

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРОВ

ПАХОМОВА И.В., АЙВАЗЯН Т.А., ЗАЙЦЕВ В.П., ГУСАКОВА Е.В., МОЛИНА Л.П.
ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины
и курортологии Росздрава», г. Москва

АННОТАЦИЯ

Анализ эффективности сочетанного применения аутогенной тренировки и малых доз психотропных препаратов, назначаемых в зависимости от ведущего психопатологического синдрома, проведен у 90 больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Психодиагностика проводилась с помощью тестов, направленных на оценку психологического статуса, личностных особенностей, степени нарушения психологической адаптации, выраженности болевого синдрома. На фоне проведенного лечения отмечены значительное улучшение соматического состояния и нормализация психологического статуса больных. Выявлена взаимосвязь нормализации частоты стула и уменьшения болевого синдрома у больных СРК на фоне проведенного лечения с уменьшением выраженности депрессивных и ипохондрических расстройств, напряженности, склонности к фиксациям.

Ключевые слова: психотерапия, психофармакотерапия, аутогенная тренировка, депрессия, ипохондрия, тревожность, восстановительное лечение, синдром раздраженного кишечника.

ВВЕДЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Большую часть больных СРК составляют пациенты с преобладанием запоров. В многочисленных исследованиях показана роль психологических факторов в развитии СРК [1-4]. Тревожные, депрессивные и другие расстройства невротического регистра отмечаются у 75-80% больных с СРК [4-7], причем выраженность этих расстройств взаимосвязана с основными клиническими проявлениями СРК. Все это обуславливает целесообразность применения психологических методов коррекции при восстановительном лечении больных СРК.

Различные методы психотерапии, в том числе аутогенная тренировка (АТ), с успехом применяются при лечении СРК [7, 8]. Однако использование немедикаментозных методов психокоррекции не всегда позволяет добиваться хороших результатов. В ряде исследований [9-11] показана эффективность различных классов психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, нейрорептиков) при лечении больных СРК. Выявлено, что наряду с нормализацией психологического статуса, психофармакотерапия (ПФТ) приводит к уменьшению выраженности основных симптомов СРК и нормализации тонуса кишечника. Однако в большинстве исследований изучалось действие одного препарата (или препаратов одного класса), назначаемых всем больным, включенным в исследование. Кроме того,

большинство исследований проведено на материале больных с преобладанием диареи. Что касается больных СРК с преобладанием запоров, то авторы указывают на трудности применения антидепрессантов и нейрорептиков, поскольку одним из побочных действий препаратов этих групп является как раз усиление запоров [10, 12]. К тому же единичные данные о применении психотропных препаратов у больных СРК с преобладанием запоров весьма противоречивы и не позволяют определить показания для назначения психофармакотерапии и методику ее проведения у этих больных. Нам представлялось, что использование психотерапии наряду с психофармакотерапией позволит уменьшить применяемые дозы психотропных препаратов, а это могло бы предотвращать развитие особо значимых для больных СРК с преобладанием запоров побочных явлений.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния психотерапии в виде аутогенной тренировки в сочетании с применением минимальных доз психотропных препаратов, назначаемых в зависимости от ведущего психопатологического синдрома, на психологический и соматический статус больных СРК с преобладанием запоров.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 90 больных СРК с преобладанием запоров (женщины в возрасте 19-55 лет, средний возраст 35,1±1,1 лет). Обследование проведено до начала (фоновое обследование) и в конце курса (спустя 3-4 недели) с помощью следующих методов: 1) клиническая оценка основных проявлений СРК (выраженность запоров, наличие и выраженность метеоризма и болевого синдрома); 2) клиническая оценка психического статуса с помощью Клинической шкалы [13]; 3) психологические тесты СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) [14], САН («самочувствие-активность-настроение») [15], ЦТЛ (цветовой тест Люшера) [16], STAI (Тест Спилберга для оценки уровня тревоги) [17], ШДБ (шкала депрессии Бека) [18] и ВАШ (Визуальная аналоговая шкала для оценки боли) [19].

