

Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника

DOI 10.29188/2542-2413-2020-6-2-30-45

А.И. Мелёхин

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, улица Бухвостова, 1-я, д.12/11, корп. 20. г. Москва, 107076, Россия

Ответственный за контакт с редакцией: Мелёхин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Введение. За последний год значительно увеличилась частота обращений пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами, в том числе с синдромом раздраженного кишечника.

Материалы и методы. В статье впервые представлено схематическое резюме факторов, которые вовлечены в патофизиологию синдрома раздраженного кишечника в контексте оси «нервная система-кишечник».

Результаты. Описан общий алгоритм лечения синдрома раздраженного кишечника, который включает в себя психологическое обследование пациента и когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП). Наглядно показан порочный круг желудочно-кишечной специфической тревоги. На основе анализа зарубежных клинических рекомендаций по лечению СРК показано, что «золотым стандартом» психологического лечения является «очная» и дистанционная КПП. Представлены преимущества и недостатки дистанционной формы КПП СРК. Систематизированы психотерапевтические мишени и детально описана структура общего протокола КПП. Детализированы формы дистанционных протоколов КПП СРК и их эффективность. Представлен общий и расширенный протокол дистанционного психологического обследования пациента с СРК.

Выводы. Дистанционная КПП обладает следующими преимуществами: географическая независимость; персонализация лечения под потребности пациента; наличие постоянной поддержки пациента; снижение физических и психосоциальных барьеров; большой охват пациентов с возможностью отслеживать динамику; клиническая и экономическая эффективность.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия, психотерапия, синдром раздраженного кишечника, телемедицина, телепсихиатрия.

Для цитирования: А.И. Мелёхин. Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2020;(2):30-45

Remote form of cognitive behavioral psychotherapy for refractory irritable bowel syndrome

DOI 10.29188/2542-2413-2020-6-2-30-45

A.I. Melekhin

Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin, Bukhvostova street, 1st, 12/11, bldg. 20. Moscow, 107076, Russia

Contact: Alexey I. Melekhin, clinmelehin@yandex.ru

Introduction: Over the past year, the frequency of visits by patients with functional gastrointestinal disorders, including irritable bowel syndrome, has significantly increased.

Materials and methods. This article presents for the first time a schematic summary of the factors involved in the pathophysiology of irritable bowel syndrome in the context of the nervous system-bowel axis.

Results. A General algorithm for the treatment of irritable bowel syndrome is described, which includes a psychological examination of the patient and cognitive behavioral psychotherapy (CBT). The vicious circle of gastrointestinal specific anxiety is clearly shown. Based on the analysis of foreign clinical recommendations for the treatment of IBS, it is shown that the "gold standard" of psychological treatment is «face-to-face» and remote CBT. The advantages and disadvantages of the remote form of CBT are presented. Psychotherapeutic targets are systematized and the structure of the protocol of CBT is described in detail. The forms of remote-control protocols of the CBT and their effectiveness are detailed. The protocol of remote psychological test of a patient with IBS is presented.

Conclusions. Distance cognitive-behavioral psychotherapy has the following advantages: geographic independence; personalization of treatment according to the needs of the patient; availability of ongoing patient support; lowering physical and psychosocial barriers; greater coverage of patients with the ability to track dynamics; clinical and cost-effectiveness. Remote CBT should be included in the gold standard treatment for refractory irritable bowel syndrome.

Key words: cognitive-behavioral psychotherapy, remote cognitive-behavioral psychotherapy, psychotherapy, irritable bowel syndrome, telemedicine, telepsychiatry.

For citation: Melekhin A.I. Remote form of cognitive behavioral psychotherapy for refractory irritable bowel syndrome. Journal of Telemedicine and E-Health 2020;(2):30-45

■ **ВВЕДЕНИЕ**

За последний год значительно увеличилась частота обращений пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами. Например, рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника (р-СРК), при котором пациент на протяжении от 9 до 24 месяцев и более не реагирует на соматотропное лечение, рекомендации по изменению питания и образа жизни от врача-гастроэнтеролога. Это объясняется, что желудочно-кишечный тракт часто выступает «маской», за которой скрываются изменения в психическом здоровье и удовлетворенности качеством жизни пациента [1].

■ **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Синдром раздраженного кишечника рассматривается как расстройство нарушения *кишечно-мозгового взаимодействия* (англ. disorders of gut-brain interaction) или разновидность *расстройства телесного дистресса* (англ. bodily distress disorder), которое характеризуется наличием у пациента рецидивирующими болями в абдоминальной области и/или связанными с ними изменениями в транзите кишечника, а также спектром дополнительных симптомов (усталость, головная боль, болевые синдромы, дисменорея и др.) без наличия структурных изменений в ЖКТ [2]. Из-за этих симптомов пациенты жертвуют социальной активностью, работой, досугом, сексуальными отношениями, прибегают к *перестраховочным и избегающим формам* поведению. СРК часто протекает в структуре фибромиалгии, депрессии и тревожного спектра расстройств [3]. Физиологических диагностических маркеров р-СРК не существует, и данное расстройство уже давно признано биопсихосоциальным. Его следует рассматривать как проявление двунаправленной неупорядоченной связи внутри *оси нервная система («мозг»)-кишечник* [1] (рис. 1), которая влияет на моторику желудочно-кишечного тракта, секрецию и висцеральные ощущения.

В рамках этой конструкции (рис.1) ряд элементов, таких как генетические факторы, личностные

