

УДК 615.851.2

**ПРИМЕНЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ВАРИАНТА ГИПНОЗА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

В.И.Есаулов

**USING THE “ABDOMINAL TYPE” OF HYPNOSIS
IN COMBINATION THERAPY OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

V.I.Esaulov

Институт психотерапии и клинической психологии, Москва, v-esaulov@ya.ru

Описано применение гипнотических техник и их воздействие на психоэмоциональное состояние пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Отмечены особенности проведения суггестивных приемов, ориентированных на функциональную абдоминальную проблематику. Приведен алгоритм ведения комбинированной индивидуальной и групповой психотерапии, включающей абдоминальный гипноз, у пациентов с СРК. Выделены основные терапевтические мишени при синдроме раздраженного кишечника. Описаны результаты практического использования метода у 38 пациентов с СРК. Отмечена клиническая эффективность использования абдоминального варианта гипноза в комплексной терапии больных с синдромом раздраженного кишечника.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, психотерапия, абдоминальный вариант гипноза

This article describes some hypnosis techniques and their influence on psycho-emotional state of patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). The peculiarities of suggestive techniques focused on functional abdominal problems are also described. There is an algorithm of application of individual and group psychotherapy in combination with "abdominal type" of hypnosis in patients suffered from IBS. Main goals of the treatment of Irritable Bowel Syndrome are emphasized. The results of practical application of this method on 38 patients with IBS are presented. Clinical efficiency of using the "abdominal type" of hypnosis in combination therapy of patients with Irritable Bowel Syndrome is shown.

Keywords: *irritable bowel syndrome, psychotherapy, "abdominal type" of hypnosis*

Введение

Несмотря на многолетние исследования, одной из основных проблем современной гастроэнтерологии остается подбор эффективной терапии пациентам с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Ранее уже проводились исследования, направленные на изучение сложного взаимодействия между стрессовыми жизненными событиями, психиатрическими проявлениями и клиническими проявлениями синдрома раздраженного кишечника [1-5].

Достоверно отмечено, что стрессогенные ситуации существенно повышают уровень тревоги и депрессии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника [5]. Вследствие этого были предложены различные меры воздействия на тревожно-депрессивную симптоматику, включая психотропные препараты и психотерапию [1]. Среди психотерапевтических техник подчеркивалась особая роль включения когнитивно-бихевиоральной терапии и суггестивных приемов, ориентированных на уменьшение уровня тревожно-депрессивной симптоматики [5].

Не ослабевает интерес к этой тематике и в настоящее время. В исследовании Т.Г.Римской, Т.И.Мироненко (2014) описано успешное использование гипносуггестивных техник перед началом основной психокоррекционной работы для снятия высокой тревоги, мешающей проведению основного лечения. При этом отмечалось существенное снижение ситуативной тревоги вскоре после применения суггестивных техник [6].

Помимо работ, описывающих воздействие гипнотических техник на аффективную сферу человека (в первую очередь на тревожно-депрессивные проявления), имеются исследования, сфокусированные на локальном воздействии гипноза на различные симптомы и расстройства функций отдельных систем организма, включая, в том числе, возможности влияния на абдоминальные расстройства у детей, подростков и взрослых [7-11].

Исследования по изучению эффективности и возможностям применения разнообразных модификаций суггестивных техник при лечении функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта проводятся в разных странах. Так, в США в 2011 г. опубликована работа D.Gottsegen по применению различных вариантов гипнотических техник при функциональных абдоминальных болях, где отмечена высокая эффективность применения гипноза для снижения болей в животе [12].

При этом, несмотря на длительный период изучения эффективности применения различных видов психотерапии при синдроме раздраженного кишечника и подчеркивания ее эффективности, до ны-

нешнего момента нет единой системы психотерапии при данном функциональном расстройстве желудочно-кишечного тракта и продолжается поиск эффективных комбинированных схем лечения, включающих, в том числе, и суггестивные техники.

Материалы и методы

При диагностике синдрома раздраженного кишечника стандартная схема лечения в настоящее время включает комплекс мероприятий, состоящих из диеты, назначения различных медикаментозных средств, сфокусированных на ведущих гастроэнтерологических симптомах, и психологического воздействия, ориентированного на улучшение психоэмоционального состояния больных [13,14].

