

ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКУЮ СИМПТОМАТИКУ У ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Целью исследования является изучение возможностей психотерапии как средства профилактики психосоматических расстройств при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Изучение взаимосвязи психологических и соматических состояний у данной группы больных подтвердило психосоматическую природу заболеваний. Примененный метод психотерапии снизил изучаемые уровни реактивной и личностной тревожности, а также уменьшил выраженность психосоматических жалоб, доказывая тем самым пригодность к использованию в профилактических целях.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, психотерапия.

Введение. Комплексный и мультидисциплинарный подходы является приоритетными в терапии, реабилитации, профилактике и превенции пограничных нервно-психических расстройств в здравоохранении нашего времени.[1]. Они базируются на учете основных принципов, позволяющих укрепить слабые звенья патогенеза нервно-психической регуляции, активизировать внутренние резервы организма и создать микросоциальный климат с одной стороны комфортный для пациента, с другой стороны, повышающий его ответственность за собственное здоровье.

Основной задачей лечения пациентов с психосоматической патологией желудочно-кишечного тракта являлась нормализация психического состояния, восстановление нарушенного вегетативного гомеостаза; при этом собственно вегетативные или функционально - неврологические феномены нами не отделялись от соматических нарушений, так как образовывали единую патогенетическую сущность болезни, соответствуя на патогенетическом уровне синдромам меж и внутрисистемной дезинтеграции[2]. Принцип преемственности, предусматривавший проведения психотерапевтических мероприятий в сочетании с фармакологическими и физиотерапевтическими воздействиями, лежит в основе создании организационной основы для проведения качественных и эффективных лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий;

Основой профилактической тактики при психосоматических расстройствах желудочно-кишечного (ПСР ЖКТ) тракта являлось комплексное биологическое и социореабилитационное воздействие, в котором ведущую роль занимала психотерапия[3]. Патогенетическое понимание сущности психосоматических расстройств дало возможность проведения превентивных, риадаптационных и ресоциализационных мероприятий, направленных на укрепление, усиление слабых звеньев патогенеза, коррекцию и предупреждение патологических срывов адаптации.[4]

Материалы и методы. Было отобрано 100 пациентов с ПСР, с подозрением на следующие заболевания: гастроэзофагальные и дуоденогастральные рефлюксные болезни, хронический гастрит, дискинезии кишечника гипермоторного и гипомоторного типа, дисбактериоз кишечника, дискинезии желчево-водящих путей, хронический некаменный холецистит. Возраст испытуемых составил 18-65 лет, средний возраст по группе - 41,5 лет. По показаниям проводились дополнительные методы исследования нервной системы (УЗДГ; ЭЭГ; КТ; МРТ) для исключения органических поражений головного мозга, а также эндокринных и метаболических нарушений.

Для определения психосоматического профиля пациентов были использованы следующие психодиагностические методики: Гиссенский опросник психосоматических жалоб[5], шкала уровня личностной и реактивной тревожности Бека.[6]

Также были исключены психиатрические заболевания из группы шизофренических, аффективных расстройств, а также тревожных и тревожно-фобических расстройств невротического регистра.

Пациенты основной группы (71 человек) проходили курс гештальт-терапии, 2-я группа — контрольная — состояла из 29 человек. Соотношение мужчин к женщинам – 1:2,3. Все больные были трудоспособного возраста от 18 до 47 лет (табл. 1).

Таблица 1 - Общая характеристика исследуемых больных

Параметры клинко-социального статуса		Основная группа		Контрольная группа		Общее кол-во	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
пол	Жен	51	72	19	65	70	70
	Муж	20	28	10	35	30	30
возраст	18-27	16	22,5	6	20,7	22	22
	28-37	34	48	13	44,8	47	47
	38-47	21	29,5	10	34,5	31	31
Итого:		71 %		29%		100 %	