факторы, таких как генетические факторы, личностные

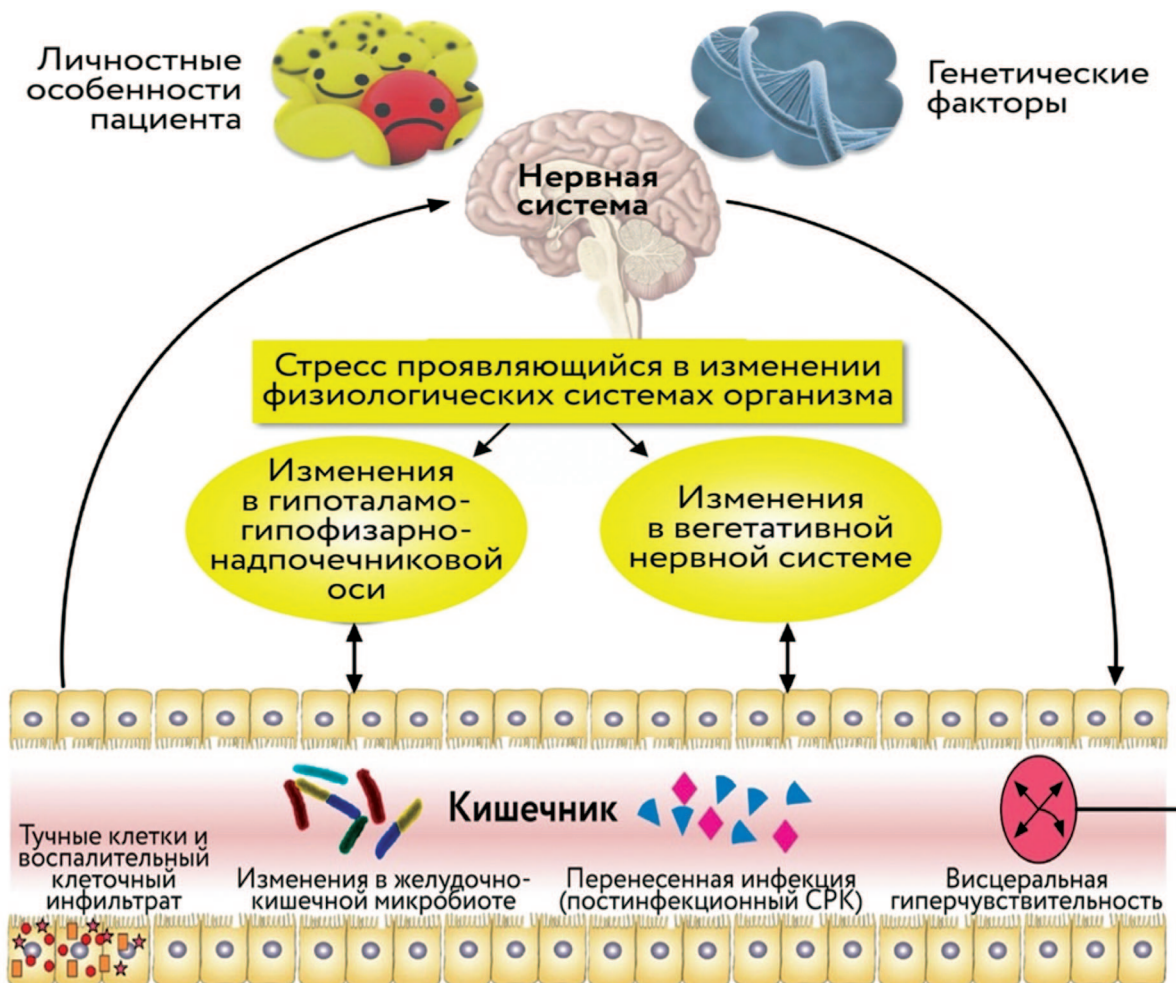


Рис. 1. Схематическое резюме факторов, которые вовлечены в патофизиологию синдрома раздраженного кишечника в контексте оси нервная система-кишечник
 Fig. 1. Schematic summary of factors involved in the pathophysiology of irritable bowel syndrome in the context of the nervous system-bowel axis

особенности, изменения в стрессовых физиологических системах (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось), состояние психического здоровья, накопленный и нерешенный стресс, низкопробные желудочно-кишечные воспаления, изменения в микробиоте, последствия кишечной инфекции (постинфекционное течение СРК) рассматриваются как предрасполагающие, поддерживающие, провоцирующие факторы СРК. Предложенная нами на рис. 1 модель также описывает концепцию висцеральной гиперчувствительности [1,4], при которой болевой порог к ректосигмоидному механическому растяжению ниже у пациентов с р-СРК, чем у здоровых пациентов, что позволяет предположить, что внутренние органы более чувствительны к нормальным изменениям. Повышенная висцеральная гиперчувствительности сопровождается гипервозбудимостью, быстрым формированием фобических ас-

социаций. У пациентов наблюдается гипербдительность к телесным ощущениям с переживанием потери контроля над «работой кишечника», нозофобия, канцерофобия, страх приема пищи с/без расстройствами пищевого поведения. Все это приводит к развитию желудочно-кишечной специфической тревоге (gastrointestinal-specific anxiety), которая усиливает абдоминальную боль и изменения в транзите кишечника [3]. Следует учитывать, что патофизиология СРК до конца не изучена, на данный момент мы имеем ряд гипотетических моделей [4].

В клинической практике мы ориентируемся на биопсихосоциальную модель СРК, предложенную Л. Ван Оуданховом (рис. 2) [5].

Несмотря на имеющиеся модели и алгоритмы, клиническое лечение СРК может быть затруднено из-за игнорирования врачами-гастроэнтерологами нейropsychологических факторов у пациента, а



Рис. 2. Биопсихосоциальная модель синдрома раздраженного кишечника Л. Ван Оуданхова. Примечание. ВНС – вегетативная нервная система, ИЛ – интерлейкины
 Fig. 2. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. Note. ANS – autonomic nervous system, IL – interleukins

также терапевтических барьеров (избегать помощи, не принимать фармакотерапию, феномен «лечения в аптеке», «доктор шопинга») [6]. Эти факторы определяют повышенную чувствительность пациента к висцеральным ощущениям, склонность к стресс-индуцированной гипералгезии и сниженному ответу на лечение [2].

Следует учитывать индивидуальное, переменное течение СРК у каждого пациента, что требует применения **мультимодального, согласованного подхода** (matched approach [4]) врача-гастроэнтеролога и клинического психолога, с учетом личностных особенностей (нейротизм, соматизация, алекситимия, негативная аффективность и др.), и психический статус (тревога, депрессия, соматоформное расстройство и др.) для построения соответствующего протокола лечения [7].

В зарубежной гастроэнтерологической практике и ряде клинических рекомендаций если у пациента в течении 9-12 месяцев при назначении фармакотерапии (самото- и/или психотропной), смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений, то рекомендуется провести психологическое обследование и подобрать протокол когнитивно-поведенческой психотерапии (IBS-specific CBT), который поможет снизить количество симптомов, улучшить качество жизни, ориентируясь на бесполезные убеждения, избегающее и перестраховочное поведение [8, 9]. КПП показывает эффективность как в очном, так и дистанционном формате при лечении СРК [10-12].

Некоторые клинические рекомендации рассматривают психологическую помощь как

- «Третью» линию лечения, когда наблюдается рефрактерность к «первой» (объемообразующие агенты, нейротропные м-холинолитики, пробиотики и др.) «второй» (психофармакотерапия, СИОЗС/СИОЗСН, ТЦА) линиям (Japanese Society of Gastroenterology, Canadian Digestive Health Foundation, American College of Gastroenterology и др.).

- «Первую» и «вторую» линию наряду с медикаментозным лечением (BSQ, Canadian Association of Gastroenterology, NICE, Cochrane и др.).

Данную форму психотерапии рекомендуют применять при «умеренной» и «тяжелой» степени выраженности СРК или с сопутствующими психологическими проблемами и, а также во беременности, лактации [4,12]. Однако, возникает

проблема доступности квалифицированной психологической помощи пациентам с СРК, оптимального способа доставки и приверженности психотерапии, а также поддержания долгосрочных положительных результатов. По сей день в России существует ограниченный доступ для пациентов с р-СРК к очным протоколам КПП из-за отсутствия обученных специалистов. Говоря не только про российскую практику, то показано, что в среднем 40-50% пациентов с рефрактерным течением СРК отказываются от психологической помощи из-за 1) неверия в эффективность, 2) долгосрочность терапии (от 10 до 18 консультаций); 3) финансовые барьеры; 4) временные и территориальные обязательства на работе, в семье; 5) когортные, культурные установки о психическом здоровье [1,13-15]. Для минимизации этих барьеров в зарубежной клинической психологии и психотерапии достигнут существенный прогресс в предоставлении психологической помощи квалифицированными специалистами в той или иной области с помощью *телемедицины*, т.е. с использованием информационных технологий (skype, zoom и др). Это направление получило целое название *телепсихотерапия* [1].

В рамках телемедицины «золотым стандартом» краткосрочного психологического лечения является дистанционная («онлайн», «цифровая») специалист-управляемая (англ. telephone/skype delivered CBT web-CBT) или *полностью автоматизированная* (англ. internet-delivered cognitive behavior therapy, at-home cognitive therapy) когнитивно-поведенческая психотерапия (англ. d/eCBT-I, Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy) [16-19].

В рамках имеющихся ограниченных ресурсов дистанционный формат позволит улучшить доступ пациентам к эффективному лечению с рядом преимуществ: удобное время, место и темп лечения, что соответствует индивидуальным потребностям, ожиданиям пациента. В связи с этим **целью данной статьи** является ознакомить врачей-гастроэнтерологов, психиатров, психотерапевтов и клинических психологов со спецификой, эффективностью проведения дистанционного психологического лечения пациентов с р-СРК, включающего в себя обследование и общие модули когнитивно-поведенческой психотерапии. ►

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

ПОРОЧНЫЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КРУГ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Наличие симптомокомплекса при рефрактерном СРК у пациента можно рассматривать как эквивалент тревоги («панической атаки»). Такая реакция на те или иные стрессовые ситуации во многом связан с наличием у пациента изменений в когнитивно-аффективных процессах (катастрофизация, «чтение мыслей», «гадание», «использование ярлыков», «обесценивание», «ориентация на сожаление») или преобладающем когнитивном стиле восприятия информации (например, дихотомическое мышление). Также склонности пациента к соматизации, алекситимии, которые способствуют развитию и поддержанию данного функционального расстройства ЖКТ. Тревожные расстройства имеют симптомы, которые имитируют то, что происходит у пациентов с

СРК. Например, суетливость, гипербдительность к телесным ощущениям, перестраховочное поведение, интолерантность к неопределенности. Кроме того, пациенты с тревожным спектром расстройств подвержены высокому риску болезнь-ориентированного поведения (сдача всех возможных анализов, обращение к специалистам, поиск «лучшего гастроэнтеролога») несмотря на заверение от врачей, что в их физическом здоровье никаких изменений не выявлено. Пациент попадает в порочный круг симптомов, боли и стресса, что мы называем желудочно-кишечной специфической тревогой (рис. 3).

