxiety disorders. Noticable attention was given to papers on comorbidity of borderline mental disorders and irritable bowel syndrome. Presence of this comorbidity suggests that the additional inclusion of modern psychiatric methods of border psychic disorders treatment should be made in IBS treatment as well. It was noted that most works stress the effectiveness of therapy when a combination of psychotherapy and pharmacotherapy is used. Usage of only pharmacotherapy preparations in therapy is not enough for a stable mend within this pathology. In those cases when we deal with a dominant role of psychogenic component in a disease development it is necessary to include psychotherapeutic techniques. The majority of publications on psychotherapy in IBS treatment tells about using the techniques of cognitive-behavioral therapy, a range of hypnotherapy and relaxation techniques. The article notes that modern psychotherapeutic methods that are used by local or foreign researchers are very similar and are overall oriented on therapy on an anxiety component of the disease.

Keywords: irritable bowel syndrome, borderline mental disorders, personal characteristics, psychotherapeutic techniques, hypnotherapy, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques.

Больные с синдромом раздраженного кишечника (СРК) являются одной из самых распространенных категорий гастроэнтерологических больных. Различные варианты этой

патологии диагностируются в настоящее время у 10–20 % населения развитых стран. Клинически данное функциональное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляется дискомфортными ощущениями в животе, метеоризмом, абдоминальными болями различной интенсивности и частоты, расстройствами стула в виде поносов и запоров, нередко с выделением слизи. Эти расстройства в большинстве случаев протекают приступообразно. Имеется склонность к хронизации болезни, которая может длиться многие годы. Помимо вышеописанных гастроэнтерологических проявлений, клиника дополняется многочисленными сопутствующими симптомами, не имеющими отношения к ЖКТ [2,10,13,20,23].

Следует отметить, что до настоящего времени нет единой точки зрения о механизмах возникновения данной гастроэнтерологической патологии. По-прежнему дискутируются самые разные стороны диагностики и клиники СРК [21,23,26]. Далеки от окончательного решения и вопросы, связанные с разработкой и применением эффективных схем терапии у этих пациентов [13,21].

При том, что в МКБ-10 синдром раздраженного кишечника рассматривается обычно как отдельная нозологическая единица в разделе заболеваний ЖКТ (шифр – K58), это заболевание является наглядным примером мультидисциплинарной проблемы [15]. Большинство современных исследователей признает СРК в качестве биопсихосоциального расстройства, как один из типичных примеров функционального психосоматического заболевания ЖКТ [2,4,9,11,23,43].

На протяжении уже нескольких десятилетий проводятся исследования, в которых исследуется взаимосвязь СРК с пограничной психической патологией. В них было отмечено, что у значительного числа пациентов с синдромом раздраженного кишечника имеется повышение уровня тревоги, часто совпадающее с различной степенью снижения настроения. Вследствие этого появились представления о коморбидности синдрома раздраженного кишечника и психической патологии (с тревожной и аффективной симптоматикой). Все чаще на пациентов с СРК стали смотреть как на имеющих двойной диагноз, при котором комбинируются нарушения функции кишечника и определенная нозологическая форма психической патологии [1,8,14,43,48].

В.В.Мариловым и соавт. описано постепенное развитие у пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями ЖКТ, особого варианта приобретенного личностного расстройства – психосоматического развития личности [14]. Согласно этим наблюдениям, психические расстройства, находящиеся в тесной связке с гастроэнтерологическими симптомами, не являются однородными, и поэтапно развиваются, усложняются и трансформируются. В начале заболевания наблюдается этап первичной депрессивной

реакции на острый или хронический стресс, вызвавший начало психосоматоза ЖКТ, сопровождаемый процессом соматизации аффекта, с переходом на следующий этап – затяжных психосоматических реакций с усилением тревожно-ипохондрического, фобического компонентов, истеро-невротического компонентов. В последующем наблюдается переход в стадию моно- и полисистемных психосоматических циклов, постепенно переходящий в финальный этап психосоматоза ЖКТ – психосоматическое развитие личности. На этом этапе заметна выраженная психопатизация больных, усиление прежних характерологических черт и появление новых, ранее несвойственных для больных, преимущественно в виде нарастания эгоцентризма, конфликтности.

По мнению С.В. Иванова (2000), проявления психической патологии при СРК могут проявляться в виде органичного невроза, личностного расстройства (ипохондрического развития), аффективного расстройства (соматизированной депрессии) и шизофрении [8].

Сложная, полиморфная картина неврозоподобных состояний, часто встречающихся у больных с функциональными расстройствами ЖКТ, описана Ю.А. Александровским (2002). По его наблюдениям, пограничная психическая патология при этих заболеваниях представлена различными сочетаниями астенических, ипохондрических, депрессивных, обсессивно-фобических и истерических расстройств [1].

В зарубежных исследованиях также отмечалась высокая коморбидность гастроэнтерологических и психовегетативных расстройств, полиморфность клинической картины СРК. Типичным примером работы по этой теме может быть систематический обзор, сделанный W.E. Whitehead и соавт. (2002), где обсуждались вопросы о причинах и следствиях этих коморбидных отношений [48].