Все пациенты получали адекватную для своей патологии консервативную терапию, подобранную терапевтом. Параллельно проводилась психотерапевтическая работа (гештальт-терапия); 3 раза в неделю, длительность занятий - 1-1,5 часа. Затем проводилось повторное психодиагностическое исследование вышеуказанными методами. Данное обстоятельство ставит дальнейшую задачу: выяснить, эффективность психопрофилактического метода. Эта задача решалась нами *клиническим методом, методами математической статистики:* критерием различий Манна — Уитни, методом частотного анализа, с помощью описательной статистики. Математическая обработка

эмпирических данных производилась с использованием параметрических и непараметрических критериев с помощью стандартных программ для компьютерной статистической обработки: Microsoft Excel 2007, Statistica 6.0; SPSS 11,0.

Результаты: На основании клинического обследования пациентов, нами выделены следующие особенности: на протяжении не менее 6-ти месяцев — 2-х лет больные предъявляли жалобы на тошноту, сухость во рту, трудности при глотании, рвоту, аэрофагию, икоту, боли и давление в эпигастрии, тяжесть в области живота, частый стул, метеоризм. У больных выявлялись перманентные и пароксизмальные вегетативные расстройства, а также их сочетание, относимые ими к системе желудочно-кишечного тракта, кроме того отмечались следующие невротические синдромы: тревожно-ипохондрический синдром (46%), субдепрессивно-ипохондрический синдром (28%), астеноипохондрический (22%), при которых ипохондричность относилась к нарушениям функционирования желудочно-кишечного тракта; а у 4% был выявлен обсессивно-фобический синдром, у большинства больных ПСР ЖКТ преобладает выраженный уровень личностной и реактивной тревожности.

Математическая обработка динамики исследуемых показателей основной группы, до и после прохождения курса психотерапии, выявила статистически значимые сдвиги по большинству изучаемых параметров (табл. 2).

Таблица 2 - Сравнение динамики изучаемых параметров пациентов основной группы исследования до и после лечения по критерию Вилкоксона

Пары переменных	Число набл.	T	U	p-уров.
Личностная тревожность	71	0	7,32273	p < 0,01
Реактивная тревожность	71	0	7,167445	p < 0,01
«Истощение» Г.О.*	71	0	7,271337	p < 0,01
«Желудочные жалобы» Г.О.	71	0	7,271337	p < 0,01
«Ревматический фактор» Г.О.	71	14,5	7,239647	p < 0,01
«Сердечные жалобы» Г.О.	71	0	7,219578	p < 0,01
«Общее давление жалоб» Г.О.	71	0	7,32273	p < 0,01

Г.О.* — Гиссенский опросник соматических жалоб.

Полученные сдвиги позитивны. Произошло снижение уровней реактивной и, в значительно меньшей степени, личностной тревожности; алекситимии; интенсивности жалоб по всем шкалам Гиссенского опросника соматических жалоб; гармонизация отношения пациентов к своему заболеванию.

Анализ показателей исследуемых психологических характеристик больных контрольной группы, получавших только медикаментозное лечение также выявил статистически значимые сдвиги по всем изучаемым параметрам (табл. 3).

Таблица 3 - Сравнение динамики изучаемых параметров пациентов контрольной группы исследования до и после лечения по критерию Вилкоксона

Пары переменных	Число набл.	T	U	p-уров.
Личностная тревожность	29	0	4,703046	p < 0,01
Реактивная тревожность	29	0	4,622599	p < 0,01
«Истощение» Г.О.*	29	0	4,372373	p < 0,01
«Желудочные жалобы» Г.О.	29	0	4,197264	p < 0,01
«Ревматический фактор» Г.О.	29	4,5	3,283507	p < 0,01
«Сердечные жалобы» Г.О.	29	0	4,014509	p < 0,01
«Общее давление жалоб» Г.О.	29	0	4,622599	p < 0,01

Г.О.* — Гиссенский опросник соматических жалоб.

