##### Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

##### высшего образования

##### «Красноярский государственный медицинский университет

##### имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

##### Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Выполнила: ординатор 2-го года специальности Психотерапия

Минкевич Н.Р.

Преподаватель: КМН, Малюткина Е.П.

Красноярск, 2024

**Введение**

За последние несколько лет в отечественной и зарубежной нейрогастроэнтерологии активно ведется поиск эффективной тактики лечения смешанной формы (СРК-СМ), а также рефрактерного течения синдрома раздраженного кишечника (рСРК) в связи с существенным его влиянием на качество жизни пациента. По сей день в психиатрии и клинической психологии симптомы СРК рассматриваются скорее как проявление у пациента высокого нейротизма, невроза, чрезмерной озабоченности собственным здоровьем и как стремление к поиску внимания и разубеждения. Хотя такие психологические особенности пациентов действительно были подтверждены в ряде зарубежных исследований, однако согласно современным патогенетическим моделям синдром раздраженного кишечника следует рассматривать как биопсихосоциальное расстройство, на которое осуществляется влияние со стороны нервной, эндокринной, иммунной, пищеварительной, микробиологической систем  
и окружающей среды. В связи с гетерогенной биопсихосоциальной природой СРК, распространенностью синдрома, а также ограниченностью отечественного опыта применения психотерапевтических тактик для лечения данного расстройства.

**Основная часть**

**Современный взгляд на этиологию синдрома раздраженного кишечника**

Этиология СРК многофакторна, индивидуальна у каждого пациента и может быть обусловлена наличием избыточной реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, висцеральной гиперчувствительностью, инфекционными факторами, мальабсорбцией желчных кислот (при СРК-Д), повышенной иммунологической и нейроиммунологической реактивностью, генетической предрасположенностью или психологическими и социальными факторами. Психологические травмы в раннем возрасте вызывают эпигенетические изменения в сигнальном пути между центральной и энтеральной нервной системами, что влияет на когнитивно-поведенческие особенности человека, состояние вегетативной нервной системы  
и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Это приводит к нарушению глюкокортикоидной отрицательной обратной связи и повышенной восприимчивости к стрессу.

Изменения в желудочно-кишечном тракте включают усиление ощущения боли в абдоминальной области, изменения микробиоты кишечника и его транзита,  
а также его барьерных функций. Согласно предложенной C.М. О’Махони модели, стресс в раннем возрасте может провоцировать во взрослом возрасте изменения кишечной микробиоты (биотопа) и приводить к симптоматическим функциональным нарушениям ЖКТ, что говорит наличии оси *«микробиота*–*кишечник*–*нервная система»,* которая активно исследуется отечественными гастроэнтерологами.

**Личностные особенности пациентов с синдромом раздраженного кишечника**

Каждый подтип СРК (запорный, диарейный, смешанный) имеет уникальный набор симптомов, когнитивных и поведенческих особенностей. От 50 до 90% пациентов имеют одно или два коморбидных психических расстройств: тревожный спектр, соматоформное расстройство, рекуррентную депрессию, реже – булимический тип поведения. У 35–49% пациентов наблюдается пограничное личностное расстройство, у 4% – обсессивно-компульсивное расстройство личности, еще у 2% – тревожное. Пациенты с СРК-СМ и рефрактерным течением имеют высокие уровни личностной, социальной тревоги и соматизации, нейротизма, социального дистресса, а также сниженное качество жизни по сравнению  
с запорным и диарейным типами. Присутствует целый спектр избегающего поведения (как при СРК-Д) и высокий уровень контроля поведения (как при СРК-З). В жалобах пациентов с СРК и их поведенческих особенностях наблюдаются симптомы сепарационного тревожного расстройства, избегающего или тревожного стиля привязанности.

