

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-1-58-68>

Дистанционная психологическая помощь при хронической висцеральной боли на фоне синдрома раздраженного кишечника

Клиническое исследование

А.И. Мелехин

НОЧУ ВО «Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина»; д.12/11, корп. 20, ул. 1-я Бухвостова, Москва, 107076, Россия

Контакт: Мелехин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Аннотация:

Хроническая висцеральная боль, усиливающаяся при стрессе, является отличительной чертой функциональных желудочно-кишечных расстройств, таких как синдром раздраженного кишечника (СРК). Современные фармакологические вмешательства, диеты для пациентов с хронической висцеральной болью, как правило, недостаточны, и многие из них чреваты нежелательными побочными эффектами и короткой ремиссией. Современные протоколы когнитивно-поведенческой терапии «третьей» волны, которые доступны в дистанционном формате показывают эффективность, экономичность в облегчении хронической висцеральной боли, вызванной стрессом. В статье описана специфика «третьей» волны КПТ применительно к лечению СРК. Детализирован когнитивно-поведенческий подход к лечению синдрома раздраженного кишечника, который обращает вспять повышенную стрессовую реактивность и афферентную сенсibilизацию в центральной и периферической нервной системах соответственно, что приводит к более полному и длительному облегчению симптомов СРК у пациента. Показана специфика и эффективность протокола дистанционной когнитивно-поведенческой терапии усиления осознанности при СРК Дж. Хенрич и интеграции когнитивно-поведенческой терапии «второй» и «третьей» волны для улучшения образа жизни пациентов с СРК.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника; хроническая висцеральная боль; боль; когнитивно-поведенческая терапия; когнитивно-поведенческая психотерапия.

Для цитирования: Мелехин А.И. Дистанционная психологическая помощь при хронической висцеральной боли на фоне синдрома раздраженного кишечника. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2022;8(1)58-68; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-1-58-68>

Remote psychological assistance for chronic visceral pain associated with irritable bowel syndrome

Clinical research

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-1-58-68>

A.I. Melehin

Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin; 57, st. Polyany, Moscow, 117042, Russia

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

Summary:

Chronic visceral pain, which increases with stress, is a hallmark of functional gastrointestinal disorders, such as irritable

bowel syndrome (IBS). Modern pharmacological interventions, diets for patients with chronic visceral pain are usually insufficient, and many of them are fraught with undesirable side effects and short remission. Modern protocols of cognitive behavioral therapy of the third wave, which are available in a remote format, show efficiency, cost-effectiveness in relieving chronic visceral pain caused by stress. The article describes the specifics of the third wave of CBT in relation to the treatment of IBS. A cognitive-behavioral approach to the treatment of irritable bowel syndrome is detailed, which reverses increased stress reactivity and afferent sensitization in the central and peripheral nervous systems, respectively, which leads to a more complete and prolonged relief of IBS symptoms in the patient. The specificity and effectiveness of the protocol of remote cognitive behavioral therapy to enhance awareness in IBS J. is shown. Henrich and integration of cognitive behavioral therapy of the second and third waves to improve the lifestyle of patients with IBS.

Key words: irritable bowel syndrome; chronic visceral pain; pain; cognitive behavioral therapy; cognitive behavioral psychotherapy.

For citation: Melehin A.I. Remote psychological assistance for chronic visceral pain associated with irritable bowel syndrome. Russian Journal of Telemedicine and E-Health 2022;8(1)58-68; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-1-58-68>