С целью исследования эффективности применения гипнотических техник, прицельно ориентированных на абдоминальную симптоматику, были выделены и наблюдались в динамике две группы больных с синдромом раздраженного кишечника общим числом 72 человека. Диагноз «синдром раздраженного кишечника» был поставлен больным, проходящим амбулаторное и стационарное лечение по поводу ухудшения самочувствия, врачом-гастроэнтерологом согласно Римским критериям-III [15].

Ведущими жалобами у обследованных на момент начала терапии были боли в животе различной локализации, расстройства стула (запор, понос, неустойчивый стул), явления метеоризма, сопровождающиеся проблемами в психоэмоциональной сфере преимущественно в виде астено-ипохондрических и тревожно-субдепрессивных жалоб. В связи с плохим самочувствием больные испытывали выраженный внутренний дискомфорт в сочетании с коммуникативными затруднениями и снижением качества жизни.

Комплексная терапия с включением гипносуггестивных техник использовалась у 38 пациентов (9 мужчин, 29 женщин в возрасте от 18 до 29 лет). Группа сравнения состояла из 34 пациентов аналогичного возраста и состава, которые проходили, как и пациенты первой группы, традиционную для данного расстройства терапию, включающую диету и медикаментозные средства, но без проведения суггестивных занятий.

Для пациентов с СРК в группе, проходившей комбинированную терапию в сочетании гипносуггестивным воздействием, были проведены от 10 до 15 сеансов группового и индивидуального гипноза, сфокусированного на абдоминальной проблематике. Продолжительность занятий составляла 35-45 минут трижды в неделю в течение первого месяца терапии, а затем продолжалась в поддерживающем режиме в среднем раз в неделю.

С целью динамической оценки эффективности терапии были использованы ежедневные опросы больных, дневники самоотчетов пациентов, а также данные психологического тестирования, проведенные в начале комбинированной терапии и затем через месяц от начала терапии. В последующем в течение года продолжался мониторинг психоэмоционального состояния пациентов с СРК как из группы продолжавших посещать поддерживающие психотерапевтические занятия, так и из группы завершивших основной курс терапии и приходивших на эпизодические профилактические консультации у гастроэнтеролога.

Результаты и обсуждение

На момент начала терапии психоэмоциональный статус обследованных в обеих группах (72 чел.) был практически идентичным. Как в основной группе, состоящей из 38 человек, отобранных методом случайного выбора для прохождения комбинированного лечения с включением гипнотерапии, так и в контрольной группе пациентов с СРК (34 чел.) наблюдались повышенный уровень тревожности, нестабильное, с преобладанием субдепрессивного, настроение, ипохондрическая фиксация на плохом самочувствии, сомнения в возможности выздоровления, проблемная самооценка.

Отмеченные психо-эмоциональные особенности дополнялись типичными для пациентов с синдромом раздраженного кишечника жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта. Гастроэнтерологическая симптоматика предъявлялась пациентами многословно, обстоятельно, порой с избыточной детализацией.

Перед началом работы с больными проводилась предварительная беседа, в которой объяснялось, что основной задачей предстоящих психотерапевтических занятий является создание особого целительного комфортно-расслабленного состояния, позволяющего ускорить процесс выздоровления.

В ходе терапии больных с СРК использовалась разнообразие технических приемов и специфическая суггестивная лингвистика, свойственная для полудирективного и недирективного гипнотических лечебных подходов, базирующихся преимущественно на эриксоновском гипнозе [16-17].

Данные техники применялись как в индивидуальном, так и в групповом вариантах наведения трансовых состояний (в режиме «палатного ведения занятий» для нескольких пациентов с СРК). При проведении большинства занятий использовалась четырехступенчатая модель наведения трансового гипнотического состояния, состоящая из постановки цели, непосредственного наведения самого лечебного транса, использования транса и переориентирования.

