

влият». Осмотрен врачом психиатром, госпитализирован в стационар.

Сознание ясное. Ориентирован всесторонне верно. В отделении пациент первое время подозрителен, не доверчив. В последующем устанавливается терапевтический контакт с врачом. Делится своими переживаниями. Доброжелателен, улыбчив. Во время воспоминаний о травматичном опыте с грибами наворачиваются слезы на глаза, становится напряженным, раздражительным. Отмечает, что «некоторая часть жизни словно отсутствует», некоторые события которые описывает сын не помнит. Внимание отвлекаемо. Мышление торпидно, последовательно. Критика к своему состоянию снижена. Суицидальные мысли отрицает.

Выводы

Диссоциация – механизм, который длительное время функционировал на фоне пережитого травматичного опыта. Благодаря чему длительное время мог функционировать в социуме: профессиональная деятельность, выполнял функции родителя. Момент интеграции, в виде отдельных воспоминаний, эпизодов функционирования отдельно от основной личности, приводит к ощущению чуждости, навязанности, «словно это не мое», и со мной такое не происходило. В этом моменте нужно тщательно диагностировать и разделять последствия пережитого опыта, и попытки интеграции этого опыта с психотическими переживаниями. Хотя при этом один психический процесс не исключает возможность наличие второго.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Журавлев, И. В. Семиотико-психологические механизмы отчуждения при синдроме психического автоматизма / И.В. Журавлев. – М.: МГУ, 2003. – 171 с.
2. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – М.: СПб. Питер, 2001. – 240 с.
3. Коган, Б. М. Системная психология и социология. / Б. М. Коган, Т. Е. Семина // Всероссийское периодическое издание научно-практический журнал. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии – М.: МГПУ, 2010. –140 с.
4. Ван дер Харт, О. Призраки прошлого. / О. Ван дер Харт, Эллерт Р. С. Нейенхёус., К. Стил // Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы – М.: Когито–Цент, 2016. – 496 с.

УДК 616.34-008-085.851

А. Н. Ковальчук, С. А. Шут

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Введение

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта в целом, и синдром раздраженного кишечника (СРК) в частности, широко распространены среди трудоспособного населения, снижают качество жизни пациентов, приводят к временной потере трудоспособности, увеличивают нагрузку на систему здравоохранения ввиду частого обращения за медицинской помощью [1].

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это функциональное заболевание кишечника, характеризующееся наличием болей в животе или абдоминального дискомфорта с нарушением дефекации и кишечного транзита. Распространенность СРК в мире, в зависимости от региона, варьируется от 10 до 25%. Согласно данным большинства исследований, женщины испытывают симптомы СРК в 1,5–3 раза чаще мужчин. В целом, в мире общая распространенность СРК у женщин на 67% выше, чем у мужчин [1].

Манифестация симптомов СРК нередко хронологически связана с эпизодами психологического неблагополучия пациентов, наиболее частым проявлением которого является ощущение тревоги (50 %). При этом длительно сохраняющееся, рецидивирующее течение заболевания с изменчивыми симптомами, в свою очередь, стимулирует невротизацию личности, повышение уровня тревожности, частоту ипохондрических реакций и депрессивных состояний [3].

Лечение пациентов с СРК – достаточно трудная задача, что связано с многообразием причинных факторов, часто возникающими расстройствами психоэмоциональной сферы, частым сочетанием с другими функциональными расстройствами (функциональной диспепсией, билиарными дисфункциями), взаимодействием лекарственных веществ, которое может провоцировать не только побочные реакции, но и нивелирование эффекта друг друга. До настоящего времени не разработаны эффективные схемы лечения СРК для достижения выздоровления или устойчивой длительной ремиссии. Хроническое рецидивирующее течение заболевания определяет необходимость длительного, курсового или в режиме «по требованию» применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения СРК, что негативно сказывается на комплаентности пациентов к лечению [1]. Согласно Римским критериям IV пересмотра фармакотерапия предлагается назначать с учетом преобладающих симптомов СРК [2]. Использование медикаментозных средств рекомендовано в сочетании с коррекцией питания, образа жизни, а также психотерапией [1]. Все это предполагает устранение нарушающих состояние симптомов, однако не оказывает достаточного влияния на нарушение автономных центров вегетативной нервной системы, которое рассматривается сейчас одним из ведущих патогенетических механизмов, обуславливающих рецидивирование симптомов функциональных расстройств различных уровней ЖКТ [4].

Stephen W. Porges в 2011 году представил поливагальную теорию, описывающую способность автономной нервной системы влиять на эмоциональное состояние человека, определять тип стрессовых реакций. Теория рассматривает функционирование дорсального и вентрального вагальных комплексов (ДВК, ВВК) как по отдельности, так и во взаимодействии, и использует тонус блуждающего нерва как индикатор ментального и физического состояния человека. ДВК осуществляет контроль поддиафрагмальных внутренних органов, поддерживает регуляцию пищеварительных процессов. ВВК управляет наддиафрагмальными внутренними органами, такими как пищевод, бронхи, гортань и глотка, и влияет на работу сердца. Теория Стивена Порджеса связывает тонус блуждающего нерва с выбором рефлексных, произвольных реакций, выбираемых стратегий поведения, зависящих не только от существующих, эволюционно сформированных поведенческих систем, но и от физиологических факторов [5].