Тревога является индивидуальной формой когнитивно-поведенческого ответа, то есть реакцией на возникающие нормативные желудочно-кишечные ощущения, которые могут быть дискомфортными и связанные с ними ситуации, которые могут провоцировать эти ощущения (рис.3). В связи с этим основной целью психотерапевтического лечения является разорвать этот когнитивно-поведенческий порочный круг.



Рис. 3. Порочный круг желудочно-кишечной специфической тревоги
Fig. 3. The vicious circle of gastrointestinal specific anxiety

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В 2020 году Canadian Digestive Health Foundation и American College of Gastroenterology [2, 4] представили общий алгоритм диагностики и лечения СРК (рис.4)

Тактика очного и дистанционного обследования пациента с СРК строится путем сопоставления жалоб пациента с результатами клинико-психологического обследования (рис. 4). Из-за психологических особенностей пациента, наличие терапевтических барьеров лечение пациентов с р-СРК обязательно начинается с оптимизации терапевтического альянса врач-пациент через наглядное информирование об СРК. Например, с помощью биопсихосоциаль-

ная модель синдрома раздраженного кишечника Л. Ван Оуданхова. (рис.2) и порочного круга желудочно-кишечной специфической тревоги (рис.3) которая адаптируется под конкретного пациента.

Общение с пациентом строиться с опорой на следующий алгоритм [16]:

- «F»- функциональное состояние пациента (какие сферы жизни затрагивает расстройство);
- «I» – Специфика мыслей и убеждений о здоровье. Внутренняя картина болезни и здоровья;
- «F» – наличие соматизированной тревоги, недоверия к собственному телу, страхов;
- «E» – Ожидания пациента (реалистичные/нереалистичные). ▶▶

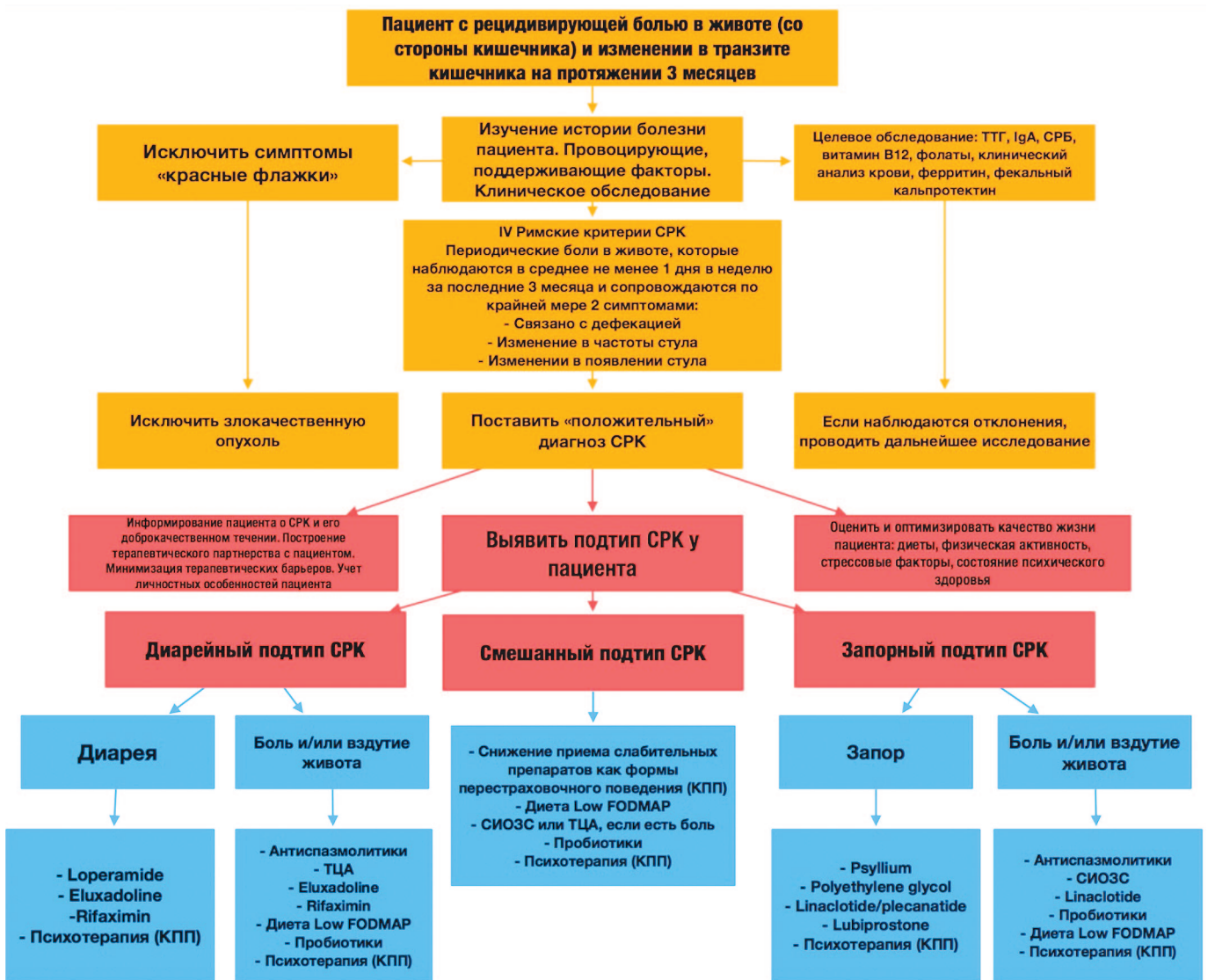


Рис. 4. Алгоритм лечения синдрома раздраженного (перевод А.И. Мелёхин). Примечание. ТТГ – Тиреотропный гормон, IgA- иммуноглобулины А, ТЦА – трициклические антидепрессанты, СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина
 Fig. 4. Algorithm for the treatment of irritable bowel syndrome. Note. TSH – thyroid-stimulating hormone, IgA – immunoglobulins A, TCA – tricyclic antidepressants, SSRIs – selective serotonin reuptake inhibitor

Таблица 1. Факторы, влияющие на синдром раздраженного кишечника
Table 1. Factors affecting irritable bowel syndrome

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ	ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ	ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ФАКТОРЫ
Генетические особенности	Психологический дистресс	Когнитивно-аффективные изменения
	Психологическая травма	• Сканирующее поведение (внимание к телу, к симптомам)
	Повседневные события	• Эмоциональные изменения • Катастрофизация (изменения в оценке ситуации) • Болевое поведение
Ранний опыт пациента	Изменения в социальной поддержке	Периферийные факторы Изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси
Личностные особенности	Воспалительные заболевания кишечника	Абдоминальные боли и другие болевые проявления
	Гормональные изменения	

В зависимости от подтипа СРК (СМ, З, Д) врачом-гастроэнтерологом подбирается фармакотерапия, назначаются дополнительные консультации и обследования [2;4].

Некоторые режимы фармакотерапии вызывают у пациентов временное облегчение симптомов на протяжении 3-6 месяцев. Чаще всего фармакотерапия не предусматривают подключения психологического лечения для учета и управления predisposing, провоцирующими и поддерживающими факторами (табл. 1).

С нейрогастроэнтерологической точки зрения, психологическое лечение направлено больше на префронтальные отделы (метафора «сверху-вниз»), в то время как психофармакотерапия направлена больше на лимбическую систему (метафора «снизу-вверх») [1]. По сей день обсуждается вопрос плохого ответа на медикаментозное лечение пациентами с р-СРК. Соматотропная и психофармакотерапия ограничена тем, что не оказывает универсальный эффект на желудочно-кишечную специфическую тревогу и часто

сопровождается значительными нежелательными побочными эффектами. Вероятность купирования симптомов СРК при исключительно медикаментозной терапии составляет 22-30%, а ремиссия носит краткосрочный характер (1-3 месяца) [10]. Наличие низкой вероятности купирования актуальных для пациента симптомов и короткой ремиссии вызвало острую необходимость в разработке поведенческих, таргетных методов лечения (англ. IBS-specific treatments), применяемые в комплексе с медикаментозным подходом [1]. К этим специфическим поведенческим методам лечения СРК относят различные протоколы, формы когнитивно-поведенческой психотерапии (рис. 5).