Как зарубежные, так и отечественные авторы в последнее десятилетие продолжают исследования, посвященные прояснению характера взаимосвязи соматических и психических составляющих при СРК, а также поискам эффективных комплексных способов лечения этой патологии.

При исследовании особенностей течения психопатологических расстройств у больных с синдромом раздраженного кишечника, проведенном в 2008 году Т.А. Климушевой, подтверждается взгляд на СРК как разновидность типичной психосоматической патологии, с указанием на то, что в его клинике встречаются все характерные для психосоматических расстройств признаки. Обнаруживаемая при СРК психопатология проявляется в виде 3 основных синдромов – депрессивного (в сочетании с астенией), тревожного и ипохондрического, что делает целесообразным включение осмотра психиатра при разработке тактики терапии у этих пациентов [11].

В 2010 году Б.Д. Цыганков, И.А. Макарова при изучении личностных акцентуаций и психологического профиля пациентов с СРК психодиагностическими методиками отметили высокую встречаемость эмотивного типа личности, и наличие более чем у 80 % обследованных с этой патологией различных психоэмоциональных нарушений [24].

В.М. Махов, Л.В. Ромасенко, Т.В. Турко и соавт. (2013) предложили при диагностике состояния больных с СРК обращать внимание на некоторые особенности предъявления жалоб, позволяющие заподозрить психопатологическое неблагополучие пациентов. Подчеркнуто, что своевременная и квалифицированная оценка психического статуса при этой мультидисциплинарной патологии является основой успеха лечения таких пациентов. Описаны некоторые возможные сложности и опасности, которые подстерегают терапевтов без должной оценки психического статуса психиатром или психотерапевтом. Авторы отмечают целесообразность дополнения гастроэнтерологической практики доступными психометрическими методиками и организацию психиатрического консультирования, помогающих сделать более эффективной комплексную терапию пациентов с синдромом раздраженного кишечника [15].

Одной из интересных отечественных обзорных статей за последнее десятилетие по проблеме СРК является публикация Я.С. Циммермана (2014), в которой дан детальный разбор современных концепций этиопатогенеза этого заболевания ЖКТ (в первую очередь с позиции биопсихосоциального подхода), приведены данные о вариантах клинического течения, описаны кишечные и внекишечные проявления СРК [23]. Существенное место в обзоре уделено способам диагностики и лечения, включая сведения о лечении проблемного психо-эмоционального состояния при СРК с использованием методов фармакотерапии и психотерапии. Автор отмечает необходимость консультации у психоневролога для всех больных с СРК.

Роль взаимосвязей между функцией кишечника и состоянием психики при СРК отражена в обзоре S.K. Padhy и соавт. (2015) под весьма красноречивым названием: «Синдром раздраженного кишечника: раздраженный мозг или раздраженный кишечник?» [43]. Авторы подчеркивают, что гастроэнтерологические проявления СРК являются лишь вершиной айсберга, при котором понимание точных причин этого расстройства и возможностей его излечения еще очень далеки от завершения. Суммируя современные представления о сути СРК, в публикации отмечена теснейшая взаимосвязь оси «мозг – кишечник», и необходимость направленного терапевтического воздействия, как соматические, так и психоэмоциональные звенья этого расстройства.

Для лечения сопутствующих пограничных психических расстройств многими авторами предложено использование различных методов, имеющихся в арсенале

современной психиатрии, в первую очередь применение психотропных средств [11,15,30]. В то же время практические наблюдения показывают, что применение только различных лекарственных средств при лечении синдрома раздраженного кишечника может привести лишь к временному улучшению состояния и способствует хронизации болезни.

В качестве распространенной современной точки зрения на возможности медикаментозного лечения пациентов с СРК можно привести работу И.В. Маева и соавт. (2013), в которой отмечено, что терапия больных с этой патологией по-прежнему является трудной задачей. Подчеркнуто, что это связано с существованием множества факторов, способствующих развитию заболевания, часто возникающими расстройствами психоэмоциональной сферы, вследствие чего возникает необходимость одновременного назначения нескольких лекарств, многих из которых к тому же могут вызвать побочные реакции. Отмечено, что продолжающиеся по настоящее время попытки разработать эффективную пролонгированную лекарственную схему терапии при СРК пока не дали результата ни для одного варианта течения заболевания [13].

В последние годы большинством исследователей практически не подвергается сомнению идея о существенной роли психотерапии при СРК, особенно в тех случаях, когда выражена психогенная составляющая в развитии данного заболевания. Как отмечает А.А. Самсонов (2011), современное лечение СРК включает в себя рекомендации по питанию, назначение лекарственных средств и применение (при необходимости) различных методов психотерапии [20].

В рекомендациях Ассоциации Российских колопроктологов и Российской гастроэнтерологической ассоциации (2014) по диагностике и лечению взрослых пациентов с СРК в качестве показаний для назначения психотерапевтических методов лечения указана неэффективность медикаментозного лечения продолжительностью 9–12 месяцев, с необходимостью предшествующего перед назначением психотерапии осмотра психоневролога. Отмечена возможность применения при СРК когнитивно-поведенческой терапии, гипнотерапии и психологической поддержки [10].