Так как блуждающий нерв обеспечивает не только регулирование функционирования сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, но и связь между головным мозгом и органами по принципам прямой и обратной связи, то можно предполагать эффективность терапевтического воздействия на эмоциональное состояние, приводящее к изменению физического самочувствия за счет перевода состояния тонуса блуждающего нерва в «социальное», т.е. безопасное.

Изменение преобладающей активности ДВК или ВВК является результатом таких техник телесно-ориентированной психотерапии, как релаксационный массаж, холистический пульсационный массаж, постизометрическая миорелаксация и др. Однако, в доступной нам литературе, нет сведений об использовании данных методик в лечении функциональных расстройств.

На данный момент имеется большое количество публикаций, описывающих эффективность различных направлений психотерапии в лечении СРК. Достаточно популярной является точка зрения, что положительный эффект терапии зависит не столько от вида, применяемых техник, сколько от личности психотерапевта/психолога, его умения наладить сотрудничество с пациентом. Также заметна тенденция смещения внимания с когнитивно-поведенческой терапии пациентов с СРК на суггестивные техники и методики, использующие прогрессивную мышечную релаксацию, в комплексе с осознанием личностной тактики реагирования на стресс [3]. Однако все еще недостает данных об эффективности немедикаментозных методов влияния на управляющие механизмы автономной нервной системы в контексте лечения не только СРК, но и других форм функциональных расстройств ЖКТ.

Случай из клинической практики

Пациентка К, 33 лет, проходила обследование и лечение в поликлинике по месту жительства с ноября 2021 года по поводу рецидивирующих болей в области живота меняющейся локализации, вздутие живота с чувством распираания, учащением количества актов дефекации от 4 до 8 в день, причем чаще в первой половине дня. При обследовании патологии выявлено не было, проходила курсовое лечение мебеверином, симетиконом в сочетании с пробиотиками. Положительный эффект первого пройденного четырехнедельного курса сохранялся в течение месяца, затем симптоматика возобновилась, а повторное использование тех же препаратов уменьшало выраженность симптомов, но не приводило к устойчивой ремиссии. В течение 2022 и 2023 годов пациентка повторно проходила обследование и лечение в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения МЗ РБ, однако купирования болезненной симптоматики добиться не удалось. В феврале 2024 года пациентка была направлена в ПКЦ ГомГМУ с диагнозом «Синдром раздраженного кишечника с диареей, средней степени тяжести».

На момент консультации сохранялись жалобы на давящие и распирающие боли в разных участках живота в течение дня, длящиеся от 20 до 70 минут, часто сопровождающиеся сильным вздутием живота, учащением стула до 5 раз в день, причем большее количество актов дефекации происходило в первой половине дня, с изменчивой формой стула (от типа 6 до типа 1 по Бристольской шкале формы стула). У пациентки сформировался страх почувствовать позывы к дефекации в общественных местах, в связи с чем она стала отказываться от поездок, мероприятий продолжительностью более одного часа, а также появились навязчивые мысли о вероятном онкологическом заболевании, которое было не диагностировано при обследовании.

Амбулаторное обследование включало общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, калий, натрий, кальций, хлор, СРБ, РФ, сывороточное железо, трансферрин, глюкоза, общий холестерин, амилаза), ФЛГ, ЭКГ, определение антител к тканевой трансглутаминазе, анализ кала на простейших и гельминтов, анализ кала на кальпротектин, ФГДС с биопсией и определением *H. pylori*, колоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также УЗИ малого таза, УЗИ сердца, УЗИ щитовидной железы и определение тиреоидного гормонального статуса. В результатах лабораторных, серологических, морфологических и инструментальных обследований не выявлено отклонений от референсных значений.

Также при первом обращении была проведена оценка психологического статуса пациентки с использованием опросников: Спилберга (для оценки уровня личностной и ситуативной тревожности), Бека (для оценки уровня депрессии), VSI (для оценки уровня висцеральной гиперчувствительности), ММРІ (для определения профиля личности) и SF-36 (для оценки качества жизни). Получены следующие результаты: уровень ситуативной тревожности – 47 баллов (высокая тревожность), уровень личностной тревожности – 45 баллов (высокая тревожность) по опроснику Спилберга; 11 баллов по шкале Бека, что соответствует астено-субдепрессивному состоянию; 57 баллов по шкале VSI, что соответствует умеренной степени тревоги по поводу симптомов заболевания; физический компонент здоровья – 49,11082 (ниже среднего) и психический компонент здоровья – 37,40263 (ниже среднего) по шкале SF-36; по опроснику ММРІ выраженная акцентуация по шкалам невротического сверхконтроля, импульсивности и ригидности.