**Биопсихосоциальная тактика лечения синдрома раздраженного кишечника**

При рСРК *соматотропная терапия* (антибиотики, антидиарейные  
и спазмолитические препараты, пробиотические добавки, витамин D) часто обладает низкой эффективностью и используется самим пациентом как «перестраховочная» форма поведения, например, в виде приема Лоперамида  
(2-4 таблетки и более) перед выходом из дома. Некоторые мета-анализы показывают эффективность психофармакотерапии для снижения абдоминальной боли и нормализации моторики кишечника. Другие исследования показывают, что из-за высокой соматизации и повышенной чувствительности к побочным эффектам эффективность ТЦА и СИОЗС ниже, чем у гастроэнтерологической терапии, также наблюдается плохой ответ на спазмолитики. До 50% пациентов искажают дозировки препаратов, используют формы альтернативного лечения, злоупотребляют спазмолитиками, что усиливает *болезнь-ориентированное поисковое поведение*. В связи с этим Л. Кеефер и А. Беделл предложили биопсихосоциальную тактику лечения СРК, которая делает акцент на том, что это не расстройство «органа», а дисрегуляция оси «мозг (нервная система) – кишечник», которая протекает под влиянием негативных когнитивно-аффективных процессов. Эту дисрегуляцию у пациента можно устранить с помощью cотрудничества врача-гастроэнеролога, психиатра и клинического психолога.

Поскольку восприятие ситуаций как стрессовых и специфика когнитивно-аффективных процессов пациента могут непосредственно влиять на функционирование кишечника и способствовать развитию симптомов СРК и коморбидных психических расстройств, лечение должно быть направленно на усиление у пациента навыков выражения и регуляции эмоции. В частности, симптомы СРК у пациента образуют порочный круг, который часто является следствием преобладания у пациента неадаптивных копинг-стратегий совладания со стрессом, примитивных форм защитных механизмов со склонностью  
к соматизации .  
выздоровление пациента направлено на разрыв порочного круга. Увеличивается число доказательств эффективности психотерапевтических подходов, направленных на работу с осью «мозг–кишечник»(brain-gut therapies IBS) при лечении рСКР. К таким подходам относятся, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) «второй» и «третьей» волны, желудочно-кишечная гипнотерапия и интерперсональная психодинамическая психотерапия. В связи с тем, что КПП направлена на когнитивную перестройку опыта и поведенческих реакций пациента, мета-анализы показывают эффективность как очного, так и дистанционного ее форматов при лечении рСРК

В повседневной отечественной клинической практике никакой вид психотерапии обычно не рекомендуется для пациентов с СРК, если 1) симптомы не тяжелые; 2) они несущественно влияют на качество жизни; 3) пациент не реагирует на фармакотерапию или 4) пациент предпочитает не принимать психофармакотерапию. Однако согласно *междисциплинарному* (Interdisciplinary approach) и *трансдиагностическому* (Transdiagnostic approach) подходам рекомендуется подключать КПП, если в течение *1-3 месяцев пациент не реагирует на лечение.* Пациенты с СРК запорного типа (СРК-З) извлекут бóльшую выгоду от протокола когнитивно-поведенческой терапии, ориентированного на минимизацию дисфункциональных мыслей, гипермобилизации и перестраховочного поведения. При СРК диарейного типа (СКР-Д) и СРК-СМ больший акцент следует делать на поведенческие стратегии, направленные на избегающее и перестраховочное поведение.

**Дисрегуляция оси «мозг**–**кишечник» и когнитивно-аффективные процессы  
у пациентов с СРК**

Восприятие жизненных событий как стрессовых выступает одним из факторов, который влияет на дисрегуляцию в оси «мозг–кишечник» и затрагивает вегетативную нервную систему и гормональную систему стресса, повышая висцеральную чувствительность, что оказывает непосредственное влияние на фенотипические характеристики СРК. Неправильное восприятие телесных сигналов происходит из-за дисфункций на различных стадиях обработки интероцептивной информации. Одним из источников дисфункции является спектр дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле. К ним относят тревогу о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию.

К ключевой форме дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов относят *желудочно-кишечную специфическую* (gastrointestinal-specific anxiety) или *висцеральную* (visceral anxiety) тревогу. Это не общая тревога, а форма симптом-специфической тревоги, характеризующейся беспокойством и бдительностью вокруг ощущений со стороны ЖКТ, которые могут колебаться от нормальных функций организма (голод, сытость, вздутие) до симптомов, связанных  
с существующими нарушениями (боли в животе, диарея, запор). Беспокойство  
и бдительность обычно объединяются в страх перед потенциальным возникновением ощущений или симптомов в жизненных ситуациях, в которых они могут возникнуть. Это приводит к избегающему и «перестраховочному» СРК-специфическому поведению. Тревога способствует поддержанию СРК, действуя как эндогенный стресс, который влияет на изменения в нейроэндокринных ответах даже при отсутствии внешнего стресса. Было показано, что желудочно-кишечная специфическая тревога предсказывает тяжесть симптомов и удовлетворенность качеством жизни пациентов, приводит к повышенной болевой чувствительности, гипервозбудимости и дезадаптивным копинг-реакциям.