При определении возможных имеющихся различий между основной и контрольной группами при повторном экспериментальном исследовании по критерию Манна — Уитни (U), группы оказались неоднородными (различия по параметрам достоверно) (табл.4)

Таблица 4 - Достоверность различий между основной и контрольной группами при повторном экспериментальном исследовании (критерий Манна—Уитни—U)

Переменные	N набл. Контр.гр	N набл. Основ.гр	U	U скорр.	p-уров.
Личностная тревожность	29	71	442	4,47761	p<0,01
Реактивная тревожность	29	71	300	5,55498	p<0,01
«Истощение» Г.О.*	29	71	223,5	6,14848	p<0,01
«Желудочные жалобы» Г.О.	29	71	72	7,3067	p<0,01
«Ревматоидный фактор» Г.О.	29	71	374,5	5,05611	p<0,01
«Сердечные жалобы» Г.О.	29	71	578	3,45223	p<0,01
«Общее давление жалоб» Г.О.	29	71	65	7,33224	p<0,01

Г.О.* — Гиссенский опросник соматических жалоб.

Данные клинического метода больных основной группы при исследовании клинической картины заболевания после применения комплексной модели гештальт-терапии (p < 0,01). Выраженность и своеобразие клиники: после окончания терапии симптомы, захватывающие внимание больных (тошнота, сухость во рту, трудности при глотании, рвота, аэрофагия, икота, боли, давление в эпигастрии, тяжесть в области живота, частый стул, метеоризм), перестали ощущаться пациентами, снизилось ощущение тревоги и напряжения, наладился сон, больные стали более активны, таким образом, выздоровление наблюдалось у 90,1 % больных.

Данные клинического метода (p < 0,01) больных контрольной группы при исследовании клинической картины заболевания:

Выраженность и своеобразие клинических проявлений болезни: изредка симптомы, беспокоящие больных (тошнота, сухость во рту, трудности при глотании, рвота, аэрофагия, икота, боли и давление в эпигастрии, тяжесть в области живота, частый стул, метеоризм и т. п.), появлялись вновь и вызвали у пациентов потребность вновь пройти курс гастроэнтерологического обследования (48,2 % больных).

Средние выборочные по шкалам Гиссенского опросника соматических жалоб после прохождения курса с использованием комплексной модели гештальт-терапии соответствуют средним значениям у здоровых людей по всем изучаемым параметрам. Показатели средних величин по шкале истощение снизились с 15,6 до 7,8, «желудочные жалобы» с 13,6 до 6,3, «ревматический фактор» с 5,5 до 2,1, а «кардиальный» с 8,5 до 4,2 балла. Общее среднее давление жалоб, отражающее «ипохондричность» пациентов снизилось с 42,9 до 20,4 балла (табл. 4). У больных, проходящих курс только медикаментозного лечения, снижение уровня жалоб не достигло степени больных основной группы.

Таблица 5 - Динамика показателей Гиссенского опросника соматических жалоб у пациентов основной и контрольной групп в процессе прохождения курса психотерапии (до и после лечения), M ± m

Шкалы Гиссенского опросника	Сумма баллов		
	До лечения (основная группа)	После лечения (основная группа)	После лечения (контрольная группа)
Истощение	15,6±1,6	7,8±2,1**	10,9±1,9**
Желудочные жалобы	13,6±1,4	6,3±1,8**	11,4±1,7**
Ревматический фактор	5,5±0,9	2,1±0,8**	2,7±1,1**
Сердечные жалобы	8,5±1,0	4,2±1,0**	5,5±0,5**
Интенсивность жалоб	42,9±3,2	20,4±3,2**	30,5±4,0**

Примечание: ** — достоверность различия между пациентами одной группы до и после лечения < 0,01.