После фонового обследования методом случайного отбора больные были разделены на три группы: 1) АТ – 30 больных, которым проводилась аутогенная тренировка в разработанной нами модификации; 2) комплексная психокоррекция (КПК) – 29 больных, которым проводилась АТ в сочетании с психофармакотерапией; 3) контрольная (КГ) – 31 больная, которым психотерапия не проводилась. Всем больным в отделении назначалось восстановительное лечение: физиотерапия (СМТ, МДМ), нормофлорины и/или другие препараты, влияющие на функцию желудочно-кишечного тракта (мотилиум, ме-

зим и др.), а также ЛФК и йодо-бромные ванны. До начала психотерапии группы были сопоставимы по возрасту, выраженности клинических проявлений СРК, назначенному лечению, психическому статусу и психологическим показателям по данным СМОЛ.

В группе КПК психотропные препараты назначались в зависимости от ведущего психопатологического синдрома: 6 больных с ипохондрическим синдромом принимали Тиоридазин (Сонапакс, Sonapax) 10-30 мг в сутки, 10 больных с синдромом тревоги – Феназепам (Phenazepam) 0,5-1 мг в сутки, 13 больных с депрессивным синдромом – Тианептин (Коаксил, Coaxil) 25-37,5 мг/сутки. Всем больным группы КПК проводилась также АТ в разработанной нами модификации, которая включала в себя следующие основные элементы: 1) вербальные формулы суггестии (внушения) для достижения ощущения релаксации, тепла и легкости в области лица, шеи, рук, спины, живота, ног, всего тела, а также ощущения покоя; 2) визуализация – пациентам предлагалось запоминать не формулы внушения, а приятные ощущения, которые возникают в состоянии релаксации и покоя, и связать эти ощущения с цветом внутри себя (начиная с области живота); 3) управляемое воображение – усиление релаксации и ощущения наполненности цветом, ассоциированным с ощущением релаксации; 4) обратная связь – устанавливалась связь ощущения релаксации и визуальных представлений с хорошим состоянием здоровья, расслаблением в области живота, отсутствием болевых ощущений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ эффективности КПК проведен на основе оценки динамики состояния больных за период наблюдения по сравнению с контрольной группой, а также с группой АТ.

За период наблюдения ни у одной группы больных КПК не было выявлено негативных последствий применения психотропных препаратов. К концу наблюдения на фоне КПК выявлено более выраженное улучшение состояния больных, чем в КГ и в группе АТ. Нормализация стула к концу наблюдения отмечена у 28 (96,5%) больных группы КПК, достоверно чаще, чем в КГ – у 16 (51,6% больных, $\chi^2 = 13,26$, $p < 0,01$) и в группе АТ – у 21 (70% больных, $\chi^2 = 5,59$, $p < 0,05$).

Выраженность метеоризма уменьшилась у всех больных, хотя в группе КПК к концу наблюдения метеоризм отсутствовал у большего числа больных – 27 (93,1%), чем в КГ – у 19 (61%) и в группе АТ – у 20 (67%) больных.

Анализ динамики болевого синдрома выявил, что снижение показателей по шкале ВАШ было достоверно более выраженным в группе КПК (-81,8±5,3%), чем в КГ (-24,1±4,4%, $p < 0,001$) и в группе АТ (-37,1±4,1%, $p < 0,001$). При этом в группах по-разному изменились не только интенсивность, но и характер болевых ощущений. К концу курса КПК у большинства (83%) пациенток болевой синдром отсутствовал, у части пациенток боль носила характер скорее дискомфорта, чем болевого ощущения (табл. 1). В контрольной группе к концу наблюдения болевой синдром оставался у 45% пациенток, причем в 18% случаев боль была тупого, давящего и распирающего характера.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от характера боли в начале (А) и в конце (Б) наблюдения.

Характер боли	Число (%) больных					
	КПК (n = 29)		АТ (n = 30)		КГ (n = 31)	
	А	Б	А	Б	А	Б
отсутствует	4 (13)	24 (83)	5 (17)	19 (64)	5 (16)	17 (55)
тупая	3 (10)	-	3 (10)	1 (3)	4 (14)	2 (6)
давящая	5 (17)	-	4 (13)	1 (3)	5 (16)	2 (6)
распирающая	6 (20)	-	6 (20)	-	6 (19)	2 (6)
жгучая, режущая, схваткообразная	6 (20)	-	5 (17)	-	5 (16)	-
неясная (дискомфорт)	5 (20)	5 (17)	7 (13)	9 (30)	6 (19)	8 (27)