Согласно модели «Страх–избегание» Дж. Влаеина, настороженная реакция на доброкачественные желудочно-кишечные ощущения приводит к физическому и психологическому гипервозбуждению, что впоследствии способствует развитию спектра поведенческого избегания ситуаций, провоцирующих эти ощущения. Центральным фактором в данной модели является катастрофизация абдоминальных ощущений. У пациентов наблюдается повышенная активность таламуса, островкой коры, передней поясной извилины  
и префронтальной коры, что говорит о повышенной дезадаптивной гипербдительности и избирательном внимании к ощущениям со стороны ЖКТ. Гипербдительность и избирательное внимание к симптомам предполагает нейрофизиологическую основу повышенной висцеральной чувствительности. Желудочно-кишечную специфическую тревогу следует рассматривать как первичное эмоциональное нарушение при СРК и как опосредующую переменную между такими факторами, как нейротизм, личностная тревожность и тяжесть гастроэнтерологических симптомов.

Страх перед кишечными симптомами у пациентов напрямую влияет на интенсивность желудочно-кишечной тревоги. Когда пациент испытывает желудочно-кишечные симптомы, у него появляются тревожные мысли, которые вызывают и усиливают поведенческие реакции на симптомы. Эти поведенческие реакции могут быть:

·  избегающими, когда пациент избегает ситуации, в которых симптомы могут усугубиться. В таких ситуациях пациент ощущает смущение, неудобство, ограниченность, отказывается от употребления определенных продуктов питания, пропускает приемы пищи перед поездкой куда-либо;

·  «перестраховочными», которые проявляются в виде «чрезмерных» усилий контролировать симптомы, например, ношение дополнительного нижнего белья, свободной одежды, «очистительное» туалетное поведение, ощупывание живота, постоянная сдача анализов, обращение к врачам.

 Желудочно-кишечная специфическая тревога, перестраховочное поведение  
и искаженная оценка восприятия собственного тела с негативным смещением  
(«а вдруг это...») провоцируют усиление симптомов и нарушение нормальной перистальтики за счет тонуса брюшной стенки, что увеличивает риски появления абдоминальной боли. Стремление «контролировать» висцеральные телесные сигналы возникает из-за: жестких внутренних стандартов оценки себя и других; пессимизма при восприятии информации; депривации собственных эмоций; ощущения недостатка в самоконтроле; феномена «что-то еще нужно делать» и поиска «гарантий»; убежденности в собственной «уязвимости» и/или «бракованности».

**Мишени когнитивно-поведенческой психотерапии интероцептивного воздействия при лечении СРК**

Обзор зарубежной литературы за последние 10 лет позволил нам выделить общие тенденции в тактике проведения когнитивно-поведенческой психотерапии СРК. С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификации глубинных негативных убеждений (потребность  
в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм). С другой стороны, КПП также направлена на минимизацию спектра болезнь-ориентированного поведения и желудочно-кишечной специфической тревоги. Приведенные мишени являются провоцирующими и поддерживающими факторами СРК.

**«Стандартный» и интероцептивный протоколы  
когнитивно-поведенческой психотерапии СРК**

На данный момент в зарубежной практике не существует единого согласованного протокола КПП для терапии СРК. Большинство протоколов уделяют внимание работе с общей тревогой, изменению неадаптивных мыслей  
и болезнь-ориентированного поведения, усилению осознанности и доверия к телу, нежели желудочно-кишечной специфической тревоге. Протоколы, ориентированные на работу с желудочно-кишечной тревогой, как правило, включают методы, основанные на *экспозиции*.

Недавно начали применяться мультикомпонентные протоколы (multicomponent cognitive-behavioral treatments), направленные не только на управление общими симптомами СРК, но и на снижение симптомов депрессии, тревоги, булимического типа поведения, эмоционального голода. Показано, что «стандартные» протоколы КПП сосредоточены на снижении у пациента реактивности стресса на события повседневной жизни, в то время как интероцептивные протоколы делают акцент на снижении тревожного  
и избегающего реагирования на висцеральные ощущения.

Задачи сессий

Психообразование о симптомах СРК и их связи со стрессом

Психообразование о том, что симптомы СРК – это условные реакции, напоминающие о желудочно-кишечном расстройстве

Когнитивный самоконтроль симптомов СРК (декатастрофизация мыслей)

Поведенческий самоконтроль симптомов

Обучение короткой прогрессирующей релаксации

Овладение навыками контроля внимания на неприятных висцеральных ощущениях.