Анализ результатов, полученных в ходе итогового тестирования пациентов 2-х групп обследования, по шкале тревожности Спилбергера — Ханина (табл. 5,6) показал, что в основной группе по результатам шкалы тревоги Спилбергера—Ханина показатели личностной тревожности после проведения терапевтических манипуляций соответствовали уровню здоровых лиц в 33,8 % случаев, показатели реактивной тревожности в 76,0 % случаев (p<0,01). В контрольной группе исследования показатели личностной тревожности находились в пределах нормы в 10,4 % случаев, а показатели реактивной тревожности в 34,5 % случаев. Личностная тревожность, являясь устойчивой характеристикой личности, с трудом поддается лечению. Однако, снижение показателей личностной тревожности в процессе применения комплексной модели гештальт-терапии в 2,8 раза значительнее, чем в контрольной.

После проведения лечения в 2-х группах исследования достоверно увеличилось количество пациентов с низким уровнем личностной и реактивной тревожности, но в основной группе таких пациентов стало значительно больше, чем в группе контроля (табл. 6,7) (различия достоверны, $p < 0,01$).

Таблица 6 - Сравнительная динамика уровня реактивной тревожности в процессе терапии основной и контрольной группы, абс. (%).

Уровень реактивной тревожности	Группы больных				Достоверность результатов после терапии в основной и контрольной группах (P 2-4)
	Основная (n=71)		Контрольная (n=29)		
	До лечения (0)	После лечения (2)	До лечения (3)	После лечения (4)	
Низкий	—	54 (76,0%)**	—	10 (34,5%)**	<0,01
Умеренный	61 (85,9%)	16 (22,6%)**	24 (82,8%)	19 (65,5%)	<0,01
Высокий	10 (14,1%)	1 (1,4%)**	5 (17,2%)	**	>0,05

Примечание: ** — достоверность различия между пациентами одной группы до и после лечения $< 0,01$.

Таблица 7 - Сравнительная динамика уровня личностной тревожности в процессе терапии у пациентов основной и контрольной групп, абс. (%)

Уровень личностной тревожности	Группы больных				Достоверность результатов после терапии в основной и контрольной группах (P 2-4)
	Основная (n=71)		Контрольная (n=29)		
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Низкий	—	14 (39,8%)**	—	1 (3,4%)**	<0,01
Умеренный	51 (71,8%)	44 (64,4%)**	22 (79,3%)	24 (83,8%)	<0,01
Высокий	20 (28,2%)	12 (16,9%)*	7 (20,7%>)	4 (13,8%)*	>0,05

Примечание: * — достоверность различия между показателями до и после лечения $< 0,05$; ** - $< 0,01$.

Для исследования динамики взаимосвязей между исследуемыми клинико-психологическими характеристиками личности больных ПСР ЖКТ, был произведен корреляционный анализ методом ранговой корреляции Спирмена. Значимые корреляционные взаимосвязи исследуемых параметров личности при $p < 0,05$ у больных основной группы, представлены в таблице 8.

Таблица 8 - Значимые корреляционные связи между исследуемыми экспериментально-психологическими характеристиками в основной группе.

Пара переменных	Число набл.	Число Спирмена χ	χ^2	p-уров.
Тревожность: Личностная и реактивная	71	0,66	7,38481	<0,01
Гиссенский опросник:				

Личностная тревожность и ревматический фактор	71	0,23	2,00766	0,049
Личностная тревожность и желудочные жалобы	71	0,42	3,79008	<0,01
Личностная тревожность и общее давление жалоб	71	0,76	9,62346	<0,01
Ревматический фактор и общее давление жалоб	71	0,52	5,03257	<0,01
Реактивная тревожность и сердечные жалобы	71	0,30	2,65749	0,010
Реактивная тревожность и общее давление жалоб	71	0,23	1,94002	0,056

Достоверные корреляционные взаимодействия у больных *контрольной группы*, с такой же степенью достоверности, представлены в таблице 9.

Таблица 9 - Значимые корреляционные связи между исследуемыми экспериментально-психологическими характеристиками в контрольной группе

Пара переменных	Число набл.	Число Спирмена χ	1(M-2)	p-уров.
Тревожность личностная и реактивная	29	0,70	5,03671	<0,01
Гиссенский опросник:				
Личностная тревожность и ревматический фактор	29	0,39	2,18221	0,038
Личностная тревожность и общее давление жалоб	29	0,78	6,45336	<0,01
Реактивная тревожность и сердечные жалобы	29	0,60	3,87283	<0,01
Реактивная тревожность и общее давление жалоб	29	0,69	4,91393	<0,01

Примечание: Все названия факторов относятся к Гиссенскому опроснику соматических жалоб.