Также в беседе удалось выяснить, что период манифестации СРК происходил на фоне изменений ее социального, семейного и профессионального статуса. Следует отметить, что данные изменения повлекли за собой существенные изменения уклада жизни пациентки, к чему, с ее слов, адаптация все еще не произошла.

Учитывая превалирование личностных особенностей пациентки над результатами объективного обследования и низкой эффективностью медикаментозной терапии было принято решение после выявления основных дискомфортных сфер жизни провести курс холистического пульсационного массажа из 10 сеансов с периодичностью дважды в неделю, что и было выполнено в течение пяти недель на фоне постепенной отмены принимаемых препаратов. Пациентка отметила уменьшение болевых ощущений уже после третьего сеанса, к завершению курса абдоминальные боли прекратились, частота акта дефекаций уменьшилась до 1–3 раз в сутки, и пациентка смогла научиться замечать внешние и внутренние события и переживания, провоцирующие появление дискомфортных ощущений в животе, в течение последующих трех встреч, что способствовало избавлению от страха удалиться от дома и страха недиагностированной онкологии. Также по результатам терапии при повторном тестировании по шкалам отмечается уменьшение ситуативной тревожности до 35 баллов (умеренный уровень тревожности), по шкале Бека показатель уменьшился до 9 баллов (отсутствие депрессивных симптомов), по шкале VSI показатель уменьшился до 32 баллов (низкая степень тревоги по поводу симптомов заболевания), по шкале SF-36 физический и психический компоненты здоровья выросли до 53,74840 и 45,01282 баллов соответственно. При плановом визите в ноябре 2024 года пациентка отметила хорошее самочувствие и отсутствие необходимости прибегать к медикаментозной поддержке.

Выводы

Описанный клинический случай демонстрирует важность нормализации психоэмоционального состояния пациентов с синдромом раздраженного кишечника, и позволяет предположить, что методы телесно-ориентированной терапии, в частности холистический пульсационный массаж, могут быть эффективны в лечении синдрома раздраженного кишечника.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев, Д. Н. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) / Д. Н. Андреев [и др.] // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2017; 27(1):4–11 DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-4-11.
2. Chang, L., Lembo, A., Sultan, S. American Gastroenterological Association technical review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2014; 147: 1149–1172. DOI: 10.1053/j.gastro.2014.09.002

3. Есаулов, В. И. Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника / В. И. Есаулов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.; Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25468>. – Дата доступа: 12.12.2024.

4. Степанов, Ю. М. Роль висцеральной гиперчувствительности в развитии синдрома раздраженного кишечника / Ю. М. Степанов, И. Я. Будзак // Гастроэнтерология, vol. 52, no. 2, 2018, pp. 104–108. DOI: <http://dx.doi.org/10.22141/2308-2097.52.2.2018.132617>

5. Stephen, W. Porges. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. International Journal of Psychophysiology 2001; (42): 123–146. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00156-2).

УДК 616.89–008.441.13–003.96–037

И. М. Сквир, М. И. Сквир, Б. Э. Абрамов

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИОННАЯ РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Введение

Алкогольная зависимость (АЗ) остается одной из самых социально значимых проблем для нашего государства, в связи с чем считается крайне важным найти способы объективной оценки эффективности ее лечения и качества ремиссии [1].

В период формирования ремиссии у пациентов с АЗ отмечено наличие специфической клиники ремиссионных состояний. К таким состояниям относят многочисленные, многоуровневые, полисистемные и полиорганные симптомокомплексы, которые нередко актуализируются у больных в ремиссионных, могут быть результатом скрытого влечения к алкоголю, а также формой, маскирования или замещения патологии. Подобные расстройства чаще носят доклинический уровень выраженности, длительно сохраняются в период воздержания от употребления алкоголя, (а у части лиц, вследствие истощения адаптационных механизмов, даже усиливаются к моменту достижения полной ремиссии), плохо осознаются больными. В то же время эти состояния актуализируют влечение к алкоголю, практически всегда коррелируют с рецидивом АЗ [2].

Традиционно основные показатели эффективности наркологической службы в лечении алкогольной зависимости (АЗ) разделяют на две группы: а) показатели эффективности организации помощи; б) показатели результативности организованной помощи, среди которых основными считаются продолжительность и качество ремиссии АЗ [3].

Но если с показателями организации наркологической помощи и определения длительности ремиссии нет проблем, то определения качества ремиссии при алкогольной зависимости многие годы все еще остается одной из актуальнейших задач наркологии [1–4].

Цель

На основе клинической и лабораторной идентификации состояния неспецифической адаптационной реакции организма (НАРО) объективизировать определение качества ремиссии алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования

В исследование, проведенное на базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, были включены 71 пациент с АЗ на этапе полной тера-