Когнитивные техники для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок жизненных ситуаций. Смена депрессивного/тревожного когнитивного фильтра оценки ситуации на более гибкий

Когнитивная терапия для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок висцеральных ощущений (например, «у меня серьезная болезнь»)

Экспозиция in vivo. Индивидуализированная иерархия внешних стрессовых ситуаций (межличностные конфликты, сроки выполнения работы), которые не были непосредственно связаны с опытом ощущений СРК

Интероцептивная экспозиция.

Повторная экспозиция висцеральных ощущений (стягивание живота при появлении кишечных ощущений, ношение тесной одежды, отсроченный поход в туалет, употребление избегаемой пищи) для уменьшения страха ощущений

Экспозиция in vivo вызывающих страх и избегаемых ситуаций, в которых у пациента ожидается появление ощущений СРК (длительные поездки, питание в кафе,  
посещение мест в которых нет туалета, совещание, выступление); минимизация избегающего перестраховочного поведения

**Протокол интероцептивного воздействия на симптомы  
СРК «второй волны» Дж.Ди Колы**

Первый протокол КПП (CBT with interoceptive exposure to visceral sensations) был предложен Дж.Ди Колой и направлен на исправление у пациента неправильного восприятия как интероцептивных, так и экстероцептивных сигналов, связанных  
с гастроэнтерологическими симптомами. Ниже представлены техники, включенные в протокол.

*Систематическая десенсибилизация или метод градуированной экспозиции* (graduated exposure therapy). Совместно с пациентом составляется иерархия дистресс-стимулов, связанных с его желудочно-кишечной специфической тревогой (ситуации, образы). Стимулы ранжируются от 0 до 100 баллов, где 0 – нет тревоги, 100 – чрезмерно выраженная тревога. Ниже приведены примеры иерархии избегаемых ситуаций, а также продуктов питания наших пациентов  
с рСРК, проходивших психотерапию.

**Иерархия избегаемых ситуаций пациентки с рСРК диарейного типа  
с посттравматическим стрессовым расстройством (сексуальное насилие)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Ситуация | Уровень тревоги, балл |
| 1 | Короткая поездка на машине рядом с домом | 25 |
| 2 | Перекус в кафе рядом с домом | 30 |
| 3 | Посещение знакомого ресторана в центре Москвы | 35 |
| 4 | Посещение кинотеатра, место у прохода | 40 |
| 5 | Посещение нового кафе/ресторана | 45 |
| 6 | Посещение кафе с одним туалетом | 50 |
| 7 | Посещение переполненного кинотеатра, центральное место в ряду | 50 |
| 8 | Прогулка по городу в центре | 55 |
| 9 | Обед с коллегой на работе | 60 |
| 10 | Спонтанный обед в незнакомом месте | 65 |
| 11 | Метро, 1-2 станции от дома | 70 |
| 12 | Прогулка через 1 час после еды | 75 |
| 13 | Поездка в автобусе | 80 |
| 14 | Вождение машине в пробке | 80 |
| 15 | Прогулка в новом парке | 85 |
| 16 | Поездка на такси, ожидание переключения сигнала светофора | 85 |
| 17 | Поездка на автобусе, ожидание переключения сигнала светофора | 85 |
| 18 | Поездка на дачу | 90 |
| 19 | Поездка на такси в час пик | 90 |
| 20 | Вождение машины с друзьями в пробке | 100 |

**Иерархия избегаемых продуктов питания пациента с СРК-СМ  
с генерализованным тревожным расстройством**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Продукты | Уровень тревоги, балл |
| 1 | Рис, лосось | 10 |
| 2 | Огурец | 20 |
| 3 | Морковь | 30 |
| 4 | Куриное филе | 40 |
| 5 | Пшенная каша | 50 |
| 6 | Салат | 60 |
| 7 | Брокколи | 70 |
| 8 | Пицца | 80 |
| 9 | Красное мясо | 90 |
| 10 | Хлеб | 100 |

После составления иерархии пациента обучают техникам управления физиологическим гипервозбуждением с помощью техник переобучения дыхания (breathing retraining technique) и абдоминально-направленной прогрессирующей мышечной релаксации.