■ ВВЕДЕНИЕ

За последние несколько лет самым распространенным и трудно до конца поддающимся лечению функциональным нарушением желудочно-кишечного тракта является *синдром раздраженного кишечника (СРК)*, а точнее проблема хронической висцеральной боли, которая определяется как длительная, трудно поддающаяся локализации (чаще разлитая) и описанию, исходящая из области живота, переходящая в поясницу и/или в тазовую область, сопровождающаяся ощущением тошноты, распирания, внутренней дрожи. Ее наличие увеличивает *риски развития зависимости от спазмолитической терапии* [1]. Часто вызвана социальным контекстом (изоляция, межличностные отношения, изменения в восприятии себя, финансовый стресс), накопленного стресса, факторами актуального психологического состояния, которые сами пациенты не всегда замечают. Например, усталостью, чрезмерным напряжением (гипербдительностью), раздражительностью, контролем гнева (повышенной терпимостью) и др [2]. У данных пациентов из-за пребывания в режиме гипермобилизации наблюдаются частые «сбои» в системе связи *центральной-энтеральной нервной системе-микробиома (brain-gut-microbiome)*, приводящий к росту висцеральной гиперчувствительности и болям в животе [3]. Возникновение и поддержание висцеральной гиперчувствительности является многофакторным процессом, который может происходить как в периферической, так и в центральной нервной системе.

Периферийно, *инфекционные факторы* или *измененное содержание микробиоты* (уровень серотонина в кале, увеличенное количество клостридий и уменьшение бактероидов) могут нарушить нормальное функционирование желудочно-кишечного барьера и вызывают сенсibilизацию ноцицептивных сигналов от кишечной нервной системы к центральной нервной системе [4]. У пациентов с СРК также наблюдается значительно более высокая измененная активность в областях мозга, участвующих в обработке стресса. Например, со стороны миндалевидного тела [4]. Показана решающая роль передачи сигналов *кортикотропинрелизирующего гормона* в возникновении хронической висцеральной боли у данной группы пациентов. Данный гормон является мощным активатором гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, которая регулирует реакцию организма на стресс. Повышенная экспрессия гормона активирует данную ось, что приводит к выбросу кортизола. В нормальных условиях высвобождающийся кортизол активирует глюкокортикоидные рецепторы в гипоталамусе для подавления выработки кортикотропинрелизирующего гормона и *снижение активности гипоталамо-гипофизарно надпочечниковой оси* [5].

Однако у пациентов с СРК из-за сбоя в *эмоциональной регуляции* постоянное воздействие кортизола вызывает изменения в обработке сенсорных сигналов в центральной и периферической нервной системах, что вносит вклад в патофизиологию хронической висцеральной боли. Стресс, тревога и воспаление вызывают изменения в экспрессии генов (например, TRPV1) ►►

в центрах мозга, ответственных за реактивность на стресс и сенсорную нейротрансмиссию [2]. Эти изменения в конечном счете усиливают стрессовую реактивность у пациента и повышают чувствительность ноцицептивных афферентных волокон, что приводит к хронической висцеральной гиперчувствительности.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Облегчение боли остается серьезной проблемой при лечении синдрома раздраженного кишечника. Мероприятия, направленные на облегчение боли у пациентов с СРК, включают диету, пробиотики или антибиотики, антидепрессанты, спазмолитики и препараты, нацеленные на специфические рецепторы желудочно-кишечного тракта, такие как опиоидные или гистаминовые рецепторы [6, 7].

По сей день отсутствуют согласованные для диагностики биологические маркеры, которые можно обнаружить с помощью обычных инструментов, применяемых в гастроэнтерологии.

В настоящее время широко признано, что сложное взаимодействие биологических, нервных, иммунологических и психологических факторов играет определенную роль в этиологии и поддержании симптомов. Однако, недостаточное понимание механизмов, лежащих в основе СРК, приводит к неэффективной разработке эффективных методов лечения СРК с длительной ремиссией (более 6–9 месяцев). Стресс является значительным фактором риска

возникновения хронической висцеральной боли при СРК и часто сочетается с другими расстройствами настроения и тревожности, что свидетельствует о том, что факторы окружающей среды и различные другие стимулы (внешние, внутренние) могут влиять на ощущение висцеральной боли у пациентов с СРК.