В силу остающейся недостаточной эффективности уже существующих лечебных схем и необходимости поиска новых эффективных комплексных методов терапии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника остаются актуальными и по настоящий день работы по исследованию возможностей воздействия на разные клинические проявления этой болезни, включая исследование возможностей применения психотерапии.

Целью работы является анализ опыта применения отечественными и зарубежными авторами психотерапевтических техник при лечении пограничных психических расстройств у пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

Результаты и обсуждение

Анализ литературных источников показывает, что по настоящее время описание применения методов психотерапии при СРК существенно меньше по сравнению с количеством работ, описывающих медикаментозное лечение данного заболевания. Значительное число работ отличается невысокой достоверностью, при которых исследования проводилась на небольших по численности выборках, без полноценного статистического анализа. С другой стороны, определенная часть публикаций по психотерапии при СРК ограничивается лишь лаконичным упоминанием названий примененных техник без особой конкретизации их. Вместо подробного и конкретного описания применения тех или иных психотерапевтических техник основное внимание акцентируется на анализе результатов психодиагностики, сопровождающейся чрезмерной детализацией полученных на разных этапах психотерапии изменений психо-эмоционального статуса.

Конечно, ни один из исследователей не предлагает лечить пациентов с СРК только методами психотерапии, противопоставляя их обычным способам терапии. В публикациях обычно отмечается, что психотерапевтические приемы применяются в комплексе с диетой и другими стандартными для этой патологии методами терапии. Нередки сообщения о сочетанном применении при СРК как методов психотерапии, так и психофармакотерапии [4,10,18,20,30,34,46].

Для построения эффективной комплексной терапевтической программы в определенной степени можно принять за основу тактику терапии тех гастроэнтерологов, которые признают психосоматическую природу СРК. К примеру, Е.К. Баранская (2002), описывая особенности терапии пациентов с СРК, отметила, что программа лечения должна состоять из двух этапов: первичного, длительностью 6–8 недель, и базового, продолжающегося от 1 до 3 месяцев [2]. По ее мнению, конкретный выбор методов определяется взаимодействием целого ряда факторов и зависит от клинических проявлений (ведущих симптомов), их тяжести и влияния на качество жизни, от особенностей поведения и психо-эмоционального статуса пациента. В качестве основного элемента лечебной программы, по мнению Е.К. Баранской, должно выступать решение задачи психосоциальной адаптации с активным вовлечением самого пациента в процесс диагностики и лечения.

В ряде публикаций также отмечена особая роль доверительного контакта и построение успешного рабочего альянса между больным с СРК и врачом [2,19,25,27,35,42]. Типичной в этом плане является точка зрения Т.Е. Полуниной (2016) о том, что в терапии данной категории больных краеугольным камнем является построение взаимопонимания в отношениях врач-пациент [19]. При этом предлагается активное, без перебивания, выслушивание пациента, включая использование невербальных приемов поддержания

общения в виде зрительного контакта, кивания головой и подобных приемов. В беседе рекомендовано поддерживать реалистичные ожидания, стремиться понять пациента, избегать фокусировки только на гастроэнтерологической симптоматике, держаться уверенно, доступно и четко уметь объяснять причины заболевания и тактику терапии при различных клинических проявлениях СРК.

При изучении эффективности различных видов психотерапии при СРК некоторые авторы вообще заявляют, что положительный эффект в терапии зависит не столько от вида применяемой психотерапии, тех или иных конкретных техник, а скорее – от личности психотерапевта, его умения наладить сотрудничество с пациентом. Основное значение для терапевтического успеха, в конечном итоге, имеет характер складывающихся взаимоотношений между терапевтом и пациентом [42].

Т. Nyphantis и соавт. (2009), обследуя 257 пациентов с СРК, отметили взаимосвязь характера межличностных отношений и соматического состояния больных с тяжелой формой синдромом раздраженного кишечника [35]. Были использованы психодиагностические тесты, оценивающие стиль межличностных отношений, уровень психологического стресса, интенсивность болей, общее самочувствие пациентов. Затем часть пациентов проходила терапию, направленную на проработку межличностных проблем. По результатам проведенного повторного психодиагностического обследования спустя 15 месяцев было отмечено, что те пациенты, которые получали интерперсональную психотерапию, отмечали уменьшение проблем в коммуникациях, у них снижался уровень психологического стресса, и лучшим по сравнению с получающими только лекарственную терапию было соматическое состояние. Т. Nyphantis и соавт. полагают, что оказание конкретной психотерапевтической помощи в области межличностных отношений и проработка проблем в этой сфере могут играть определенную роль в улучшении состояния здоровья пациентов с хроническим течением СРК [35]. Данная работа подтверждает необходимость построения эффективного терапевтического альянса между пациентом и врачом, пациентом и его ближайшим окружением, и необходимость терапевтической проработки коммуникативных проблем пациентов с СРК.

В этом плане может быть интересна работа, в которой К. Crocker, А. Chur-Hansen, J. Andrews (2013) исследовали знание врачами общей практики личностных особенностей пациентов с СРК, и имеющихся у этих пациентов проблем в сфере межличностных отношений. Было отмечено слабое знание врачами первичного звена межличностных проблем пациентов, недооценка их в возникновении и обострении симптомов со стороны ЖКТ. Обращено внимание на необходимость работы по налаживанию и поддержке хороших

межличностных отношений в первую очередь в системе врач-пациент, и оптимизации сферы общения в целом для улучшения самочувствия больных с СРК [27].