При движении совместно с пациентом по списку с иерархией тревожных стимулов на каждом шаге происходит сопряжение релаксационной реакции  
с дистресс-ситуацией. Сначала эта процедура проводится совместно со специалистом в кабинете, потом закрепляется самостоятельно дома. Каждый шаг отрабатывается 2-4 раза, чтобы уменьшить степень интенсивности тревоги. Затем процедура управления физиологическим гипервозбуждением применяется  
к следующему элементу в списке иерархии тревоги.

*Интероцептивная экспозиция.* Пациенту приводят следующую аналогию: повышенная бдительность к желудочно-кишечным ощущениям похожа на пребывание в большой шумной комнате, которая заполнена говорящими людьми. Когда кто-то случайно упоминает в разговоре с другим человеком ваше имя, вы можете очень чутко отреагировать, несмотря на наличие шума и то, что этот человек не обращается непосредственно к вам. Точно так же желудочно-кишечные сигналы могут быть значимой информацией для пациента из-за страха, что они сигнализируют о симптомах «чего-то угрожающего», «потери контроля», «чего-то постыдного». Совместно с психологом выделяются телесные ощущения, которые вызывают у пациента повышенную концентрацию внимания и тревогу.

**Пример иерархии интероцептивной экспозиции у пациентки  
с СРК-СМ и коморбидным паническим расстройством**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Телесные ощущения | Когнитивное возбуждение (негативные мысли) | Уровень тревоги  (от 0-10 баллов) |
| Жжение, покалывание в левом/правом боку | «Это не кишечник, это что-то с желчевыводящими путями… нужно записаться на УЗИ» | 6 |
| Давление рядом с пупком | «Это болезнь Крона, у меня воспаление» | 7 |
| Распирание внизу (слева/справа) пупка | «Это болезнь Крона, у меня воспаление» | 7 |
| Давление, распирание внизу живота | «Это не кишечник, это что-то с гинекологией… может быть, опухоль» | 8 |
| Ощущение движения кишечника | «Это паразиты…» | 8 |
| Урчание, звуки в животе | «Вдруг сейчас у меня будет позыв в туалет, и я не смогу его контролировать» | 10 |

После составления иерархии психолог моделирует серию интероцептивных упражнений, которые нужно повторять пациенту, чтобы смоделировать физиологические ощущения, связанные с желудочно-кишечной специфической тревогой, и разрушить ассоциации между конкретными внутренними сигналами от организма и тревожными реакциями. Приведем примеры типичных упражнений  
в рамках интероцептивной индукции (interoceptive inductions):

· надавливание на мышцы живота 60-90 секунд;

· надуть живот «шариком» на 60 секунд;

· положить бутылку с теплой водой на живот на 5 минут;

· спонтанно принять пищу;

· выпить кофе;

· надеть тесную одежду;

· втянуть живот на 40 секунд;

· надавливать на область рядом с пупком в течение 60 секунд;

· напрягать мышцы тела в течение 1 минуты или замереть в положении скручивания как можно дольше;

· сфокусировать внимание на определенном телесном ощущении (например, урчании) в течение 90 секунд;

· повторять слово «спокойствие» снова и снова в течение 5 минут, при этом смотреть на абдоминальную область;

· выполнить естественные экспозиционные упражнения (naturalistic exposure exercises). Например, во время дискомфортных ощущений сделать физические упражнения (поприседать), выпить кофе или газированный напиток, съесть то, что избегает пациент.

Наряду с техниками экспозиции применяются психообразование о причинах возникновения СРК; обучение техникам снижения физиологического (абдоминальное дыхание) и психологического гипервозбуждения (реструктуризация тревожных мыслей, декатастрофизация).

*Эффективность.* В отличие от техник управления вниманием (attention control), управление стрессом с помощью дыхательных упражнений по протоколу КПП интероцептивного воздействия существенно снижает симптомы СРК (по Bowel Symptom Composite Score) у пациентов со смешанным, запорным и диарейным типами СРК, коморбидными паническим расстройствам. Пациенты сообщали  
о снижении желудочно-кишечной специфической тревоги (по Visceral Sensitivity Index), улучшении общего качества жизни (IBS-QOL) и расширении рациона. КПП интероцептивного воздействия может сопровождаться коротким приемом бензодиазепинов, СИОЗСН или ТЦА в случае тяжелой и острой степеней тяжести СРК, что получило название комбинированной тактики. Комплаентность протоколу КПП составляет 60–84% в отличие от техники управления вниманием (35–40%) и стрессом (28–31%). Техники экспозиции хорошо переносятся пациентами со средней и тяжелой степенями тяжести СРК. Ремиссия длится до  
6 месяцев.