Кроме того, часть лечебных суггестий проводилась с использованием внушения в бодрствующем состоянии («гипноз без гипноза»), когда с помощью «техники вставленных сообщений» в содержание разговора с больными добавлялись выделенные интонациями голоса врача и паузами специальные «ключевые слова», которыми сам пациент в предыдущих беседах описывал состояние общего и абдоминально-

го комфорта (к примеру, это могли быть «ключевые слова» о легкости, расслабленности, покое).

В ходе наведения лечебного транса широко применялись притчи и метафоры, в содержании которых присутствовали неявные, косвенные намеки на пути решения имеющихся затруднений. При этом описывались изоморфные (подобные, близкие к проблемам пациентов) ситуации, напоминающие истории самих больных и вызывающие эффект узнавания и принятия историй без сопротивления. Активно применялся прием утилизации происходящих с больными событий и явлений. В конце сеанса суггестии проводилось закрепление позитивного эффекта с внушением перехода в комфортно-бодрствующее состояние.

При психотерапевтической работе с использованием метафор можно провести часть терапии с использованием ресурсов бессознательного, в обход явной прямой работы с телесным недугом, и использованием возможности косвенно, скрыто повлиять на проблемное соматическое состояние в обход часто имеющегося сопротивления больного.

Так, при использовании гипноза с пациентами СРК, имеющими тревожно-депрессивные и тревожно-фобические проявления болезни, сопровождающиеся напряжением, зажатостью, спастическими абдоминальными болями, после общего наведения трансового состояния можно попробовать использовать метафоры снятия контроля, сопровождаемые ключевыми словами: «освобождение», «облегчение», «расслабление».

В качестве примера может быть приведен транс, в котором предлагается представить, визуализировать образ принесенного домой тюльпана (или иного цветка), стянутого, плотно запакованного, с надетой кем-то удерживающей и стягивающей бутон резиночкой. Представление удаления лишнего, освобождения от того, что стягивает и мешает, и помогает в итоге раскрыться цветку легко и свободно, может быть наглядным примером косвенного внушения и удачным использованием метафоры освобождения.

Другим примером недирективных внушений может быть также использование в занятиях с пациентами СРК образов удержания или отпускания чего-либо (например, рассказ о птичке, которую выпускают из клетки, или о воздушном шарике, который, когда его отпускают, взмывает в небо легко и свободно).

При работе с пациентами с болевым синдромом может быть применен прием уменьшения боли (по Б.Э.Эриксона) за счет отделения от нее той ее части, которая на самом деле является только страхом, и дальнейшая работа со страхом [17]. Работа по отделению страхов, одного за другим, позволяет существенно снизить интенсивность боли, особенно у больных со схваткообразными абдоминальными болями. Помимо этого, для ослабления боли могут быть использованы техники диссоциации, используя которые можно вернуться в то место или время, в котором еще не было боли. Кроме облегчения, которое приносит больному сама возможность вспомнить жизнь без боли, эта техника позволяет использовать «вставлен-

ные сообщения» при сопровождении пациента в приятном воспоминании. Еще одним вариантом диссоциации может быть вынесение боли из тела и уважительный разговор с ней о том послании, которое она несет.

Для пациентов с преобладанием диареи, испытывавшим страх потери контроля над ситуацией, может быть предложено внушение на получение, восстановление, удержание контроля (например, метафора шлюзов, пульт управления которыми находится в руках пациента). В этом случае может быть полезно сочетание метафоры и приемов прогрессивной мышечной релаксации. Обучаясь методике дифференцированной релаксации, можно освоить произвольный точечный контроль мускулатуры. Сочетанное использование навыков релаксации и метафоры управляемого контроля над тем, что по желанию пациента может открываться/закрывается, при тренировке позволяет через определенное время перенести навыки дифференцированного контроля на область сфинктера.

Помимо описанных занятий, к концу первого месяца терапии в психотерапевтические занятия по согласованию с пациентами может быть введено обучение навыкам самогипноза, помогающее в дальнейшем вызывать у себя желаемое комфортное состояние с помощью аутосуггестии.