Большинство имеющихся *фармакологических*, в том числе и *психофармакологических* методов лечения для облегчения симптомов СРК показывают ограниченную эффективность и могут вызывать нежелательные побочные эффекты из-за сензитивности данной группы пациентов, направлены на облегчение симптомов, а не на устранение основной патологии.

В данном литературном обзоре автор проанализировал 20 источников мировой научной литературы, всесторонне раскрывающих данную тему.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Показано, что снижение у пациентов специфических для болезни социо-когнитивных способов обработки информации и поведения опосредует тяжесть выраженности СРК [8]. Например, наличие у пациента повышенной висцеральной тревожной чувствительности, негативных представлений о значении и последствиях симптомов боли, катастрофизация боли, негативного когнитивного смещения в отношении желудочно-кишечного тракта предсказывают изменения тяжести СРК и качества жизни.

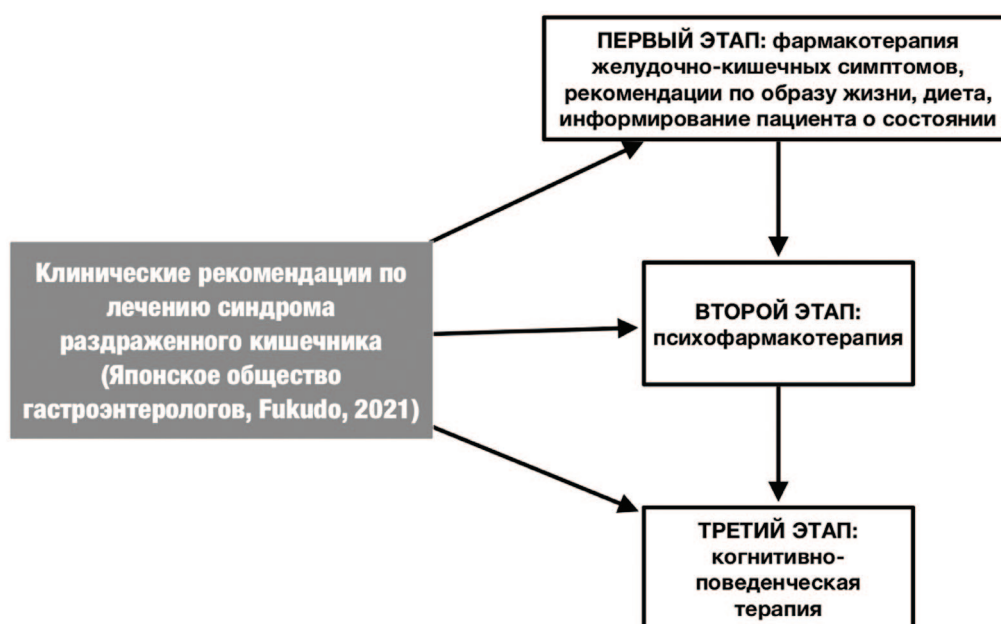


Рис. 1. Терапевтические этапы лечения синдрома раздраженного кишечника на основе Японского общества гастроэнтерологов (2021)
Fig. 1. Therapeutic stages of treatment of irritable bowel syndrome based on the Japanese Society of Gastroenterologists (2021)

В клинических рекомендациях по СРК, предложенных Японским обществом гастроэнтерологов, лечение СРК состоит из следующих этапов (рис. 1) [7].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) как психологический метод лечения, демонстрирует эффективность в устранении негативных симптомов пациентов, включая реактивность на хронический стресс и усиленную ноцицепцию. Это эффективное вмешательство, направленное на центральную, энтеральную нервную систему, которое обучает навыкам обработки информации для устранения психологических факторов, которые, как известно, усугубляют абдоминальные симптомы, включая неадаптивное преодоление, сильное беспокойство (например, катастрофизация, ошибка прогнозирования), реактивность на стресс и повышенную бдительность к сигналам угрозы [8, 10]. Начинают появляться исследования по влиянию КПТ на микробиоту (clostridiales, bacteroides) пациентов с СРК [4].