При определении тактики психотерапии у пациентов с психосоматическими расстройствами ЖКТ типы и методы психотерапии целесообразно выбирать индивидуально в зависимости от особенностей личности, вида патологии, ее тяжести и длительности, специфики психологических защит, учета текущего психоэмоционального состояния [6]. Для этого желательно проведение комплексного психодиагностического обследования в начале терапевтического процесса. Полученные данные помогают лучше понять проблемы пациентов, наметить мишени для психотерапевтического воздействия.

В.В. Мариловым и соавт. (2000) отмечено, что у пациентов с СРК часто встречаются такие личностные особенности, как тревожная мнительность, пунктуальность, педантизм, моралистичность, трудности в вербализации своих эмоций (алекситимия), склонность к обсессивным реакциям, зависимость от мнения значимых других, которые необходимо учитывать при проведении психотерапии [14]. У многих пациентов из-за множественных страхов попасть в неловкую ситуацию, опозориться (к примеру, не удержать в присутствии других газы, или же опасениях общаться из-за громкого урчания в животе) отмечается склонность к социальной изоляции, что может привести к отказу от прихода на психотерапевтическую консультацию в периоды обострений симптоматики [4,14].

Примером работы, позволяющей базироваться при построении психотерапии на понимание психологического профиля больного, его личностных черт, может являться исследование 2010 года Б.Д. Цыганкова и И.А. Макаровой, применивших при изучении психического состояния пациентов с СРК комплексные методы психодиагностики (шкалу тревоги и депрессии HADS, шкалу самоотчета SCL-90, опросник Леонгарда) [24].

Интересной с позиций подбора психотерапевтических подходов является работа с описанием психофеноменологического профиля пациентов с СРК как в период обострений заболевания, так и в период ремиссии. В ней Ю.И. Заседа (2015) отмечает значительную саногенную потентность при СРК гипносуггестивных техник, методик когнитивно-бихевиорального и динамического круга, на что указывает высокая выявляемость саногенных феноменов индуктивного, аналитического и когнитивного блоков психофеноменологических профилей больных с данной патологией ЖКТ [7].

Чаще всего мишенями индивидуальной психотерапии при СРК становятся характерные для пациентов тревожные, депрессивные, ипохондрические и разнообразные фобические (в основном канцерофобические) переживания, в сочетании с социальной дезадаптацией и изоляцией с уходом в болезнь [2,4,6].

В целом можно отметить схожесть, близость психотерапевтических приемов, применяемых как отечественными, так и зарубежными исследователями, которые ориентированы в первую очередь на работу с тревожными составляющими болезни [4].

В отечественных публикациях, посвященных комплексной терапии СРК, в последние десятилетия распространена точка зрения, что психотерапия при СРК в основном должна сводиться к разъяснительно-информационной работе с пациентами об особом характере заболевания, при котором часты ухудшения самочувствия после стрессовых ситуаций, предлагается проведение занятий по укреплению веры в улучшение самочувствия, в сочетании с обучением навыкам релаксации для самостоятельного снятия психоэмоционального и мышечного напряжения, дополняемые при необходимости суггестивными приемами [2,4,6,25].

Так, еще в 1997 году А.А. Шептулин при проведении психотерапии в первую очередь рекомендовал разъяснить пациентам с СРК природу имеющихся у них расстройств. По его наблюдениям, в тех случаях, когда разъяснительная работа не была проведена, большинство больных высказывали неудовлетворение проведенным обследованием, настаивая на повторных диагностических исследованиях, будучи уверенными, что их недообследовали [25].

В проведенной совместно с В.В. Мариловым работе (2001) отмечено, что, применяя психотерапию у пациентов с СРК, целесообразно учитывать целый комплекс факторов – ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациентов, этап течения заболевания, характер оказываемой помощи (амбулаторный, стационарный). При стационарном лечении предпочтение должно отдаваться таким техникам краткосрочной психотерапии (релаксационные техники, краткосрочная позитивная терапия, НЛП, техники гештальт-терапии, эриксоновский гипноз), которые сфокусированы на быстрое решение проблем пациентов с СРК и изменение их психоэмоционального и соматического состояния. На этапе поддерживающего лечения после выписки и при запросах больных на более глубокую продолжительную работу возможно к терапии добавить техники трансактоного анализа, направленные на прояснение и проработку причин возникновения функциональных психосоматических расстройств [6].

И.В. Пахомова (2013) в диссертационной работе, посвященной применению методов восстановительной психокоррекции при вариантах СРК с преобладанием запоров, отметила, что при множестве психотерапевтических методов, применяемых в терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника, наиболее часто используются гипносуггестивные техники и когнитивно-бихевиоральная терапия [16]. При этом ей было отмечено, что

существуют более простые психотерапевтические методы, которые могут применяться в практическом здравоохранении, в частности – релаксационные техники и аутотренинг.

Сравнивая количество зарубежных и отечественных работ по применению самых распространенных психотерапевтических методов лечения СРК (гипноза и когнитивно-бихевиоральной терапии), к сожалению, приходится отметить, что за последние годы число зарубежных публикаций существенно превосходит число отечественных публикаций на эти темы.