Преимущества дистанционной КПП при лечении СРК:

- Географическая независимость, т.е. проведение консультации, где бы специалист и пациент не находились;
- Удобный формат (аудио и/или видео);
- Персонализация лечения и протоколов лечения;

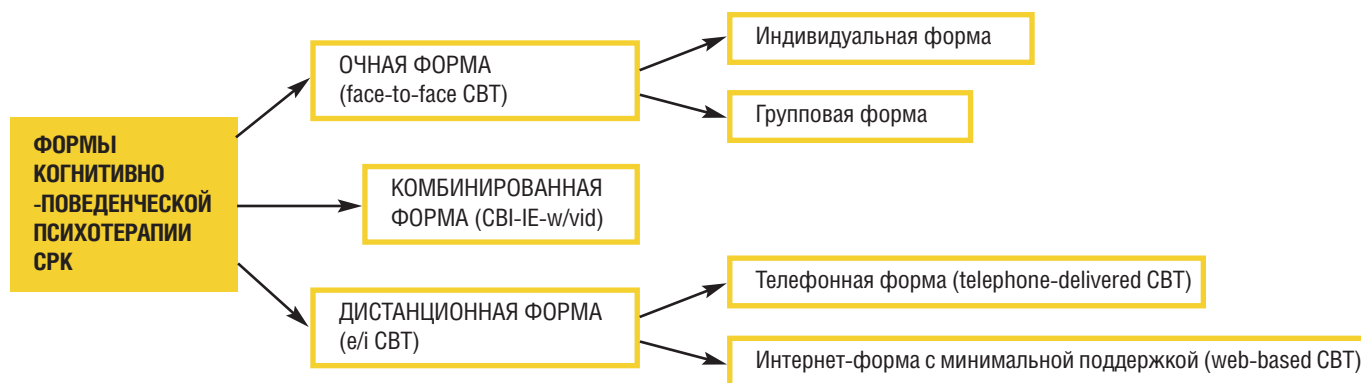


Рис. 5. Формы когнитивно-поведенческой психотерапии СРК
 Fig. 5. Forms of cognitive behavioral psychotherapy for IBS

- Быстрая интеграция в повседневную клиническую практику. Лечение осуществляется в удобное время и в темпе, который соответствует потребностям и возможностям пациента, и специалиста;

- Наличие постоянной поддержки пациента и его семьи. Отслеживание динамики состояния.

- Снижение физических и психосоциальных барьеров (самостигматизации). Помогает интровертированным, тревожно-мнительным пациентам с СРК быть более открытыми и восприимчивыми к психологическому лечению;

- Экономическая эффективность. Средний курс «очной» КПП СРК состоит из 16-24 сессий, в отличие от дистанционной «полной» – 8-10 сессий, «минимальной» (3-4 сессии) и «экспресс» (1-2 сессии).

Недостатки дистанционной КПП при лечении СРК:

- Наличие изменений в когнитивном функционировании пациента;

- Хроническая полиморбидность;

- Управление коморбидными психическими состояниями (острое суицидальное состояние, выраженная алкогольная зависимость, биполярное расстройство);

- Зависимость от психофармакотерапии.

- Технические проблемы. Например, качество связи и видеосигнала

В таблице 2 мы представили различия между поддерживающим, специалист-управляемым и автоматизированным форматом дистанционной КПП при лечении СРК.

Таблица 2. Формы дистанционных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии синдрома раздраженного кишечника

Table 2. Forms of remote protocols of cognitive-behavioral psychotherapy for irritable bowel syndrome

Параметры оценки	Поддерживающий формат (mHealth)	Специалист-управляемая/синхронная форма (digital face-to-face)	Автоматизированная форма
Определение	Элементы терапии используются для поддержки очной КПП с помощью мобильных приложений, интернет-ресурсов, электронной почты, чат (WhatsApp, Telegram)	Частично автоматизированные протоколы терапии с сопровождением специалиста	Полностью автоматизированные структурированные протоколы без постоянного контакта и мониторинга (например, ICBT «Mind Over Mood», Requi8 web-based self-management sessions)
Автоматизация	Ограниченная	Частичная	Полная
Затраты	Время специалиста. Персонализация и дополнение протокола терапии.	Время специалиста. Персонализация и дополнение протокола терапии.	Персонализация и дополнение протокола терапии.
Масштабы	1. Ограничено наличием обученных специалистов; 2. Отсутствие адаптации на русский язык		
Уровень участия специалиста	Средний (10-40 минут)	Высокий (от 40 мин до 2 часов)	Низкий (От 10 до 20 минут)

ЦЕЛЬ И МИШЕНИ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СРК

Нами выделены общие тенденции в тактике проведения когнитивно-поведенческой психотерапии СРК (рис. 6) С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификацию глубинных негативных убеждений (потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм).

Мы выделяем следующие вида течения СРК у пациентов и соответствующие мишени:

1. СРК в структуре тревожного спектра расстройств. Желудочно-кишечная специфическая тревога является психологическим ядром данного варианта течения. У пациента присутствует убеждение в том, что у него наблюдаются «не нормальные», «угрожающие», «неправильные», «неконтролируемые» ощущения, которые обязательно приведут к отрицательным, необратимым последствиям.

- **Когнитивный (ментальный) аспект. Когнитивная ригидность пациента.**

- Катастрофизация – это двойной когнитивно-аффективный процесс, который, с одной стороны, приводит к преувеличению пациентом серьезности симптомов (телесных ощущений) и последствий, с другой – усиливает восприятие себя как «беспомощного», «поломанного», ►