Анализ динамики психологического статуса больных с помощью теста СМОЛ (табл. 2) выявил достоверные различия между группами. К концу курса КПК отмечено достоверно более выраженное, чем в КГ, снижение показателей по 1-й, 2-й, 3-й, 6-й и 7-й шкалам и индекса «2-9» (-12,1±2,29 и 0,9±2,02 Т-баллов соответственно, $p < 0,01$). Тем самым применение ПФТ приводит к уменьшению тревоги, напряженности, ипохондрической настроенности, фиксации внимания на своих ощущениях, повышению уверенности, оптимистичности, активности и настроения пациенток. Снижение показателей по шкалам невротической триады (1-й, 2-й и 3-й) в группе КПК оказалось достоверно более выраженным и по сравнению с группой АТ, что отражало большее влияние КПК на выраженность ипохондрических и депрессивных расстройств по сравнению с изолированным применением АТ.

По данным STAI (табл. 2), на фоне КПК выявлено снижение по шкалам реактивной тревоги и личностной тревожности, достоверно более выраженное, чем в КГ и в группе АТ.

Снижение показателей по шкале депрессии Бека на фоне КПК также оказалось достоверно ($p < 0,01$) более выраженным, чем в группе АТ и в КГ. Кроме того, в начале наблюдения, по данным шкалы депрессии Бека, депрессия отсутствовала у 3 (10,3%) больных группы КПК, 4 (13,3%) больных группы АТ и 3 (9,7%) больных КГ. К концу наблюдения депрессия отсутствовала у всех (100%) больных группы КПК, у 14 (46,6%, $\chi^2 = 18,57$, $p < 0,001$) больных группы АТ и у 7 больных (22,6%, $\chi^2 = 31,25$, $p < 0,001$) КГ.

Таблица 2.

Динамика показателей психологических тестов (DM±m) за период наблюдения в сравниваемых группах.

Тесты	Показатели	Группы		
		КПК (n=29)	АТ (n=30)	КГ (n=31)
СМОЛ (Т-баллы)	1	-16,8±2,20	-8,8±1,92**	-2,2±1,98***
	2	-15,6±2,22	-9,7±2,20*	-1,2±1,68***
	3	-10,4±1,66	-4,7±2,44*	-1,6±1,27***
	4	-5,5±2,74	-0,9±1,85	-0,6±2,39
	6	-6,2±1,95	-2,9±2,26	-0,9±1,06**
	7	-13,3±3,24	-7,3±2,57	-3,9±1,44*
	8	-0,8±2,11	-0,3±2,14	-0,4±1,82
	9	+3,5±2,59	+1,5±2,49	+0,3±1,90
	САН (баллы)	Самочувствие	+3,08±0,10	+2,30±0,18**
Активность		+2,05±0,09	+1,70±0,17	+0,40±0,15***
Настроение		+2,29±0,08	+1,52±0,18**	+0,43±0,15***

Обозначения: достоверность различий между КПК и АТ (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$); достоверность различий между КПК и КГ (* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$).

Продолжение таблицы 2.

STAI (баллы)	Личностная Реактивная	-15,5+1,08 - -22,7+2,53	6,2+1,36*** -16,9+1,90*	-0,3+0,55*** -4,9+0,71***
ЦТЛ (баллы)	Индекс тревоги	-3,3+0,37	-2,3+0,48*	-0,6+0,36***
	Отклонение от нормы	-6,7+0,92	-5,8+1,13	-1,3+0,97***
	Вегетативный коэффициент	+0,5+0,12	+0,4+0,12	+0,4+0,13
	Индекс наруше- ния работоспо- собности	-4,2+0,68	-3,1+0,69**	-0,6+0,56***
Шкала депрессии Бека (баллы)	Выраженность депрессии	-14,6+1,23	-8,5+1,34***	-2,6+0,57***

Тем самым применение ПФТ позволяет добиться нормализации психологического статуса больных в основном за счет уменьшения выраженности ипохондрических, тревожных и депрессивных расстройств. При этом применение ПФТ, в отличие от других методов коррекции, приводит к нормализации показателей по шкале депрессии Бека у всех больных СРК, включенных в исследование.