В ряде работ отмечается достаточно отчетливая внушаемость пациентов с СРК и позитивный эффект в ряде случаев плацебо-терапии. Примером такой работы может быть публикация 2003 года Drossman D.A., Toner B.B., Whitehead W.E. и соавт. [28].

Во многих исследованиях, проведенных за последние годы, подтверждается улучшение самочувствия и воздействие на симптомы синдрома раздраженного кишечника при включении в лечение гипносуггестивных техник. Успешный опыт применения гипноза отражен в целом ряде обзоров на данную тему. Показательными в этом плане могут быть обзор P.J. Whorwell (2005) о роли гипнотерапии при СРК, и более поздний обзор R. Schaefer и соавт. (2014) об эффективности, переносимости и безопасности гипноза при этом заболевании [45,49]. В публикуемых работах преимущественно описывается влияние гипнотических техник на аффективную сферу человека (в первую очередь – на тревогу и депрессию), а также возможности воздействия на расстроенные функции желудочно-кишечного тракта, и изменение качества жизни при этом заболевании [33,39,47].

Все чаще в публикациях по лечению СРК стал встречаться термин «ориентированная на кишечник гипнотерапия» ("gut-directed hypnotherapy"), более известная в нашей стране как абдоминальный вариант гипноза, с фокусировкой суггестивного воздействия на функции кишечника [39,40,47].

В 2011 году в работе D. Gottsegen подтверждена эффективность применения различных вариантов гипнотических техник для снижения функциональных абдоминальных болей [32]. A.M. Vlieger и соавт. (2012) описано применение абдоминально-ориентированного варианта гипноза у детей с функциональными болями в животе и синдромом раздраженного кишечника. Отмечено, что дети с СРК, пролеченные комплексно с включением гипноза, давали значительно больший процент долгосрочных ремиссий в течение 5 лет по сравнению с прошедшими традиционное лечение [47].

G. Moser и соавт. (2013) отмечен долгосрочный положительный эффект от применения направленного на абдоминальную симптоматику группового гипноза у тех пациентов с СРК, которые имели выраженные гастроэнтерологические проблемы [40].

В исследовании K.Shahbazi и соавт., проведенном в 2016 году, дан сравнительный анализ влияния гипнотерапии и стандартного медицинского лечения на качество жизни у 60 пациентов с тяжелыми формами СРК [46]. В тех случаях, когда лечение дополнялось гипнотерапией, более значительно повышалось качество жизни, уменьшалась продолжительность пребывания в стационаре, расходы на лечение. При этом быстрее уходили боли в животе, истощаемость, различные психические расстройства.

Авторское исследование 2016 года по применению абдоминального варианта гипноза при СРК, с использованием преимущественно эриксоновского недирективного подхода, также показало повышение эффективности лечения по сравнению с традиционными вариантами терапии [5]. В ходе применения абдоминально-ориентированной гипнотерапии были отмечены меньшие по сравнению с традиционными схемами лечения сроки стабилизации психоэмоционального состояния и более быстрое исчезновение жалоб на дискомфорт в животе, с закреплением положительного эффекта в течение года.

Помимо значительного количества работ по применению суггестивных техник, описан положительный терапевтический эффект от включения приемов поведенческой психотерапии (ПТ) в лечение СРК, ориентированных на коррекцию неправильного поведения и неумению верно реагировать на стрессовые ситуации. При лечении функциональных расстройств ЖКТ часто используется один из самых распространенных методов ПТ – метод прогрессивной мышечной релаксации (ПМР).

Все больше сообщений посвящено опыту обучения и применения разнообразных релаксационных приемов (медитации, йоги, нервно-мышечной релаксации, различных видов аутотренинга, и многих других аналогичных методов), способных уменьшить клинические проявления синдрома раздраженного кишечника [29,37,44].

При применении релаксационных упражнений пациентов обучают умению расслаблять мышцы тела, дышать по брюшному типу, почувствовать во время расслабления ощущения комфорта и тепла в конечностях. Описывая клинические эффекты использования релаксации, С.Lahmann и соавт. (2010) отмечали, что обучение ПМР помогает снимать напряжение, легче переносить неприятные стрессовые ситуации, и нормализует психическое и соматическое состояние пациентов [37]. Е.М. Eriksson и соавт. (2007) предлагали освоить навыки управления своим телом, осознавать степени локального напряжения и обучиться регуляции телесных ощущений, полагая, что это существенно улучшит состояние пациентов с СРК [29]. Из последних работ на эту тему можно отметить аналитический обзор 2014 года, сделанный S.H.Park и соавт. [44]. В обзоре подтверждается эффективность релаксационных методов лечения при СРК, возможность определенных симптоматических улучшений даже при кратковременном применении.

При лечении больных с СРК достаточно часто применяется аутогенная тренировка (АТ), длительное время являющаяся одним из основных психотерапевтических методов в нашей стране. При ее проведении применяются различные формы самовнушения, вызывающие вначале мышечное расслабление, и на его фоне – воздействие на нарушенные функции. В гастроэнтерологической практике обычно используются как общеседативные формулы, так и формулы, направленные на снятие дискомфорта и неприятных ощущений в животе («абдоминальный» вариант аутогенной тренировки) [16-18].