**Протокол интероцептивного воздействия на симптомы  
СРК «третьей волны» Б. Лщетсона**

Протокол был предложен  
Б. Лщетсоным и соавторами и интегрирует экспозиционную терапию, терапию усиления осознанности (mindfulness-based Stress Reduction), и терапию принятия  
и ответственности (acceptance and commitment therapy, ACT) [30–32]. Первоначально протокол был разработан для дистанционного формата работы с пациентами  
с СРК-Д, страдающими вздутием и абдоминальной болью, но далее начал применяться и в очном формате индивидуальной (12 еженедельных сессий по 1-1,5 часа) и групповой (10 сессий, 2 часа, 4-6 пациентов в группе) терапии пациентов со всеми типами СРК.

При экспозиционной терапии в рамках данного протокола поведенческие техники чаще всего объединяются вместе, например, при появлении дискомфортных ощущений не ходить в туалет сразу (через 1-10 минут), носить обтягивающую одежду, чтобы вызвать ощущение давление в животе. Пациентов также обучают техникам осознанности во время экспозиции, т.е. преднамеренному процессу наблюдения за ощущениями без оценки, осуждения и прибегания  
к «перестраховочному» поведению.

*Эффективность.* По сравнению с техниками управления стрессом (дыхательные техники, прогрессирующая мышечная релаксация) применение КПП  
у пациентов с СРК-СМ приводило к более значительному снижению соматизации, симптомов СРК, желудочно-кишечной специфической и общей (агорафобия, генерализованное тревожное и паническое расстройства) тревоги, а также тревоги  
о здоровье. Наблюдалось улучшение качества жизни. Отмечалось уменьшение количества дней, проведенных «на больничном», а также сокращение эпизодов некоторых форм избегающего и перестраховочного поведения. Ремиссия длится до 6 месяцев.

**Протокол когнитивно-поведенческой гипнотерапии  
СРК-индуцированной агорафобии**

В. Голденом был предложен протокол, интегрирующий КПП и гипнотерапию (gut-directed hypnotherapy), с целью снижения СРК-индуцированной агорафобии (irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia). Приведем пример данной формы агорафобии со слов пациентки с рСРК-Д: «подруга пригласила на праздник и там было много народу, там один туалет, и это стресс… мне захочется в туалет, я один раз схожу… А вдруг пойду в туалет, и он будет занят?.. я не дотерплю». Пациентка избегает обедать с коллегами, выступать на совещаниях, встреч с руководителем, ездить в машине с коллегами по работе. Перед работой, совещаниями, встречами  
с руководителем принимает 3-4 пакетика «Смекты».

Протокол включает в себя когнитивные (декатастрофизация), поведенческие (систематическая десенсибилизация, дыхательные техники) техники и обучение самогипнозу для ситуативного управления желудочно-кишечной специфической тревогой. Ниже приведены этапы психотерапии СРК-индуцированной агорафобии

· *Ориентация в состоянии пациента.* Сбор анамнеза, оценка психического состояния. Обсуждение ожиданий от лечения. Когнитивная гипнотерапия и СРК. Минимизация неверных представлений о гипнозе.

· *Снижение гипервозбуждения. Гипнотическая индукция.* Ознакомление  
с базовыми навыками гипноза (расслабление, воображение, внушение). Обучение технике «живое дыхание» для снижения желудочно-кишечной тревоги. Создание индивидуальных образов релаксации. Разработка поведенческого сценария успокаивающего самогипноза в ситуации тревоги, абдоминальных симптомов. Применение метафоры реки: «Представьте, ваш кишечник как длинную, спокойную реку. Почувствуйте, каково сейчас течение этой реки? Спокойно дышите. Вдох 2 сек. и выдох 4 сек. На каждом медленном выдохе расслабляйте свой живот. Фокусируйте внимание на образе реки, ее течении. Представьте, что с помощью медленного, спокойного выдоха вы охлаждаете напряженные стенки вашего кишечника, очищая и исцеляя его. Обратите внимание, как меняется течение реки? Спокойно дышите  
в течение 1-2 минут».

· *Обучение и усиление прямого самогипноза с помощью метода двух столбцов* (The two-column method) позволяет минимизировать катастрофизирующее мышление.