Достижения в области разработки психологического лечения, такие как *интегрированная*

трансляционная модель (integrated translational model), подчеркивают преимущества использования эмпирически проверенных механизмов. В соответствии с этой рекомендацией мы стремились разработать лечение СРК на основе ранее выявленных механизмов и теоретических объяснений, которые могли бы объяснить и предсказать улучшение симптомов [11]. Применение когнитивных, поведенческих техник, усиление осознанности, обучение навыкам регуляции эмоции повышают активность парасимпатической нервной системы и вызывают реакции расслабления. Эти реакции, в свою очередь, снижают уровень стресса, тяжесть симптомов СРК, а также частоту дыхания и потребления кислорода как стрессовой реакции. КПТ уменьшает симптомы СРК за счет устранения потенциальных барьеров, обучения навыкам решения проблем и контроля жизненных стрессоров. Обучение пациентов навыкам решения проблем и тому, как справляться со стрессорами, способствует уменьшению симптомов СРК [12].

На рисунке 2 показано, что роль КПТ в патофизиологии синдрома раздраженного кишечника. ►

Оценка пациентом ситуации как стрессовой

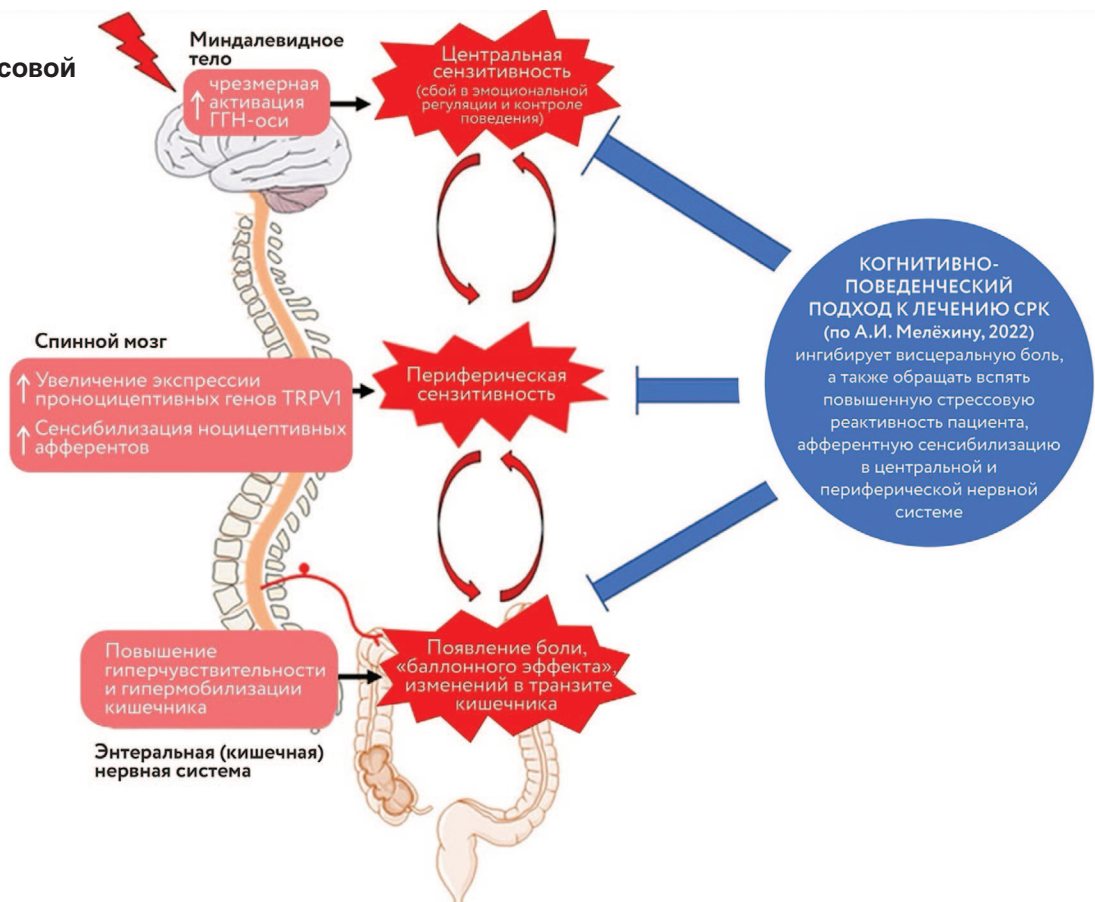


Рис. 2. Когнитивно-поведенческий подход к лечению синдрома раздраженного кишечника
 Fig. 2. Cognitive-behavioral approach to the treatment of irritable bowel syndrome

Симптомы СРК могут быть вызваны двусторонними нарушениями в оси мозг–кишечник. Вызванная хроническим стрессом гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в головном мозге приводит к повышенной экспрессии проноцицептивных генов и вызывает сенсibilизацию ноцицептивных афферентов в спинном мозге и кишечной нервной системе, что приводит к хронической висцеральной боли и изменению подвижности.

Фармакологические методы лечения направлены на улучшение висцеральных симптомов без лечения основных неврологических причин. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на устранение (подавление) висцеральной боли, а также обращает вспять повышенную стрессовую реактивность и афферентную сенсibilизацию в центральной и периферической нервной системах соответственно, что приводит к более полному и длительному облегчению симптомов СРК у пациента (рис. 2). В зарубежной нейрогастроэнтерологии и клинической психологии недавно была выдвинута гипотеза, что микробиотные сигналы влияют на нервную систему через нейроактивные метаболиты, включая короткоцепочечные жирные кислоты и серотонин, могут определять биологический эффект от КПТ [13].