И.В. Пахомова, Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев и соавт. (2008) предложили авторский модифицированный вариант абдоминальной АТ, ориентированной на лечение варианта СРК с запорами, подчеркивая, что прежние версии абдоминального АТ использовались в основном при жидком стуле и болях в животе [17]. Занятия АТ проводились индивидуально или в малых группах через день, общим курсом из 10–12 сеансов. В течение 40–50 минут пациенты в состоянии релаксации, вызванной с помощью аутогенной тренировки с элементами суггестии, вызвали у себя ощущение тепла, расслабленности и легкости в животе. В момент наиболее комфортного расслабленного состояния пациентам предлагалось визуализировать это состояние, ассоциируя его цветом внутри себя, и запоминать это состояние для последующего самостоятельного воспроизведения комфортных ощущений. Этими же авторами были проведены исследования и по сочетанному применению метода АТ и психофармакотерапии в восстановительном лечении больных с СРК, показавшие эффективность комбинированного лечения этой патологии [18].

В зарубежных исследованиях описывается достаточно частое применение у пациентов с СРК различных техник когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) [38,41]. Помимо включения в лечение СРК традиционных вариантов КБТ, в последние годы появились работы по использованию в терапии с функциональными расстройствами ЖКТ разновидности когнитивно-бихевиоральной терапии – МВСТ (Mindfulness-based Cognitive Therapy) – основанной на осознанности когнитивной терапии [50]. Этот подход разработан на основе программ по снижению стресса, в котором соединяются идеи осознанности (mindfulness) и когнитивной психологии, помогающие решить проблемы пациентов, освобождая их от привычного автоматического реагирования на мысли, эмоции и события жизни. МВСТ уже успешно применяется в психотерапевтической практике при депрессивных состояниях, биполярном аффективном расстройстве, повышенной тревожности, нарушениях пищевого поведения и иных пограничных психических расстройствах. При использовании МВСТ пациенты обучаются навыкам осознанности путем медитации с переносом внимания, переключением на созерцание мыслей и эмоций, и навыкам распознавания приближающихся дискомфортных тягостных состояний и тревог.

Таким образом, при психотерапевтической работе с использованием этого подхода пациенты с СРК могут обучиться навыкам снижения интенсивности имеющихся симптомов.

В 2013 году опубликована работа S. Zomorodi и соавт., посвященная сравнительному исследованию терапевтических возможностей при СРК традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии и МВСТ (основанной на осознанности когнитивной терапии) [50]. По результатам исследования авторы отметили некоторые преимущества более нового психотерапевтического подхода при СРК, и отметили целесообразность введения в терапию современных методов, дающих, по их мнению, лучшие терапевтические результаты.

Ряд исследований, посвященных формированию психосоматической симптоматики ЖКТ при разных типах семейных отношений, может быть полезен для проведения семейной психотерапии с пациентами, страдающими СРК [3,12,22].

В исследовании А.С. Фетисовой (2011) описано влияние характера отношений в семье и личностной структуры ребенка на особенности течения функциональной абдоминальной симптоматики [22]. Отмечено, что в условиях дисгармоничных семейных отношений с нарушением иерархичности, структурированности, проблемных отношений с матерью, начиная с детства, отмечается повышенная склонность к формированию гастроэнтерологических расстройств в сочетании с повышенной тревожностью. Помимо работы, направленной на гармонизацию семейных отношений, автором предложено психологическое сопровождение детей и подростков, склонных к развитию патологии ЖКТ, в виде повышения умения адаптироваться в новых условиях, проработке навыков общения с другими людьми. При этом подчеркивается, что работа по снижению тревожности, коррекции Я-концепции детей с функциональными расстройствами ЖКТ должна проводиться психологом в тесном сотрудничестве с лечащими врачами и средним медперсоналом.

М.П. Билецкая (2011) для построения тактики семейной психотерапии при психосоматических расстройствах ЖКТ предлагает использование системного семейного подхода. При изучении психологических особенностей семей с детьми-психосоматиками отмечалось, что появляющиеся абдоминальные боли выполняли морфостатическую функцию. Автором предложена модель ромбовидной векторной семейной психотерапии, направленной на улучшение адаптационной функции семейной системы и позволяющей использовать саногенный эффект семьи для улучшения самочувствия ребенка [3].

Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков подробно исследованы в работе 2015 года А.А. Лифинцевой и А.Б. Холмогоровой [12]. В тех семьях, где имеются страдающие психосоматическими расстройствами дети и подростки, отмечены различные коммуникативные дисфункции с повышенной родительской критикой,

элиминирование эмоций, высокий семейный перфекционизм, сопровождающийся индуцированием тревоги. Имеется преобладание негативного аффективного/когнитивного опыта переживания гнева и/или безнадежности, возникающее вследствие специфической привязанности к отцу. Подчеркнута противоречивость, непоследовательность воспитательных воздействий, при котором родители одновременно сочетают критику ребенка с гиперпротекцией, что отражается в формировании очень выраженной амбивалентности отношения подростков к родителям, при которой присутствует одновременно и доверие и отчуждение в отношении значимых фигур. Истоки дисгармоничных семейных отношений у детей и подростков с психосоматозами носят системный характер и напрямую связаны с воспроизведением стиля воспитания, полученного уже самими родителями от их родителей. Учет полученных А.А. Лифинцевой, А.Б. Холмогоровой данных позволяет построить направленную психокоррекцию семейных дисфункций в трех основных областях: 1) в аспекте коррекции воспитательных стратегий; 2) в аспекте оптимизации семейных коммуникаций, направленном на уменьшение тревоги и фиксации на негативных ситуациях, преодолении запретов на выражение чувств, и уходе от воспитательной амбивалентности; 3) в аспекте гармонизации семейных ролей.