**Пример выполнения метода двух столбцов пациентки с рСРК смешанной формы с паническим расстройством**

|  |  |
| --- | --- |
| Желудочно-кишечная специфическая тревога | Гипнотическое внушение |
| Что делать, если у меня будет вздутие, приступ боли, пока я еду в машине? | Мои поездки в машине – это не только приступы боли, вздутие. Я не еду в машине с целью получить эти симптомы |
| Что делать, если мне захочется в туалет, пока я сижу в центре ряда в кинотеатре? | Если мне захочется в туалет, я, как и другие люди, встану во время фильма с места и пойду. Если могут другие, значит, и я могу |

· *Гипноанализ для изучения межличностных отношений. Специфика материнской сепарации*(maternal separation). Показано, что отношения  
с матерью и материнская забота влияют на состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, когнитивных и эмоциональных процессов. Изменения в этих отношениях вызывают устойчивые изменения в центральной нервной системе на уровне толстой кишки. Например, наличие сильной обиды на мать, которая не простила пациентке (28 лет, рСРК-Д, паническое расстройство с агорафобией) переезд в Москву и постоянно критиковала ее за то, что она недостаточно часто посещает мать. Когда пациентка ездила к матери, та намекала ей, что этого недостаточно. Эта ситуация формировала у пациентки стремление скрывать эмоции (недовольство ситуацией, чувство вины и зависимости), что, согласно модели интернализации эмоций М. Басты и соавторов (Internalization Hypothesis Model), усиливало физиологическое и психологическое гипервозбуждение, приводя к СРК-индуцированной агорафобии (поездки в общественном транспорте, перелет  
в другую страну). Проведение гипноанализа позволило составить гибкий поведенческий план взаимодействия с матерью и закончить процесс сепарации от матери.

· *Прекращение гипнотерапии и составление противорецидивного плана.*

*Эффективность.* Протокол апробировался на 25 пациентов с СРК-Д  
с метеоризмом в качестве основного симптома. 23 пациента завершили психотерапию в течение 15 сессий. По данным исследователей, у пациентов снизились частота проявлений СРК-индуцированной тревоги и степень выраженности СРК. Ремиссия составила 6 месяцев.

**Мультимодальный протокол КПП интероцептивного воздействия Х. Каваниши**

В связи с трудоемкостью проведения полного протокола КПП (например,  
в амбулаторных условиях) Хитоми Каваниши предложил протокол лечения, дополненный видеоматериалами для пациентов (CBT-interoceptive exposure with complementary video materials, CBT-IE-w/vid). Протокол включает 10 еженедельных сессий длительностью 60 минут. Сессии сопровождаются наглядными видеоматериалами, которые охватывают инструкции по психообразованию, выполнению домашних заданий относительно лечения, чтобы пациенты могли готовиться дома к следующим сессиям со специалистом.

*Эффективность.* По сравнению с пациентами, получающими только психообразовательную помощь и соматотропную терапию, применение протокола КПП показало выраженное снижение симптомов СРК (IBS-SI-J) и желудочно-кишечной тревоги (VSI) у пациентов с рефрактерным типом СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни (IBS-QOL-J) при дальнейшем трех-  
и шестимесячном наблюдении. У этих пациентов снизились бдительность  
к телесным ощущениям (BVS-J) и симптомы общей тревоги (STAI). Использование видеоматериалов в КПП сократило время, затрачиваемое на очную терапию на 40% (с 66 до 38 минут), в то время как эффективность терапевтических вмешательств осталась прежней.

**Интернет форма когнитивно-поведенческой  
экспозиционной психотерапии СРК**

Протокол впервые предложен Э. Хедман и соавторами и был направлен на снижение избегающего и «перестраховочного» типов поведения у пациентов  
с СРК-СМ и СРК-Д типами. Лечение состоит из 12 модулей, занимающих в общей сложности 12 недель. Модули предоставлялись пациенту через специальную интернет-платформу – Regul8 web-based self-management sessions – и включали  
в себя составление индивидуальной модели СРК пациента, обучение техникам осознанности, выяснение специфики желудочно-кишечной тревоги у пациента, протокол интероцептивного воздействия, экспозицию тревоги о здоровье, а также болезнь-ориентированного поведения, профилактику рецидивов. Каждый модуль сопровождался набором домашних заданий. Контакт со специалистом осуществлялся строго по электронной почте.

*Эффективность.* В отличие от техник управления напряжением при применении КПП у пациентов с СРК-СМ или СРК-Д наблюдалось снижение желудочно-кишечной специфической тревоги (VSI), а также тревоги о здоровье (HAI). Пациенты в среднем завершили около двух третьей модулей. Ремиссия сохранялась 12 месяцев.