В группе КПК отмечена и более позитивная оценка больными своего состояния к концу курса лечения. По данным САН (табл. 2), в группе КПК отмечено достоверно ($p < 0,001$) более выраженное, чем в КГ, повышение по всем шкалам. По сравнению с группой АТ выявлено достоверно ($p < 0,001$) более выраженное повышение по шкалам «Самочувствие» и «Настроение». Согласно полученным данным, у больных СРК к концу курса КПК отмечались повышение самооценки, улучшение самочувствия, повышение работоспособности, оптимистичности, уверенности в себе, энергичности, что согласуется с данными обследования с помощью других психологических тестов.

Анализ динамики показателей ЦТЛ также выявил различия между группами: в группе КПК выявлено достоверно ($p < 0,001$) более выраженное, чем в КГ, снижение по шкалам «Индекс тревоги», «Суммарное отклонение от нормы» и «Индекс нарушения трудоспособности». Снижение по шкалам «Индекс тревоги» и «Индекс нарушения трудоспособности» в группе КПК было достоверно более выраженным и по сравнению с группой АТ (табл. 2). Таким образом, применение КПК приводило к более выраженному, по сравнению с другими оцениваемыми методами коррекции, уменьшению тревожности, повышению работоспособности и активности. Сравнительный анализ распределения больных в зависимости от динамики показателей по шкале «Вегетативный коэффициент» выявил повышение показателя, отражающее повышение уровня активности, на фоне КПК – у 20 (69%) больных, на фоне АТ – 9 (30%) больных ($\chi^2 = 8,95$, $p < 0,001$) и в КГ – лишь у 3 (10%) больных ($\chi^2 = 20,56$, $p < 0,001$).

Изучение взаимосвязи динамики показателей психологического статуса и клинических симптомов СРК выявило в группе КПК, в отличие от КГ, что уменьшение интенсивности болевых ощущений, по данным ВАШ, на фоне ПФТ происходило параллельно снижению показателей по 1-й ($r = +0,58$, $p < 0,01$), 2-й ($r = +0,48$, $p < 0,01$) и 6-й ($r = +0,44$, $p < 0,05$) шкалам СМОЛ, по шкале депрессии Бека ($r = +0,69$, $p < 0,001$) и шкале «Реактивная тревога» теста STAI ($r = +0,44$, $p < 0,05$), то есть параллельно уменьшению выраженности депрессивных, тревожных и ипохондрических тенденций, склонности к различного рода фиксациям. В отличие от группы АТ динамика показателей

по ВАШ в группе КПК коррелировала с изменением показателей по 1-й и 6-й шкалам СМОЛ и по Шкале депрессии Бека.

Увеличение частоты стула за период наблюдения в группе КПК, в отличие от КГ, коррелировало со снижением показателей по 6-й ($r = +0,48$, $p < 0,01$) и 9-й ($r = +0,54$, $p < 0,001$) шкалам СМОЛ, по Шкале депрессии Бека ($r = -0,44$, $p < 0,05$) и по шкале «Вегетативный коэффициент» ЦТЛ ($r = +0,41$, $p < 0,05$), то есть с уменьшением напряженности, ригидности, повышением активности и настроения пациенток. В отличие от группы АТ нормализация частоты стула на фоне КПК коррелировала со снижением показателей по 6-й шкале СМОЛ и по шкале «Вегетативный коэффициент» ЦТЛ.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно полученным данным, к концу курса КПК выявлены значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома и увеличение частоты стула, достоверно более выраженное как по сравнению с контрольной группой, так и по сравнению с изолированным применением АТ. Нормализация частоты стула у больных СРК на фоне КПК коррелировала с уменьшением выраженности депрессивных расстройств, напряженности, склонности к фиксациям. Кроме того, снижение показателей по 6-й шкале СМОЛ, которое происходило параллельно увеличению частоты стула у больных СРК, отражало также уменьшение выраженности таких особенностей, как сензитивность, повышенная чувствительность к критике и несправедливости, обидчивость, упрямство.

Следует подчеркнуть, что подобные результаты получены впервые. Эти данные могут дополнять имеющиеся представления, касающиеся механизмов действия психокоррекции у больных СРК с преобладанием запоров. Среди механизмов СРК с преобладанием запоров различными авторами [4, 5, 7] рассматриваются: а) гиперсегментарный гиперкинез, характеризующийся повышенной активностью кишечной стенки и длительной задержкой кишечного содержимого в отдельных сегментах кишки; б) дистонический гипо- или акинез, для которого типично резкое снижение двигательной активности, сопровождающееся выраженным повышением тонуса кишечной стенки; в) антиперистальтический гиперкинез, для которого характерно усиление двигательной активности с наличием антиперистальтических комплексов, блокирующих перемещение кишечного содержимого в дистальном направлении.