К сожалению, в России, как и во всем мире КПТ не является широкодоступным методом лечения для пациентов с СРК из-за нехватки квалифицированных специалистов, а также организационных моментов (например, продолжительности сеансов лечения, территориальных барьеров) [6]. Более того, тот факт, что основные механизмы КПТ остаются плохо изученными, продолжает препятствовать использованию КПТ для лечения висцеральной боли. С акцентом на улучшение доступа к психологической терапии с помощью удаленного доступа к КПТ, показано, что *дистанционные протоколы* (Minimal-Contact CBT IBS) также эффективны для уменьшения симптомов СРК по сравнению с обычным лечением, направленным только на психообразование [14]. В связи с этим *целью* данной статьи является знакомство врачей-гастроэнтерологов и специалистов в области психического здоровья с современными дистанционными протоколами когнитивно-поведенческой терапии «третьей» волны хронической висцеральной боли для привлечения специ-

ально обученных клинических психологов в системную тактику лечения пациентов с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника.

■ «ВОЛНЫ» РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«Первая» волна характеризовалась акцентом на бихевиористический подход в психологии, т.е. оперантное обуславливание. Альберт Эллис и Аарон Бек стали пионерами «второй» волны которая на примере депрессии объединила мысли, убеждения человека в понимании и изменении поведения и эмоциональных переживаний. «Третья» волна представляет собой группу новых подходов к психотерапии, которые привели к эволюции и расширению традиционных подходов к когнитивно-поведенческому лечению. В терапии третьей волны приоритет отдается целостному продвижению психологических и поведенческих процессов, связанных со здоровьем и благополучием, а не уменьшению или устранению психологических симптомов, хотя обычно это является «побочным эффектом». Такие концепции, как метапознание, принятие, осознанность, личные ценности и духовность, часто включаются в то, что в противном случае можно было бы считать «традиционными» поведенческими вмешательствами. Вместо того, чтобы сосредотачиваться на содержании мыслей и внутренних переживаний человека, «третья» волна ставит акцент на то, как человек относится к внутренним переживаниям (т.е. мыслям, побуждениям, ощущениям).