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
(по А. И. Мелёхин, 2018)**

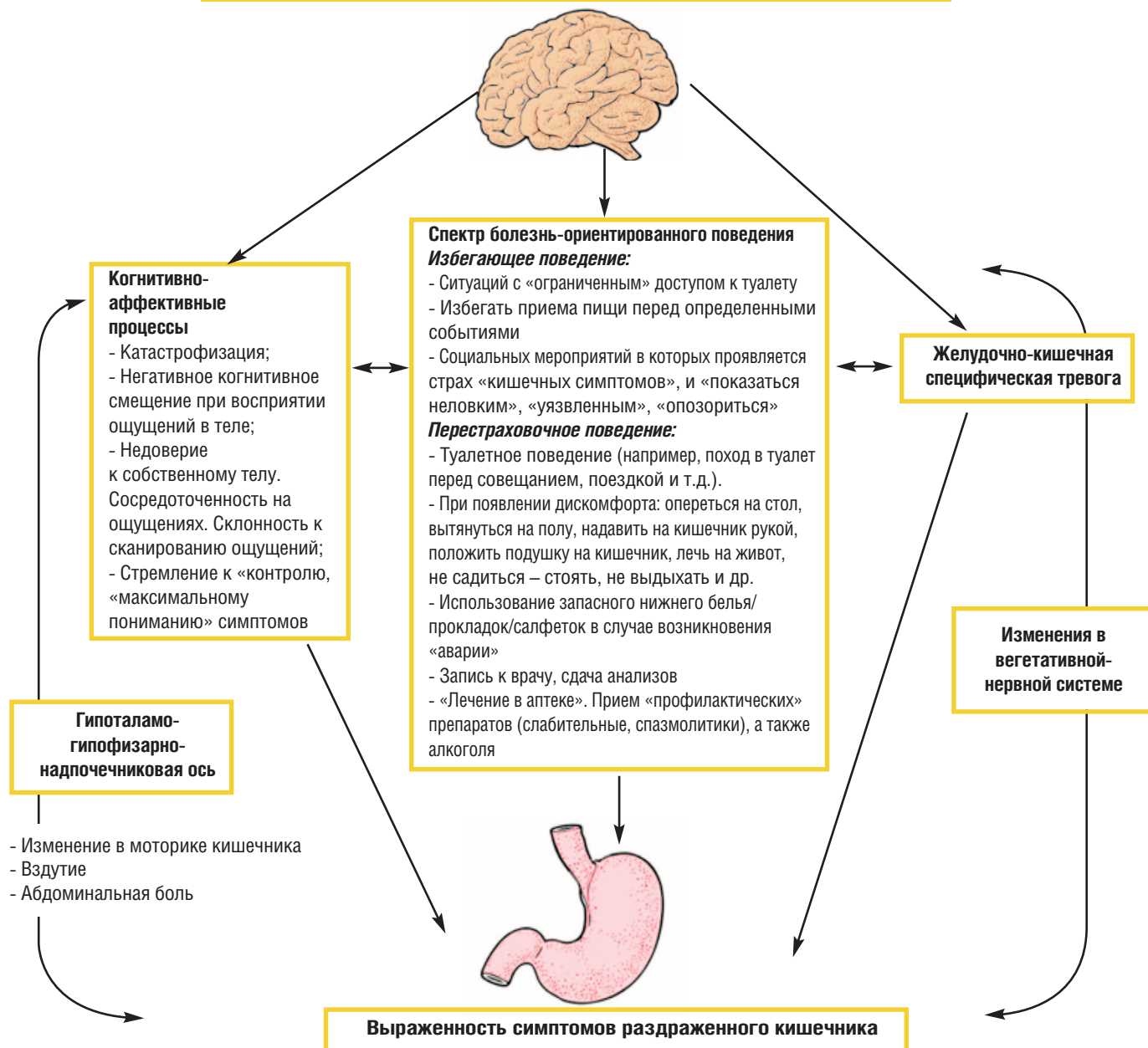


Рис. 6. Общие мишени дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии СРК
Fig. 6. General targets of remote cognitive behavioral psychotherapy for IBS

«бракованного», «не такого как все», «мое тело меня предало». Пациенты усиливают ужас или потенциальную катастрофичность ситуации, одновременно сводя к минимуму способность справиться с ней («я этого не вынесу», «ничего не смогу сделать»). Наличие катастрофизации приводит к появлению условной желудочно-кишечной реакции на ситуации (куда-то поехать, поесть где-то, поговорить с кем-то) и телесные сенсации;

- Наклеивание негативных ярлыков на себя или «самостигматизация» для пребывания в режиме гипермобилизации («не пропустить»).

Оценка состояния здоровья производится с помощью «штампов» («я ущербная», «я поломанная»), а не в пользу объективного состояния. Восприятие пациента «беременно» оценкой и интерпретацией;

- Стремление прогнозировать негативное будущее. Вероятность негативной переоценки («а вдруг не поможет», «а вдруг препараты не помогут, и мне нужна дополнительная перестраховка»);

- Чувство избыточной ответственности и чрезмерной собранности. Пациенты испытывают стресс, когда сталкиваются с фактом или мыслью о неопределенности, непредсказуемо-

сти и неконтролируемости симптомов СРК. Склонны испытывать чувство стыда, которое усиливает проявления СРК и спектр перестраховочного поведения.

- *Перфекционизм.* Пребывание в логике «раб-господин» (раб кишечника). Наличие у пациента жесткого «внутреннего стандарта» (судьи), который приводит к отчуждению собственных желаний и ограничивает способность гибко реагировать на ситуации и телесные сенсации. Склонность агрессивно обвинять себя и других в развитии симптомов. Боязнь провала в способности контролировать себя и собственный кишечник.

• Эмоциональный (аффективный) аспект:

- *Алекситимия и тенденция перетерпеть, замолчать, быть удобным(ой).* Неумение вербализовать свои чувства. Артикулировать проблему. Жизнь с стремлением постоянно избегать и сгладить конфликты. Ограничение вербализации эмоций, в связи с этим эмоции выражаются через боль, или телесные сенсации.

- *Гибкие способы выражать и раздражительность.*

• Поведенческий аспект:

- Неадаптивные поведенческие реакции направленные на снижение тревоги. Булимический тип поведения, направленный на снижение боли и дискомфорта со стороны ЖКТ.

- Пассивно-оборонительный или болезнь-ориентированный стиль поведения с интрапунитивным реагированием. Феномен «самонаказания болью».

2. СРК в структуре меланхолии (депрессия, ипохондрия):

• *Депрессивные руминации о болезни, безвыходности.* Выраженная тенденция пациента беспокоится об актуальных и будущих телесных симптомах. Чрезмерный фокус внимания на то, что не так в теле. Чрезмерная мнительность. Утрирование или гиперболизированное отношение к ощущениям в теле, дискомфорту с искажением рекомендаций врача, активным и постоянным поиском новых способов (как традиционных, так и не традиционных) для облегчения симптомов;

• *Сдвиг в фокусе внимания на поиск «спокойствия», «тишины в кишечнике».* Чрезмерная ▶

Таблица 3. Дистанционное психологическое обследование пациента с СРК
Table 3. Remote psychological test of a patient with IBS

Компоненты	Диагностические шкалы (по выбору)
Специфика симптомокомплекса СРК у пациента	
<ul style="list-style-type: none"> Частота возникновения симптомов СРК. Предрасполагающие, провоцирующие факторы СРК. 	Дневник симптомов СРК (Daily Gastrointestinal Symptom Diary);
Степень выраженности симптомов СРК	<ul style="list-style-type: none"> Шкала выраженности симптомов СРК (Irritable Bowel Symptom Severity Scale); Гастроинтестинальная шкала оценки симптомов СРК (GSRS-IBS)
<ul style="list-style-type: none"> Абдоминальная боль. Желудочно-кишечная специфическая тревога. Висцеральная тревога. Наличие у пациента катастрофизации боли 	<ul style="list-style-type: none"> Индекс висцеральной чувствительности (Visceral Sensitivity Index); Шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale)
<ul style="list-style-type: none"> Специфика избегающих форм поведения. Копинг-поведение. 	Опросник поведенческих реакций пациента с СРК (IBS-Behavioral Responses Questionnaire);
Основное психологическое обследование	
Удовлетворенность качеством жизни	Шкала оценки качества жизни пациентов с СРК (IBS-QOL)
Симптомы депрессии	<ul style="list-style-type: none"> Шкала оценки здоровья (PHQ-15); Шкала оценки депрессии (MADRS-S) или (BDI)
Симптомы тревожного спектра расстройств	<ul style="list-style-type: none"> Шкала оценки генерализованного тревожного расстройства (GAD-7); Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) или (STAI)
Соматизация	SOMS-2
Алекситимия	TAS-20 (обращайте внимание на баллы по трудностям идентификации эмоций, трудности описания эмоций, экстернальное мышление)
Психологический дистресс. Восприятие ситуаций как стрессовых	Шкала психологического дистресса (Kessler Psychological Distress Scale)
Личностные особенности пациента (обязательно при p-СРК)	
<i>Профиль СРК пациента:</i> <ul style="list-style-type: none"> По MMPI: (1Hs) ипохондрия, (2D) депрессия, (3Ну) истерия, (7Pt) психастения; По Леонгарду-Шмишеку: эмотивные, циклоидные, демонстративные и ригидные черты По MPI: Нейротизм. Интроверсия 	<ul style="list-style-type: none"> Опросник MPI; Опросник выявления акцентуации характера Леонгарда-Шмишека; Личностный опросник MMPI.

бдительность к ощущениям со стороны ЖКТ. Симптомы становятся как бы своеобразным маркером полноценной жизни («если нет дискомфорта, пойду на улицу», «если не будет диареи, то позволю себе секс»).

• *Потребность в одобрении и разубеждении от Другого.* Пациент испытывает и усиливает напряжение из-за симптомов СРК убеждением, что «другим будет неудобно от его поведения», «другие увидят, что с ними что-то не так». Пациент ориентирован на то, чтобы другие люди разубедили его в этом неверном убеждении, что с ними «все хорошо», «все в кишечником хорошо».

3. СРК с агорофобическими проявлениями.

4. СРК в структуре соматизации (шизоморфное течение). Расширенные канцерофобические переживания («рак», «опухоль», «какая-то не излечивая болезнь»), затрагивающие не только желудочно-кишечный тракт, но и другие системы органов. Например, сердечно-сосудистую, гинекологическую, урологическую области. Пациент настаивает на то, что у него обязательно должно быть нераспознанное, жизнеугрожающее заболевание.

ДИСТАНЦИОННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СРК

Перед началом психотерапии проводится **дистанционное психологическое обследование пациента**, которое включает в себя основную и дополнительную части для построения терапевтических мишеней. В таблице 3 приводится предложенный нами алгоритм обследования пациента.

Основное психологическое обследование проводится в конце, середине и через 2-3 месяца

после прохождения психотерапии. В ходе психотерапии результаты динамики лечения наглядно показываются пациенту в графическом виде, для обсуждения барьеров, улучшений, трудностей при выполнении рекомендаций. После прохождения психологического обследования специалистом формируется индивидуальный дистанционный протокол КПП на основе ожиданий пациента, варианта, течения СРК, психического статуса и личностных особенностей пациента. Протокол КПП состоит из 4 до 9 (10) терапевтических модулей. Дополнительно подключаются модули поведенческой поддержки родственников пациентов с СРК.

На протяжении первых 1-4 сессий психотерапии пациент ведет электронную форму адаптированного нами дневника симптомов СРК (рис. 7), который позволяет выявить пусковые механизмы желудочно-кишечной специфической тревоги и отслеживать динамику.

МОДУЛИ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СРК

Когнитивно-поведенческая психотерапия в среднем занимает 8-10 недель, длительность консультаций от 1 до 1,5 часов 1-2 раз в неделю с интервалом 2-5 дней с помощью skype, viber, whatsapp видеосвязи [14;18;20]. В таблице 4 на основе цикла зарубежных исследований [10-15;18;21-27] мы представили обобщенную структуру модулей дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии СРК.

С появлением современных биопсихосоциальных патогенетических моделей СРК появляются таргетные дистанционные протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии с **«МИНИМАЛЬНЫМ» КОНТАКТОМ** (minimal contact-CBT). Эти протоколы

Таблица 4. Общие модули дистанционной формы КПП при лечении синдрома раздраженного кишечника
Table 4. General modules of the remote form of CPP in the treatment of irritable bowel syndrome

№	Модуль	Содержание
1	Информирование пациента об СРК. Психообразование	<ul style="list-style-type: none"> • Информация об СРК (патогенетические модели), клинические особенности, эпидемиология, Римские диагностические критерии и «красные» флажки; • Предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы СРК; • Варианты лечения (медикаментозный, немедикаментозный подходы); • Комплексный подход к лечению СРК. Распространенные мифы о лечении. Основные терапевтические барьеры. Феномен «доктор шопинга», «лечения в аптеке» и полипрагмазии.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Персонифицированная биопсихосоциальная модель СРК • Поведенческий мониторинг симптомов 	<ul style="list-style-type: none"> • Роль восприятия ситуаций как стрессовых в течении СРК. Модель А-В-С желудочно-кишечной специфической тревоги; • Формирование персонифицированной биопсихосоциальной модели СРК пациента; • Домашнее задание: постановка целей с опорой на ценности пациента для управления симптомами СРК. Заполнение электронного дневника симптомов СРК с акцентом на уровень стресса, прием пищи, физическую активность и поведенческие особенности пациента.

3	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческое управление дискомфорными телесными ощущениями • Пищевое поведение • Спектр избегающего поведения 	<ul style="list-style-type: none"> • «Первичное» и «вторичное» страдание пациента. Принцип личного «принятия и ответственности» за симптомы. • Поведенческие методики управления желудочно-кишечной специфической тревоги. • Абдоминальная боль. Ее специфика. Триггеры. Построение градиента interoцептивной экспозиции. • Персонализированные рекомендации пищевому поведению. • Здоровое, «осознанное», регулярное питание, без чрезмерного контроля, его избегания. <p>При необходимости составление экспозиции продуктов, которые избегает пациент.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Домашнее задание: усиления регулярного, здорового, «осознанного» питания; мониторинг состояния; interoцептивная экспозиция (болевого аспект, пищевой аспект).
4	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческое управление гипербдительностью • Картина висцеральной гиперчувствительности • Специфика желудочно-кишечной специфической тревоги 	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческие рекомендации по минимизация «туалетного» поведения и других форм избегающего поведения; • Обучение поведенческим техникам управления абдоминальным тонусом: диафрагмальное дыхание, короткая прогрессивная мышечная релаксация, техники направленные на усиление осознанности; • Обучение когнитивным алгоритмам декатастрофизации S-O-B-E-R, S-O-L для минимизации желудочно-кишечной специфической тревоги; • Выявление эмоций и поведения, которое пациент не выражает, не показывает. Поведенческий план гибкого выражения. <ul style="list-style-type: none"> • Домашнее задание: усиление навыков снижения гипербдительности. Гибкая поведенческая реакция на желудочно-кишечную специфическую тревогу
5	<p>Усиление физической и социальной активности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Профиль активности пациента. Акцент на важности физической активности в минимизации абдоминального тонуса; • Систематическая экспозиционная терапия. Планирование активности методом градиента физической и социальной активности. • Сокращение избегающих форм поведения (7-10 баллов по избеганию); <ul style="list-style-type: none"> • Домашнее задание: усиление ценностей регулярной физической и социальной активности. Поведенческая активация.
6	<p>Когнитивный стиль оценки ситуаций</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивно-аффективные особенности пациента (катастрофизация, потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать) и в каких ситуациях они проявляются, их роль. • Идентификация мыслей по отношению к высоким личным ожиданиям, требованиям и симптомам СРК; • Индивидуальная модель желудочно-кишечной специфической тревоги пациента с учетом когнитивно-аффективных особенностей пациента; • Техники снижения когнитивного гипервозбуждения. Проверка мыслей реальностью и действительностью. Метакогнитивная способность («Доказательства за и против эти мысли?», «Есть ли альтернативный способ думать в этой ситуации?», «Назвать 5 сценариев что еще произойдет?»); • Усиление способности «Поймать, проверить, не бороться, изменить реакцию» <ul style="list-style-type: none"> • Домашнее задание: усиление ценности выявлять когнитивно-аффективные особенности и как они влияют на симптомы СРК
7	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование нового когнитивного стиля оценки ситуаций - Ментальная гибкость - Гибкий когнитивный фильтр внимания к симптомам - Феномен «Глаза новичка» 	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивная реконструкция и реструктуризация. • Обучение оспариванию негативных мыслей, связанных с симптомами (протокол ABCDEF); • Поведенческое управление чрезмерным вниманием к телу и негативными ожиданиями;
8	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки снижение проблемно-ориентированного поведения • Гибкое решение проблемных ситуаций 	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление специфики у пациента проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного поведения; • Техника «эмоционально осознанного фокусирования»; • Шаги по гибкой реакции на непредсказуемые стрессоры. Принцип здорового «не знаю».
9	<ul style="list-style-type: none"> • Минимизация «вспышек» рецидива. Профилактика рецидивов. • Повторного психологическое обследование 	<ul style="list-style-type: none"> • Знакомство пациента с когнитивно-поведенческой моделью рецидивов. Обсуждение факторов вероятности вспышки рецидива у пациента. • Составление противорецидивного плана; • Разработка достижимых, долгосрочных целей • Усиление ценностных ориентаций использовать когнитивно-поведенческие навыки для психологического благополучия.