Обращает на себя внимание значительное увеличение количества значимых корреляционных взаимодействий после прохождения курса лечения комплексной моделью гештальт-терапии в основной группе по сравнению с началом лечения. Причем, в основной группе это количество возросло значительно больше, чем в группе, получавшей только медикаментозное лечение.

Заключение. Таким образом, после лечения комплексным методом гештальт-терапии, в большинстве случаев, у пациентов снижался уровень реактивной и в меньшей степени, личностной тревожности, тогда как в контрольной группе, большинство пациентов имеют умеренную личностную и реактивную тревожность. Использование комплексной психотерапевтической модели является более предпочтительным, поскольку результатом является уменьшение количества психосоматических жалоб, а также отсутствие выраженной тревожности (как реактивной, так и личностной), что создает основание для восстановления благоприятного психоэмоционального фона, потенцируя эффект консервативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Психосоматические расстройства. Полный справочник. Под ред. Елисеева Ю.Ю. - М.: Изд-во Эксмо, 2003. - 608 с
- 2 Крылова Г.С. Автореферат диссертации кандидата мед. наук «Клинико-психопатологическое гастроэнтерологическое исследование больных невротами с нарушениями функций желудка». - СПб.: 1989.
- 3 Craig T.K.J., Boardman A.P. Somatization in primary care settings and psychological illness// Oxford, - Blackwell. – 1994. - P. 73-103.
- 4 Березин Ф.Б., Безносок Е. В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. - Российский медицинский журнал, 1998. - №2. - С.43-49.
- 5 Абабков В.А., Бабин С.М., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карва-сарский Б.Д., Крылова Г.С., Малкова Л.Д., Трегубов И.Б., Чехлатый Е.И. Методические рекомендации. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, 1993. 24 с.Пограничная психическая патология в общемедицинской практике под редакцией Смулевича А.Б. - М.: 2000.
- 6 Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. - Vol. 4, June. - 1961.

А.А. ЖОЛАМАНОВА, Г.К. КАУСОВА, Ж.А. КАЛМАТАЕВА
Денсаулық Сақтау Министрлігі – Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДА ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ СИМПТОМАТИКАҒА ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ ӘСЕРІ

Түйін: Зерттеу мақсаты - асқазан жолының ауруларында психосоматикалық шалдығудың психотерапияның профилактика әдісі ретінде қолдану мүмкіндігі болып табылады. Психологиялық және соматикалық ахуалдың өзара байланысын зерттеу берілген топта аурудың психосоматикалық табиғатын дәлелдеді. Психотерапияның қолданылған әдіс реактивті және жеке үрейліктің деңгейін төмендетті, сонымен қатар психосоматикалық әсерге шағымдануды төмендетті, бұл әдісті профилактикалық мақсатта қолдануының жарамдылығын дәлелдейді.

Түйінді сөздер: психосоматикалық шалдығу, асқазан жолының ауруы, психотерапия.

A. ZHOLAMANOVA, G. KAUSOVA, ZH. KALMATAEVA
Kazakh School of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

PSYCHOTHERAPY'S EFFECT ON PSYCHOSOMATIC COMPONENT OF GASTROINTESTINAL DISEASES

Resume: The purpose of this study is to explore the possibilities of psychotherapy as a method of psychosomatic disorders prevention in gastrointestinal tract diseases. The study of the relationship of psychological and physical states in this group of patients confirmed the psychosomatic nature of the diseases. After used method levels of reactive and personal anxiety and severity of psychosomatic complaints was reduced; it proves the possibility of using this method as a preventive measure.

Keywords: psychosomatic diseases, diseases of the gastrointestinal tract, psychotherapy.