Многие стратегии и вмешательства, используемые в «третьей» волне, дополняют традиционные когнитивно-поведенческие вмешательства, такие как экспозиционная терапия (например, систематическая десенсибилизация) и поведенческая активация. Из повседневной практики мы знаем, что пациенты с СРК представляют собой очень неоднородную группу, и в настоящее время все еще неясно, какое лечение может быть полезным, для кого и на какой стадии заболевания и траектории лечения. Несмотря на то, что «вторая» и «третья» волны основаны на родственных теоретических построениях, характер их лечения совершенно разный, и разные пациенты могут реагировать

или предпочитать тот или иной подход. Например, подходы, основанные на «второй» волне, имеют более четкую целевую направленность, с постановкой целей лечения (желаемых результатов) и систематическим подходом к решению проблем пациента.

Подходы, основанные на «третьей» волне, явно препятствуют стремлению к конкретным результатам и вместо этого обучают пациентов гибче переносить неопределенность, быть беспристрастными и позволять изменениям разворачиваться в свое время.

На рисунке 3 мы представили специфику когнитивно-поведенческой терапии «третьей» волны для лечения СРК.

Пациенты с СРК неявно обрабатывают информацию, связанную со здоровьем, т.е. менее самореферентно [12, 15]. Это указывает на то, что в результате заболевания они начинают неявно осознавать недостатки здоровья и могут оценивать позитивную информацию, связанную со здоровьем, как не относящуюся к их Я-концепции. Это согласуется с данными, показывающими, что данная группа пациентов более восприимчива к *соматизациям аффекта*, проблемам *со здоровьем*, которые могут поддерживать СРК и другим жалобам на здоровье в долгосрочной перспективе. В связи с этим последние несколько лет в зарубежной практике применяется когнитивно-поведенческая терапия, на-

правленная на усиление осознанности (МВСТ) [15]. Первоначально была разработана для снижения риска рецидива у пациентов с депрессией, и было показано, что она столь же эффективна, как и антидепрессанты. Теоретической основой данной формы терапии «третьей» волны является гипотеза дифференциальной активации (Differential Activation Hypothesis), которая предполагает, что когнитивная реактивность, тип неадаптивной обработки мыслей, чувств и ощущений тела, которая нагружена негативным самореферентным значением, может увеличить риск рецидива депрессии у пациента [16]. Это теоретическое изложение, которое сосредоточено вокруг отношения людей к своему внутреннему опыту как движущей силе их воздействия, с тех пор стало основой для понимания познания и его связи с психическим и физическим здоровьем в целом. Применительно к СРК неадаптивное отношение пациентов с СРК к своим когнитивным способностям, эмоциям и ощущениям тела (т.е. когнитивная реактивность) может быть механизмом, поддерживающим тяжесть симптомов и ухудшение качества жизни [17].

Когнитивно-поведенческая *терапия усиления осознанности при СРК* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy adapted for patients with IBS, MBCT-IBS), нацеленная на метакогнитивную обработку симптомов активно внедряется в ►



Рис. 3. Когнитивно-поведенческий подход «третья» волна для лечения синдрома раздраженного кишечника
Fig. 3. Cognitive-behavioral approach of the third wave for the treatment of irritable bowel syndrome

зарубежной практике [18]. Из рисунка 3 видно, что развитие децентрализованной перспективы и непредвзятой interoцептивной осведомленности, является одними из основных аспектов психотерапевтического лечения пациентов с СРК и ключевым в изменении отношения пациента к своим симптомам.

Децентрализация характеризуется метакогнитивным осознанием мыслей, эмоций и ощущений тела, а *interoцептивное осознание* — это подход, ориентированный на осознание тела, который включает получение, доступ и гибкую оценку внутренних телесных сигналов. Терапия усиления позволяет разрушить порочный круг когнитивных реакций на симптомы (например, обработка боли на основе угрозы) и их физиологических сопутствующих факторов [12].