**Поведенческие модули для родственников управлять состоянием пациента с СРК.
Для этого модуля необходимо выделить доверительное лицо пациента, которое будет ко-терапевтом в процессе лечения**

1	Психообразование об СРК как доброкачественном заболевании. Персонализированная модель СРК пациента (предрасполагающие, провоцирующие формы). Основная тактика лечения «первая линия». Поведенческие рекомендации по снижению внимания к телесным ощущениям пациента. Снижение болезнью-ориентированного общения.
2	Формирования у родственников «угашающего» ответа на желудочно-кишечную специфическую тревогу у пациента (не быть ее зрителем, не разубеждать). Освоение поведенческой техника «Золотой момент» (golden moments)
3	Помощь пациенту в поведенческом управлении гипервозбуждении, абдоминального тонуса. Поддержка пациента во время выполнения interoцептивной экспозиции (пищевое поведение, избегание мест, туалетное поведение).
4	Согласование плана предотвращения рецидивов возникновения желудочно-кишечной специфической тревоги у пациента

Дата: 28.03.19	Утро	День	Вечер	Ночь
Диета 	09.30 – 2 рисовых хлебца с творожным сыром и лососем. йогурт с джемом и кофе с б/л молоком	12:30 Рыба тушеная, рис со сливочным соусом. Кофе 17.30 Батончик ореховый, 1/2 кофе	19.00 оливье салат с помидорами + 2 рисовых хлебца 21.00 ромашковый чай	
Стул 	10.00 цвет зеленоватый. Средней мягкости, кол-во больше, чем вчера			
Боли 	небольшие газы	небольшие газы. Эпизоды тревожного холодка в желудке при тревожных мыслях	18.00 боль непонятной локации (то ли справа в подреберье, то ли в районе пупка), небольшие газы	Газы после олишье. Перед сном небольшой шарик взудся (и прошел быстро)
Лекарства 	10.00 – и вит Д 11.00 – рифаксимин	14.00 – нейробутин		500 мг триптофана за 1.5 часа до сна
Упражнения 			Велосипед 45 мин	
Эмоциональное состояние 	сонное состояние и апатия + тревожность не-за отношений, поссорились с МЧ	сонное состояние и апатия + тревожность не-за отношений, поссорились с МЧ	сонное состояние и апатия + тревожность не-за отношений, поссорились с МЧ	Плохо спала ночью – неглубокий сон, много раз просыпалась

Рис. 7. Электронный дневник симптомов СРК, заполненный пациенткой 38 лет, с рефрактерным течением СРК смешанного типа, с преобладанием абдоминальной боли и генерализованного тревожного расстройства

Fig. 7. Example of filling in a diary of IBS symptoms by a patient

Сессия	Описание
Психообразование о СРК	Физиология пищеварения вкупе с функциональными изменения. Причины СРК. ВНС («бей-бег») и энтеральная НС. Желудочно-кишечная специфическая тревога
Персонализированная модель СРК пациента	Когнитивно-поведенческая модель рефрактерного СРК. Поведенческий анализ с составление индивидуальной модели. Постановка личных целей
Управление симптомами. Пищевое поведение	Обзор дневника СРК. Поведенческие управление симптомами диареи/запора. Снижение барьеров и мифов. Поведенческий алгоритм питания.
Физическая и социальная активность	Физическая активность и симптомы СРК. Дисфункциональные паттерны активности. Стиль поведения «все или ничего» Планирование активности
Дисфункциональные мысли. Тревожные руминации.	Протокол идентификации дисфункциональных мыслей связанных с СРК Выявление высоких личностных ожиданий и катастрофизации симптомов
Де-катастрофизация/ когнитивная гибкость	Альтернатива дисфункциональным (5 вариантов) Техника «Реалистичные альтернативные сценарии»
Благополучный сон и управление стрессом	Поведенческие техники снижения физиологического гипервозбуждения Гигиена сна
Управление «вспышками» тревоги и перспектива будущего	Поведенческий протокол минимизации «вспышек» Долгосрочные цели

Рис. 8. Структура автоматизированного дистанционного протокола КПП р-СРК – Regul8

Fig. 8. Structure of the automated remote control Protocol IBS -Regul8

охватывают тот же диапазон психотерапевтических процедур, что и «стандартные» протоколы, но в значительной степени опираются на материалы для самостоятельного изучения пациентом [1]. Эти

протоколы позволяют пациентам управлять и бросать вызов их дезадаптивным паттернам поведения, находясь в знакомой им обстановке (например, дома, на работе), что помогает пациентам

полагаться на развитие собственных поведенческих навыков. Проводится четыре дистанционные консультации по 45-60 минут [19;23].

- На *первой сессии* проводится психообразование о желудочно-кишечной специфической тревоги, оси нервная система-кишечник. Ознакомление с самообучающим материалом (электронной рабочей тетрадью).

- *Вторая сессия* – обучение техникам снижения когнитивного гипервозбуждения (декатастрофизация);

- *Третья сессия* – поведенческие навыки снижения абдоминального тонуса, туалетного поведения;

- *Четвертая сессия* – составление противорецидивного плана.

Большая часть того, что изучается, осваивается пациентом самостоятельно с помощью рабочей тетради, видео-, аудиозаписей. Далее планируются 15-20-минутные дистанционные консультации на третьей и седьмой неделях психотерапии для устранения барьеров и трудностей.

Краткосрочные протоколы включают и *экспозиционную терапию* (internet-delivered exposure-based treatment) направленную на минимизацию избегающего и перестраховочного поведения. Длительность терапии 10 недель, 1 раз в неделю. Осуществляется в формате скайп-консультаций с пациентом [7;18;25].

Недавно был предложен *протокол дистанционной КПП СРК для женщин «Разум над настроением»* (ICBT «Mind Over Mood» [1]) целью которого является обучение пациента поведенческому, эмоциональному и когнитивному контролю СРК. Состоит из 13 сессий, 60 минут, 1-2 раза в неделю. 6 недель. За 1 неделю до терапии: обследование и психообразование. Сессии 1-4: поведенческие стратегии снижения ЖК-специфической тревоги. Сессии 5-7: эмоциональные стратегии снижения когнитивного гипервозбуждения, снижение «автопилота», туалетного поведения. Сессии 8-9: де-катастрофизация и противорецидивный план. Показано, что наряду с *техникой «эмоциональное письмо» Пеннебейкера* данный протокол КПП снижает симптомы СРК, депрессии и тревоги. Ремиссия 6 месяцев.

С опорой на когнитивно-поведенческий подход также была разработана *онлайн рабочая тетрадь для управления симптомами СРК* (CBT IBS-specific workbook delivered online [11]), кото-

рая состояла из 9 глав, разбитых на 6 модулей. 1-3 глава – Психообразование. Релаксационные упражнения. 4 глава – Катастрофическое познание. Общая когнитивная реструктуризация. 5 глава – Фокусированная когнитивная реструктуризация на симптомах СРК. 6 глава – Поведенческие эксперименты: планирование, проведение, описание, оценка. 7-8 глава – Минимизация избегающего поведения. 9 глава – Профилактика рецидивов. Данная тетрадь применяется в *телефонной форме КПП* (ТСВТ), которая включает в себя руководство самопомощи и 6 телефонных консультации (по 60 мин). Две 60 мин. бустерные сессии 4 и 8 мес. Приверженность – 84%. Наблюдается Снижение симптомов СРК и улучшение качества жизни. Ремиссия 12 месяцев [19].

Таким образом дистанционные протоколы КПП снижают у пациентов с СРК желудочно-кишечную специфическую тревогу, висцеральную гиперчувствительность, избегающее и перестраховочное поведение. Улучшают следующие показатели качества жизни пациента: дисфория, активность, образ тела (доверие к собственному телу), тревога о здоровье, пищевое поведение, социальная и сексуальная активность. Более половины пациентов понимают и выполняют все модули лечения. Ремиссия от 9 до 12 месяцев.

■ ВЫВОДЫ

- Согласно зарубежным клиническим рекомендациям по лечению СРК, «золотым стандартом» для лечения пациентов с рефрактерным течением СРК, является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП). Однако «очные», «стандартные» протоколы КПП в настоящее время обычно не предлагаются пациентам из-за различных барьеров как со стороны специалистов, так и пациента. В качестве альтернативы, в связи с широким развитием телемедицины, начинают внедряться специалист-управляемые и полностью автоматизированные формы дистанционной КПП СРК.

- Дистанционная КПП обладает следующими преимуществами: географическая независимость; персонализация лечения под потребности пациента; наличие постоянной поддержки пациента; снижение физических и психосоциальных барьеров; большой охват пациентов с возможностью отслеживать динамику; клиническая и экономическая эффективность. ►►

- Выделяют «первую», «вторую» и «третью» волны развития дистанционных протоколов КПП при лечении СРК. Показана эквивалентность эффективности данных протоколов психотерапии наряду с соматотропной и психотропной терапией при управлении симптомами раздраженного кишечника. Наблюдается улучшение психического состояния пациентов при комбинации интернет с телефонным форматом КПП СРК.