Подводя итоги проведенному обзору, можно отметить, что при наличии довольно значительного количества работ, исследующих возможности применения и эффективность различных методов психотерапии при СРК, до нынешнего момента нет единой общепризнанной системы психотерапии при данном функциональном расстройстве, которая принималась бы большинством специалистов по коррекции различных проявлений СРК. Это вызывает необходимость продолжения исследований по поиску эффективных комбинированных схем лечения с включением психотерапии, которые могут подействовать на разные системные звенья этого биопсихосоциального расстройства.

Заключение

Основой успеха в осуществлении эффективной помощи пациентам с синдромом раздраженного кишечника является понимание сложной природы этого биопсихосоциального расстройства. Это приводит к необходимости тесного сотрудничества между врачами-гастроэнтерологами и психиатрами-психотерапевтами и объединения их терапевтических возможностей в лечении этой многочисленной и трудной категории больных. По-прежнему актуальной остается тема поиска эффективных терапевтических схем при СРК. Для полноценной терапии необходима оценка как гастроэнтерологических проявлений болезни, так и учет личностных особенностей, психоэмоционального статуса пациентов, особенностей построения ими межличностных отношений и многих других составляющих. Это может способствовать проведению более эффективных комплексных

терапевтических комбинаций с возможностью успешной коррекции как в соматической, так и в психо-социальной сферах пациентов с СРК.

Особую роль в лечении этих больных могут играть различные психотерапевтические методы, применяемые как отдельно, так и в комбинации с психотропными препаратами для снижения характерных для СРК проявлений тревожно-депрессивного спектра. Целесообразно использовать те методы психотерапии и те комбинации лечебных схем, которые уже подтвердили свою эффективность, а также продолжать дальнейший поиск новых эффективных комбинаций и способов лечения пациентов с этой патологией ЖКТ с включением современных психотерапевтических методов.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 4-7.
2. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, № 9. – С. 31-36.
3. Билецкая М.П. Системный семейный подход к изучению психосоматических расстройств у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмой и семейная психотерапия // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2011. – Т. XLIII, № 1. – С.14-18.
4. Елфимова Е.В., Елфимов М.А., Березкин А.С. Психосоматические взаимоотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта на модели синдрома раздраженного кишечника // Экспериментальная и клин. гастроэнтерология. – 2015. – № 4 (116). – С. 83-88.
5. Есаулов В.И. Применение абдоминального варианта гипноза в комплексном лечении синдрома раздраженного кишечника // Вестник Новгородского государственного университета им. Я. Мудрого. – 2016. – № 1 (92). – С. 90-94.
6. Есаулов В.И., Марилев В.В. Комплексная психотерапия синдрома раздраженного кишечника // «Вестник РУДН», серия Медицина. – 2001. – № 2. – С. 54-57.
7. Заседа Ю.И. Психофеноменологический профиль и его структура у больных с синдромом раздраженного кишечника. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – № 1(19). – С.25-35.
8. Иванов С.И. Органные неврозы // Пограничная психическая патология в общемедицинской практике (под ред. А.Б. Смулевича). – М.: Издательский дом «Русский врач», 2000. – С.81-89.

9. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белхушт С. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С.2-10.
10. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. (2014). Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – № 2. – С. 92-101.
11. Климусева Т.А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т.18, № 4. – С.82-86.
12. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23, № 1. – С. 70–83.
13. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Черёмушкин С.В. Эволюция представлений о синдроме раздраженного кишечника / ГОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии. – М. : Форте Принт, 2013. – 80 с.
14. Мариллов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздраженной толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, № 4. – С.21-27.
15. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. и др. Междисциплинарный подход к синдрому раздраженного кишечника // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 13. – С. 702-704.
16. Пахомова И.В. Методы восстановительной психокоррекции при синдроме раздраженного кишечника с запорами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 26 с.
17. Пахомова И.В., Айвазян Т.А., Зайцев В.П. и др. Аутогенная тренировка в восстановительном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2008. – № 1. – С. 24-27.
18. Пахомова И.В., Айвазян Т.А., Зайцев В.П. и др. Эффективность сочетанного применения аутогенной тренировки и психофармакотерапии в восстановительном лечении больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров // Вестник восстановит. медицины. – 2008. – № 2. – С.55-58.
19. Полунина Т.Е. Перспективные направления и возможности в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Терапия. – 2016. – № 2(6). – С.27-34.