По всей видимости, уменьшение выраженности депрессивных расстройств на фоне психотерапии в сочетании с антидепрессантом и уменьшение выраженности ригидности под влиянием нейрореплика воздействуют на разные звенья патогенеза СРК. Уменьшение выраженности депрессии может позитивно влиять на двигательную функцию кишечника за счет нормализации чувствительности серотониновых рецепторов на фоне приема антидепрессанта. Тем более, что выявлена связь депрессии и гипотонии кишечника [11], а применение антидепрессантов у больных с депрессивными расстройствами приводит к нормализации моторики кишечника [8, 11].

Уменьшение напряженности и ригидности на фоне психофармакотерапии в сочетании с АТ могло влиять на другие механизмы запоров – спастический компонент и антиперистальтический гиперкинез кишечника. Это предположение подтверждают и данные литературы [20] о взаимосвязи повышенной напряженности и сензитивности с нарушением реципрокных взаимоотношений между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной не-

рвной системы, ведущим к спастическим сокращениям мышечных волокон.

Выраженность болевых ощущений на фоне ПФТ уменьшалась параллельно с уменьшением выраженности тревожных, депрессивных и ипохондрических расстройств. Среди механизмов действия применяемых психотропных препаратов и психотерапии в виде АТ для уменьшения выраженности болевого синдрома можно рассмотреть взаимосвязь снижения уровня тревожности с уменьшением мышечного гипертонуса, с нормализацией симпатоадреналовой системы и уменьшением вазоконстрикции. Уменьшение выраженности ипохондрических расстройств способствует уменьшению фиксации внимания на своих ощущениях, в том числе на негативных ощущениях в области живота. Кроме того, нейрорепетики, влияя на дофаминергические системы, повышают порог болевой чувствительности, что особенно важно, учитывая висцеральную гипералгезию, выявляемую у больных СРК [4]. Именно с уменьшением выраженности ипохондрических фиксаций может быть связан тот факт, что к концу курса ПФТ ни в одном случае (в отличие от других групп) не отмечалась боль тупого, давящего и распирающего характера. Влияние антидепрессантов на уменьшение выраженности болевого синдрома изучено достаточно подробно: механизмы противоболевого действия антидепрессантов связывают как с уменьшением выраженности депрессивных расстройств, одним из симптомов которых является болевой синдром, так и с потенцированием действия экзогенных и эндогенных анальгезирующих веществ, в основном опиоидных пептидов, а также со стимуляцией нисходящих влияний антиноцицептивных (в основном серотонинергических) систем мозга [10, 11].

В нашем исследовании выявлено, что КПК наиболее позитивно влияет и на динамику психологического статуса больных: к концу курса КПК выявлено уменьшение тревоги, напряженности, ипохондрической настроенности, фиксации внимания на своих ощущениях, повышение уверенности, работоспособности, оптимистичности, жизнерадостности, активности и настроения. Особо следует подчеркнуть, что только сочетанное применение АТ и ПФТ приводило к ремиссии депрессивных расстройств у всех больных, включенных в исследование, а выраженность ипохондрических и тревожных изменений на фоне КПК уменьшалась в достоверно большей степени, чем при изолированном использовании АТ.

Таким образом, сочетанное применение психотерапии и минимальных доз психотропных препаратов, назначаемых в зависимости от ведущего психопатологического синдрома, оказывает позитивное воздействие как на психологический статус, так и на основные патологические процессы, лежащие в основе СРК, приводя к нормализации психологического статуса пациентов и к значительному уменьшению выраженности основных симптомов заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Сочетанное применение аутогенной тренировки и минимальных доз психотропных препаратов, назначаемых в зависимости от ведущего психопатологического синдрома, позволяет повысить эффективность восстановительного лечения больных СРК с преобладанием запоров, приводя к нормализации психологического статуса и значительному улучшению соматического статуса больных.

2. В рамках восстановительного лечения больных СРК использование комплексной психокоррекции более эффективно, чем только аутогенной тренировки.