В случаях, когда больные заявляли о желании продолжать саморегулирующие релаксационные упражнения после выписки из гастроэнтерологического стационара, им писались релаксационные тексты для дальнейшего самостоятельного использования, в которые вставлялись «ключевые слова» и метафорические обороты, помогающие избавиться от имеющихся гастроэнтерологических и психологических проблем. Такие тексты целесообразнее обсудить перед записью вместе с больным, согласовывая их основное содержание и стилистику, при необходимости записывая эти тексты с выделением «ключевых слов» на звуковые носители (диктофон или CD-диск).

Сравнивая данные по двум группам больных с СРК, можно отметить, что вскоре после начала суггестивных занятий уже на первой неделе после 2-3 первых сеансов суггестии более чем у половины пациентов экспериментальной группы (25 из 38 человек) наблюдалось уменьшение тревожно-субдепрессивных проявлений, субъективно отмечалось более бодрое состояние, большая живость по сравнению с моментом начала терапии. Появлялся интерес к общению, сопровождающийся приливом сил, повышением веры в себя и свои возможности в отличие от пациентов, проходящих традиционный курс терапии без включения данного психотерапевтического метода. В контрольной группе существенное улучшение самочувствия на первой неделе терапии отмечали лишь 14 из 34 пациентов (т. е. менее половины больных).

В дальнейшем проведение суггестивной терапии также позитивно влияло на состояние больных с СРК и положительно сказывалось как на их общем самочувствии, так и на улучшении психоэмоционального состояния, уменьшении тревожности, улучшении самооценки, с появлением большего оптимизма и

повышением веры в себя. Особенно заметными эти явления стали в конце первого месяца терапии, что отражалось в дневниках самонаблюдения и при спросе больных.

Динамическое наблюдение, осмотры больных, результаты повторной психодиагностики показали различия в результатах в двух группах больных. Если в группе контроля со стандартным лечебным подходом наблюдалось в основном уменьшение соматических жалоб, то в группе прошедших курс суггестивной терапии практически всеми больными (38 чел.) подчеркивались улучшение как со стороны желудочно-кишечного тракта, так и в психоэмоциональной сфере.

Выводы

У больных с синдромом раздраженного кишечника, прошедших курс комплексного лечения с включением гипносуггестивных техник, ориентированных на оптимизацию психоэмоционального состояния и улучшение соматического состояния, по сравнению с пациентами из группы контроля наблюдалось более быстрое уменьшение общего количества жалоб и стабилизация психоэмоционального состояния в течение первого месяца терапии. Данные дальнейшего динамического наблюдения в течение года с момента начала терапии показали закрепление положительного эффекта.

1. Langeluddecke P.M. Psychological aspects of irritable bowel syndrome // *Austr. N. Z. Psychiatry*. 1985. Vol.19. №3. P.218-226.
2. Коркина М.В., Марилев В.В. Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта // *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 1987. №11. С.1697-1700.
3. Фроликс А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л.: Медицина, 1991. 224 с.
4. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000. №2. С.45-49.
5. Pinto C., Lele M.V., Joglekar A.S., et al. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome // *J. Assoc. Physicians India*. 2000. Vol.48. №6. P.589-593.
6. Римская Т.Г., Мироненко Т.И. Влияние эффективности эриксоновского гипноза на снижение состояния тревоги в процессе психологического консультирования // *Межд. журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2014. №11. С.811-812.
7. Harvey R.F., Hinton R.A., Gunary R.M. et al. Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome // *Lancet*. 1989. №1. P.424-425.
8. Whorwell P.J. Use of hypnotherapy in gastrointestinal disease // *Br. J. Hosp. Med*. 1991. Vol.45. №1. P.27-29.
9. Whorwell P.J., Prior A., Faragher E.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome // *Lancet*. 1984. №2. P.1232-1234.
10. Vlieger A.M., Rutten J.M., Govers A.M., 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. Vol.107. №4. P.627-631. doi: 10.1038/ajg.2011.487.
11. Anbar R.D. Self-hypnosis for the treatment of functional abdominal pain in childhood // *Clin. Pediatr*. 2001. Vol.40. №8. P.447-451.
12. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain // *Am. J. Clin. Hypn*. 2011. Vol.54. №1. P.56-69.
13. Андреев Д.Н., Самсонов А.А., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника: критерии диагностики и подходы к терапии // *Фарматека*. 2014. №14. С.6-11.

14. Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А. и др. Многоцелевая терапия синдрома раздраженного кишечника: современный взгляд на решение проблемы // Фарматека. 2015. № 10. С.20-25.
15. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // Gastroenterology. 2006. Vol.130. №5. P.1377-1390.
16. Гордеев М.Н. Классический и эриксоновский гипноз. М.: Изд-во Института психотерапии, 2008. 240 с.
17. Эриксон Б.Э. Новые уроки гипноза. М.: Класс. 2011. 208 с.
7. Harvey R.F., Hinton R.A., Gunary R.M. et al. Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. Lancet, 1989, no. 1, pp. 424-425.
8. Whorwell P.J. Use of hypnotherapy in gastrointestinal disease. British Journal of Hospital Medicine, 1991, vol. 45, no. 1, pp. 27-29.
9. Whorwell P.J., Prior A., Faragher E.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. Lancet, 1984, no. 2, pp. 1232-1234.
10. Vlieger A.M., Rutten J.M., Govers A.M., Frankenhuys C., Benninga M.A. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. American Journal of Gastroenterology, 2012, vol. 107, no. 4, pp. 627-631. doi: 10.1038/ajg.2011.487. Epub 2012 Feb 7.
11. Anbar R.D. Self-hypnosis for the treatment of functional abdominal pain in childhood. Clinical Pediatrics, 2001, vol. 40, no. 8, pp. 447-451.
12. Gottsegen D. Hypnosis for functional abdominal pain. American Journal of Clinical Hypnosis, 2011, vol. 54, no.1, pp.56-69.
13. Andreev D.N., Samsonov A.A., Cheremushkin S.V. Sindrom razdrazhennogo kishechnika: kriterii diagnostiki i podkhody k terapii [Irritable bowel syndrome: diagnostic criteria, and approaches to the treatment]. Farmateka – Pharmateca, 2014, no. 14, pp. 6-11.
14. Maev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheriavyy Iu.A. et al. Mnogotsel'evaya terapiya sindroma razdrazhennogo kishechnika: sovremennyy vzglyad na reshenie problemy [Multipurpose therapy for irritable bowel syndrome: a modern view on solving the problem]. Farmateka – Pharmateca, 2015, no. 10, pp. 20-25.
15. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology, 2006, vol. 130, no. 5, pp. 1377-1390.
16. Gordeev M.N. Klassicheskii i eriksonovskii gipnoz [Classic hypnosis and Ericksonian hypnosis]. Moscow, "Izdatel'stvo Instituta Psikhoterapii" Publ., 2008. 240 p.
17. Erickson B.A. Novye uroki gipnoza [New Lessons in Hypnosis]. Moscow, "Klass" Publ., 2011. 208 p.).

References

1. Langeluddecke P.M. Psychological aspects of irritable bowel syndrome. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1985, vol. 19, no. 3, pp. 218-226.
2. Korkina M.V., Marilov V.V. Osobennosti formirovaniia i techeniia psikhosomaticheskikh zabolevaniia zheludochno-kishechnogo trakta [Specifics of development of gastrointestinal disorders caused by psychosomatic factors]. Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova – Neuroscience and Behavioral Physiology, 1987, no. 11, pp. 1697-1700.
3. Frol'kis A.V. Funktsional'nye zabolevaniia zheludochno-kishechnogo trakta [Functional gastrointestinal disorders]. Leningrad, "Meditsina" Publ, 1991. 224 p.
4. Ivanov S.V. Sindrom razdrazhennoi tolstoi kishki [Irritable bowel syndrome]. Psikhatriia i psikhofarmakoterapiia im. P.B. Gannushkina, 2000, no. 2, pp. 45-49.
5. Pinto C., Lele M.V., Joglecar A.S. et al. Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. Journal of the Association of Physicians of India, 2000, vol. 48, no. 6, pp. 589-593.
6. Rimskaia T.G., Mironenko T.I. Vliianie effektivnosti eriksonovskogo gipnoza na snizhenie sostoianiia trevogi v protsesse psikhologicheskogo konsultirovaniia [The influence of Ericksonian hypnosis on the removal of anxiety during counseling]. Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniia, 2014, no. 11, pp. 811-812.