**Телефонные формы когнитивно-поведенческой  
экспозиционной психотерапии СРК**

Протокол разработан Х. Эверитт, применяется для терапии пациентов с рСРК  
и включает в себя психообразование, поведенческие и когнитивные техники управления ЖК-специфической тревогой, здоровое питание, упражнения по декатастрофизации, техники управления стрессом, минимизации сканирования тела с помощью интероцептивной терапии, противорецидивный план. Терапия включает руководство самопомощи для пациента, 6 телефонных консультаций по 60 минут и две 60-минутные бустерные сессии спустя 4 и 8 месяцев с момента начала терапии. За счет меньшего болезнь-ориентированного поведения происходят снижение симптомов СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни. Приверженность составляет 84%. Ремиссия длится около 12 месяцев.

Т. Лии и коллеги разработали дополнительный протокол дистанционной КПП СРК для женщин «Разум над настроением» (ICBT «Mind Over Mood»). Он ориентирован на овладение поведенческим, эмоциональным и когнитивным контролем при СРК-Д и СРК-СМ и включает 13 сессий длительностью 60 минут, которые проводятся 1-2 раза в неделю в течение 6 недель. Сессии  
1-4 направлены на обучение пациентов поведенческим стратегиям снижения  
ЖК-специфической тревоги; сессии 5-7 – на обучение эмоциональным стратегиям снижения когнитивного гипервозбуждения, сессии 8-9 включают поведенческие техники снижения избегающего (туалетного) поведения; сессии 10-13 посвящены техникам декатастрофизации и противорецидивному плану.

*Эффективность.* Данный протокол снижает у пациентов с СРК-СМ и СРК-Д общие симптомы расстройства (BSSS), желудочно-кишечную специфическую тревогу (VSI), симптомы депрессии (CES-D) и тревоги (STAI-S). Ремиссия длится около 6 месяцев .

**Выводы**

«Стандартные» протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии, применяемые при лечении рСРК, сосредоточены на снижении у пациента реактивного реагирования на стресс, связанный с событиями повседневной жизни,  
в то время как интероцептивные протоколы за счет воздействия на висцеральные ощущения делают акцент на

1) устранении дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле;

2) спектре болезнь-ориентированного поискового поведения.

К дезадаптивным когнитивно-аффективным процессам у пациентов с СРК относят: желудочно-кишечную специфическую или висцеральную тревогу, тревогу о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию. Эти процессы устраняются с помощью поведенческих (абдоминальное дыхание)  
и когнитивных (когнитивная реструктуризация, декатастрофизация) техник.

К спектру болезнь-ориентированного поискового поведения при СРК относят избегающее и «перестраховочное» поведение, которые устраняются  
с помощью экспозиционных техник (систематическая десенсибилизация, интероцептивная и естественная экспозиция).

Выделяют следующие интероцептивные протоколы: «второй волны»  
Дж. Ди Колы; «третьей волны» Б. Лщетсона; когнитивно-поведенческую гипнотерапию СРК-индуцированной агорафобии В. Голдена и мультимодальный протокол Х. Каваниши. Форматы проведения: очный (индивидуальный  
и групповой); дистанционный (интернет-платформа. телефонная форма)  
и комбинированный, включающий видеоматериалы.

Очные и дистанционные интероцептивные протоколы снижают степень выраженности симптомов СРК, желудочную-кишечную специфическую тревогу, «перестраховочное» и избегающее поведение, симптомы тревоги о здоровье  
и общую тревогу; повышают удовлетворенность качеством жизни. Ремиссия составляет от 6 до 12 месяцев.

# Список используемой литературы

1. *Ивашкин В.Т., Зольникова Ю.* Синдром раздраженного кишечника с позиций изменений микробиоты // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. Том 29. № 1. С 68–76. [DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92](https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92)
2. *Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Том 27. № 5. С. 76–93. [DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93](https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93)
3. *Мелёхин А.И.* Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность // Современная зарубежная психология. 2018. Том 7. № 4. С 56–74. [DOI: 10.17759/jmfp.2018070407](https://doi.org/10.17759/jmfp.2018070407)
4. *Мелёхин А.И.* Специфика психотерапевтической тактики при лечении синдрома раздраженного кишечника В книге: Актуальные проблемы психиатрии  
   и наркологии в современных условиях Материалы всероссийской научно-практической конференции «I Кандинские чтения», посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского. 2019. С. 74–76.