- Мишени психотерапии выстраиваются с учетом ожиданий, ценностей и психических особенностей пациента, вариантом течения СРК (в структуре тревожного спектра расстройств, с

агоробобическими проявлениями, в структуре соматизации, шизоморфное течение).

- Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия включает в себя: дистанционное обследование пациента (основное, дополнительное) и персонизированные модули (от 4 до 9), направленные на психообразование пациента об СРК, провоцирующих, поддерживающих факторах, формирование навыков управления симптомами СРК, усиление психологической гибкости и способов выражать эмоции. Положительная ремиссия сохраняется на протяжении 9-12 месяцев. █

ЛИТЕРАТУРА

1. Using central neuromodulators and psychological therapies to manage patients with disorders of gut-brain interaction: a clinical guide. [W. Harley Sobbing ed]. Springer 2019. 191 p.
2. Farmer AD, Wood E, Ruffle JK. An approach to the care of patients with irritable bowel syndrome. *CMAJ* 2020;192(11):19-28, doi:10.1503/cmaj.190716
3. Windgassen S, Moss-Morris R, Goldsmith K, Chalder T. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *J Psychosom Res* 2019;118:73-82. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.11.013
4. Nelkowska DD. Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Ann Gastroenterol* 2020;33(1):1-8. doi:10.20524/aog.2019.0441
5. Van Oudenhove L, Crowell MD, Drossman DA. Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6):1355-67. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.027.
6. Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol J* 2017;5(6):773-88. doi: 10.1177/2050640617731968.
7. Мелёхин А. И. Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении нарушении кишечно-мозгового взаимодействия. *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии*. 2020. Т. 2, № 1. С. 20–41. [Melyohin A. I. Exposure cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of disorders of intestinal-brain interaction. *Neurodynamics. Zhurnal klinicheskoy psihologii i psihiatrii = Neurodynamics. Journal of clinical psychology and psychiatry* 2020;2(1):20–41. (In Russian)].
8. Lackner JM, Jaccard J, Keefer L. Improvement in gastrointestinal symptoms after cognitive behavior therapy for refractory irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2018;155(1):47-57. doi: 10.1053/j.gastro.2018.03.063.
9. Orock A, Louwies T, Yuan T, Greenwood-Van Meerveld B. Environmental enrichment prevents chronic stress-induced braingut axis dysfunction through a GR-mediated mechanism in the central nucleus of the amygdala. *Neurogastroenterol Motil* 2020;32(6): e13826. doi:10.1111/nmo.13826
10. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut* 2020;(2):9-17. doi:10.1136/gutjnl-2020-321191
11. Cong X, Perry M, Bernier KM. Effects of self-management interventions in patients with irritable bowel syndrome: systematic review. *J Nurs Res* 2018;40(11):1698-720 doi: 10.1177/0193945917727705.
12. Lackner J.M. Skills over pills? A clinical gastroenterologist's primer in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* 2020;1:19-27 doi: 10.1080/17474124.2020.1780118
13. Radziwon C.D., Lackner J. M. Cognitive behavioral therapy for IBS: how useful, how often, and how does it work? *Curr Gastroenterol Rep* 2017;19(10):49-67. doi: 10.1007/s11894-017-0590-9.
14. Andersen M. Evaluation of a guided self-help intervention for irritable bowel syndrome – an interdisciplinary eHealth approach. *Master Thesis in Clinical Nutrition* 2017. 129 p. URL: http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17705/Master-thesis_Mari-Liltvedt-Andersen_011217.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения: 27.06.2020)
15. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut* 2020;(2):9-17. doi:10.1136/gutjnl-2020-321191
16. Мелёхин А. И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность // Современная зарубежная психология. 2018. Т. 7, № 4. С. 56–74 [Melyohin A. I. Remote cognitive-behavioral psychotherapy of irritable bowel syndrome: specificity and effectiveness. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya = Modern foreign psychology* 2018;7(4):56–74 (In Russian)].
17. Мелёхин А. И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении синдрома раздраженного кишечника. Дистанционные технологии в профессиональном пси-

ЛИТЕРАТУРА

хологическом образовании, психологии и психоанализе. Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, проведенной в ЧОУВО Восточно-Европейский Институт психоанализа. — ВЕИП СПб, 2020. — С. 102–109. [Melyohin A. I. Remote cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. In: Distancionnye tekhnologii v professional'nom psihologicheskom obrazovanii, psihologii i psihoanalize = E-learning technologies in the professional psychological education, psychology and psychoanalysis. Saint-Petersburg: Eastern European Institute of psychoanalysis. 2020. P. 102-109. (In Russian)].

18. Bonnert M, Olen O, Lalouni M, Hedman-Lagerlof E, Sarnholm J, Serlachius E, Ljotsson B. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioral therapy for adolescents with functional abdominal pain or functional dyspepsia: a feasibility study. *Behavior Therapy* 2019;50(1):177–88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.002>

19. Everitt HA, Landau S, O'Reilly G, et al. Assessing telephone-delivered cognitive-behavioural therapy (CBT) and web-delivered CBT versus treatment as usual in irritable bowel syndrome (ACTIB): a multicentre randomised trial. *Gut* 2019;68:1613-23.

20. Cong X, Perry M, Bernier KM. Effects of self-management interventions in patients with irritable bowel syndrome: systematic review. *J Nurs Res* 2018;40(11):1698-1720. doi: 10.1177/0193945917727705.

21. Edebol-Carlman H, Schrooten M, Ljotsson B, et al. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on state and trait anxiety and the autonomic nervous system during

induced rectal distensions – an uncontrolled trial. *Scand J Pain* 2018;18(1):81-91. doi: 10.1515/sjpain-2017-0153.

22. Erfan A, Noorbala AA, Karbasi Amel S. The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: single subject design. *Adv Biomed Res* 2018;72(7):72. doi: 10.4103/abr.abr_113_16.

23. Everitt HA, Landau S, O'Reilly G, et al. Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in the ACTIB randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019;4(11):863-72. doi:10.1016/S2468-1253(19)30243-2

24. Haghayegh SA, Neshatdoost HT, Peiman A. Efficacy of dialectical behavior therapy on stress, resilience and coping strategies in irritable bowel syndrome patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2017;19(1):1-7 doi: 10.17795/zjrms-5809.

25. Hesser H, Hedman-Lagerlof E, Andersson E. How does exposure therapy work? A comparison between generic and gastrointestinal anxiety-specific mediators in a dismantling study of exposure therapy for irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol* 2018;86(3):254-67. doi: 10.1037/ccp0000273.

26. Hunt MG, Rodriguez L, Marcelle E. A cognitive behavioral therapy workbook delivered online with minimal therapist feedback improves quality of life for inflammatory bowel disease patients. *Internal Medicine Review* 2017;3(10):1-16.

27. Pedersen N. EHealth: Self-management in inflammatory bowel disease and in irritable bowel syndrome using novel constant-care web applications: EHealth by constant-care in IBD and IBS. *Dan Med J* 2015;62(12):51-68.

Сведения об авторе:

Мелехин А.И. – психолог, психотерапевт, кандидат психологических наук, научный сотрудник Гуманитарного института им. П.А. Столыпина, clinmelehin@yandex.ru, AuthorID: 762868

Автор выражает благодарность за консультации по вопросам адаптации дистанционных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии СПК – **Jeffrey Lackner**, PsyD, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University at Buffalo, SUNY, Buffalo, New York, USA, lackner@buffalo.edu

Вклад автора:

Мелехин А.И. – дизайн исследования, разработка протоколов, написание статьи, 100%.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Статья поступила: 13.04.20

Принята к публикации: 2.06.20

Information about author:

Melekhin A.I. – psychologist, psychotherapist, PhD in Psychology, Research Fellow at the Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin, clinmelehin@yandex.ru, ORCID 0000-0001-5633-7639

The author is grateful for the advice on adapting distance protocols for cognitive-behavioral therapy for IBS – **Jeffrey Lackner**, PsyD, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University at Buffalo, SUNY, Buffalo, New York, USA, lackner@buffalo.edu

Author contributions:

Melekhin A.I. – research design, protocol development, article writing, 100%.

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Received: 13.04.20

Accepted for publication: 2.06.20