3. Нормализация частоты стула у больных СРК на фоне комплексной психокоррекции происходит параллельно уменьшению выраженности депрессивных расстройств и склонности к фиксациям, а уменьшение болевых ощущений – параллельно уменьшению выраженности тревожных, депрессивных и ипохондрических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1993 – № 3. – С. 27-31.
2. Филимонов Р.М. Гастроудоденальная патология и проблемы восстановительного лечения. – М., МИА, – 2005. – 392 с.
3. Ernst E., Kanji N. Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review // Complement Ther. Med. – 2000. – Vol. 8. – № 2. – P. 106-110.
4. Mayer E.A. Functional gastrointestinal pain. // J. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 31. – P.28-35.
5. Златкина А. П. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение) // Тер. арх. – 1997. – № 2. – С. 68-71.
6. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 2. – С. 31-36.
7. Drossman D.A. Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model // Psychosomatic Medicine. – 1998. – Vol. 60. – P. 258-267.
8. Маев И.В., Черемушкин С.В. Психосоциальные факторы в развитии синдрома раздраженного кишечника: возможности терапии // Consilium Medicum. – 2006. – № 7. – С. 29-35.
9. Chial H.J., Camilleri M., Burton D., ea. Selective effects of serotonergic psychoactive agents on gastrointestinal functions in health // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. – 2003. – Vol. 84. – P. 130-137.
10. O'Malley P.G., Tomkins G., ea. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. // Am. J. Med. 2000. – Vol. 108. – P. 65-72.
11. Su X., Gebhart G.F. Effects of tricyclic antidepressants on mechanosensitive pelvic nerve afferent fibers innervating the rat colon // Pain. – 1998. – Vol. 76. – № 1-2. – P. 105-114.
12. Tabas G., Beaves M., Wang J., ea. Paroxetine to treat irritable bowel syndrome not responding to high fiber diet: a double-blind, placebo-controlled trial // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99. – P. 914-920.
13. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Многофакторная оценочная шкала психосоциальных изменений у больных гипертонической болезнью // Булл. ВКНЦ АМН СССР. – 1988. – № 1. – С. 81-86.
14. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Акт. вопросы восстановительной мед. – 2004. – № 2. – С. 17-19.
15. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопр. психологии. – 1973. – № 6. – С. 141-144.
16. Lüscher M. (Ed). The Lüscher color test. – London, Sydney. Pan-Books. – 1971. – 201 p.
17. Spielberger C.D., ea. Manual for the State Trait Anxiety Inventory. – Palo Alto, CA. Consulting Psychological Press. – 1983. – 256 p.
18. Beck A.T. Beck depression inventory. In: Cognitive Therapy of Depression (Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F.). New York. – 1979. – P. 99-124.
19. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Маттис Э.Р. и др. Психологические методы количественной оценки боли. // Сов. медицина. – 1986. – № 10. – С. 44-48.
20. Monnikes H., Tebbe J.J., Hildebrandt M. ea. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity // Dig. Dis. Sci. – 2001. – Vol. 19. – № 3. – P. 201-211.

Резюме

Анализ эффективности сочетанного применения аутогенной тренировки и малых доз психотропных препаратов, назначаемых в зависимости от ведущего психопатологического синдрома, проведен у 90 больных синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров. Психодиагностика проводилась с помощью тестов, направленных на оценку психологического статуса, личностных особенностей, степени нарушения психологической адаптации, выраженности болевого синдрома. На фоне проведенного лечения отмечены значительное улучшение соматического состояния и нормализация психологического статуса больных. Эффективность комплексной психокоррекции оказалась выше, чем применение только аутогенной тренировки. Выявлена взаимосвязь нормализации частоты стула и уменьшения болевого синдрома на фоне проведенного лечения с уменьшением выраженности депрессивных и ипохондрических и тревожных расстройств.

Summary

Pahomova I.V., Aivazyan T.A., Zaitsev V.P., Gusakova E.V., Molina L.P. Effectiveness of autogenic training and psychotropic medication in restorative treatment of patients with constipation predominant irritable bowel syndrome

Effectiveness of autogenic training combined with low doses of psychotropic medication was analyzed in 90 patients with constipation predominant irritable bowel syndrome. Psychological status, personality, level of psychological adaptation and pain syndrome intensiveness were assessed by psychological tests. Improvement of somatic and psychological state was registered by the end of the treatment course. Combined psychological correction appeared to be more effective than autogenic training. Decrease of constipation and pain under the treatment correlated with decrease of depressive, hypochondriac syndrome and level of anxiety.