20. Самсонов А.А. Современная терапия синдрома раздраженного кишечника // Поликлиника. – 2011. – № 5. – С.118-121.
21. Самсонов А.А., Плотникова Е.Ю., Андреев Н.Г. и др. Синдром раздраженного кишечника – болезнь со многими неизвестными, некоторые терапевтические аспекты // Лечащий врач. – 2012. – № 2. – С.34.
22. Фетисова А.С. Влияние характера семейных отношений и индивидуально-личностных особенностей ребенка на возникновение и течение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей 8–12 лет // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. – 2011. – № 4 (20). – С. 234-244.
23. Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки : какова его истинная сущность ? // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С.19-29.
24. Цыганков Б.Д., Макарова И.А. Личностные акцентуации и психологический профиль пациентов с синдромом раздражённого кишечника // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 12. – С.35-39.
25. Шептулин А.А. Синдром раздраженной кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 5. – С. 88-90.
26. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т.17, № 2. – С. 63-68.
27. Crocker K., Chur-Hansen A., Andrews J. Interpersonal relationships for irritable bowel syndrome. A qualitative study of GPs' perceptions // Australian Family Physician. – November 2013. – Vol. 42, № 11. – P. 805-810.
28. Drossman D.A., Toner B.B., Whitehead W.E., et al. Cognitive behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders // Gastroenterology. – 2003. – Vol. 125 (1). – P. 19-31.
29. Eriksson E.M., Moëller I.E., Söderberg R.H., et al. Body awareness therapy: A new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients // World J. Gastroenterol. – 2007. – № 13. – P. 3206–3214.
30. Ford A.C., Talley N.J., Schoenfeld P.S., et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and metaanalysis // Gut. – 2009. Mar. 58(3). – P.367–378.
31. Goldberg J., Davidson P.A biopsychosocial understanding of the irritable bowel syndrome: a review // Can. J. Psychiatry. Oct 1997; Vol 42. – P.835-840.

32. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain // *Am.J. Clin. Hypn.* – 2011 Jul. Vol 54. № 1. – P.56-69.
33. Hefner J, Rilk A, Herbert B, et al. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome—a systematic review // *Z Gastroenterol.* – 2009. – 47(11). – P.1153–1159.
34. Heymann-Monnikes I, Arnold R, Florin I, et al. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome // *American Journal of Gastroenterology.* – 2000, 95(4). – P.981-994.
35. Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, et al. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome // *Pain.* – 2009 Sep. 145(1–2). – P. 196-203.
36. Lackner, J.M., Jaccard, J., Krasner, S.S., et al. Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: clinical efficacy, tolerability, feasibility // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2008. 6 (8). – P.899-906.
37. Lahmann C., Rohricht F., Sauer N., et al. Functional relaxation as complementary therapy in irritable bowel syndrome: a randomized, controlled clinical trial. // *J.Altern.Complement Med.* – 2010 Jan. 16 (1). – P.47-52.
38. Li L., Lishou X., Schenghong Zh., et al. (2014) Cognitive–behavioral therapy for irritable bowel syndrome : A meta-analysis // *Journal of Psychosomatic Research.* – 2014 July. Vol. 77. Issue 1. – P. 1-12.
39. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, et al. Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings—results from two randomized, controlled trials // *Am. J. Gastroenterol.* – 2012. – 107(2). – P. 276–285.
40. Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, et al. Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial // *Am. J. Gastroenterol.* – 2013. 108(4). – P.602–609.
41. Moss-Morris R, McAlpine L, Didsbury L, Spence M. A randomized controlled trial of a cognitive behavioral therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care // *Psychol Med.* – 2010. 40(01). – P.85–94.
42. Owens D.M., Nelson D.K., Talley N.J. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction // *Ann Intern Med.* – 1995 Jan. 15. 122(2). – P.107-112.
43. Padhy SK, Sahoo S, Mahajan S., et al. Irritable bowel syndrome: Is it "irritable brain" or "irritable bowel" ? // *J Neurosci Rural Pract.* – 2015 Oct-Dec. 6 (4). – P.568-577.
44. Park S.H., Han K.S., Kang C.B. Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: a systematic review // *Asian Nursing Research.* – 2014. 8(3). – P.182-192.

45. Schaefer R, Klohe P, Moser G, et al. Efficacy, tolerability, and safety of hypnosis in adult irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis // *Psychosom.Med.* – 2014. № 76. – P.389-398.
46. Shahbazi K, Solati K, Hasanpour-Dehkordi A. Comparison of Hypnotherapy and Standard Medical Treatment Alone on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Control Trial.// *J Clin Diagn Res.* -2016 May;10(5):OC01-4. doi: 10.7860/JCDR/2016/17631.7713.
47. Vlieger AM, Rutten JM, Govers AM, et al. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome // *Am J Gastroenterol.* – 2012. – № 107(4). – P.627–631.
48. Whitehead W.E., Palsson O., Jones K.R. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? // *Gastroenterology.* – 2002. – № 122(4). – P.1140-1156.
49. Whorwell P. Review article: the history of hypnotherapy and its role in the irritable bowel syndrome // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* – 2005. № 22. – P.1061-1067.
50. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaei SK, Arbabi M, et al. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Based Therapy on the Decrease in Symptoms of Patients who suffer from Irritable Bowel Syndrome // *Govareh.* – 2013. – № 18. – P.88-94.