В ходе психотерапии изменения, вызванные осознанностью в самореферентной и самокритичной обработке (рис. 3), будут полезными для пациентов с СРК. То есть большее самопринятие в форме непредвзятого децентрализованного осознания ощущений, мыслей и эмоций связано с лучшей эмоциональной регуляцией, более гибкой реакцией на стресс и снижением физиологических реакций. В ходе психотерапевтического лечения с помощью протоколов «третьей» волны непредвзятое осознание стимулов, возникающих внутри тела, создает преднамеренное смещение внимания с основанных на мыслях эмоциональных аспектов опыта на сенсорные аспекты опыта. Это предотвращает сохранение вызывающих отвращение эмоциональных и физиологических нарушений обработки информации на основе угроз. В протоколе терапии усиления осознанности при СРК увеличена самостоятельная обработка информации, связанной со здоровьем (т.е. пониженное самосознание дефицита здоровья) и непредвзятое понимание, как предполагается, уменьшают психофизиологическую реакцию организма на неприятные (внутренние) стимулы и, следовательно, уменьшают нарушения в оси мозг-кишечник [15, 19].

На ранних стадиях лечения СРК применение данных подходов сместят осознание в сторону сенсорной, нереактивной и приемлемой обработки стимулов, возникающих внутри тела (например, медитация сканирования тела), ослабят нарушение самостоятельной обработки

информации, связанной со здоровьем. Это смещение в обработке самореферентии на данный момент в нейрогастроэнтерологии считается неявной специфической для СРК формой тенденций к самооценке, тогда как низкая непредвзятая осведомленность (т.е. низкое самопринятие) считалась явной формой тенденций к самооценке. Ранние изменения в «неявном» познании (самореферентная обработка болезни и здоровья) произойдут до ожидаемых изменений в «непредвзятой» осведомленности после лечения. Таким образом подходы «третьей» волны окажут свое действие на СРК за счет снижения чувствительности к висцеральной тревоге и уменьшению боли, а также повышению самооценки здоровья и непредвзятой осведомленности. Неявные изменения в обработке самореферентии считаются предшественниками явного непредвзятого осознания (рис. 3).

■ ПРОТОКОЛ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ УСИЛЕНИЯ ОСОЗНАННОСТИ ПРИ СРК ДЖ. ХЕНРИЧ И СОАВТ.

В рамках данного протокола больше внимание уделяется переосмыслению боли (т.е. мышлению о боли как о физическом ощущении, а не как об угрозе), в то время как в «классической» КПТ уделяется больше внимания распознаванию и обработке неадаптивных социо-когнитивных способностей. Состоит их из шести еженедельных двухчасовых занятий и до одного часа домашней практики (обычно 30–40 минут) каждый день [15].

Целью протокола является развитие следующих навыков и способностей, связанных с осознанностью у пациентов с СРК: метакогнитивная осведомленность, децентрализованная перспектива, принятие interoцептивной осведомленности, снижение автоматизма мыслей, поведения и эмоциональной реактивности, а также различение неизбежных и предотвратимых страданий. Каждая сессия состояла из одной или нескольких техник по усилению осознанности, периода опроса, обсуждения домашних заданий (за исключением первой сессии) и психообразования, относящегося к СРК. Предварительно проводится обследо-

ние пациента с помощью следующих диагностических шкал (рис. 4):

- Gastrointestinal Symptom Rating Scale for IBS (GSRS-IBS, Wiklund и соавт., 2003);
- 21-item Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21, Henry, Crawford, 2005);
- 15-item Visceral Sensitivity Index (VSI, Labus и соавт., 2004);
- 13-item Pain-Catastrophizing Scale (PCS, Sullivan, 2009; Sullivan, Bishop, Pivik, 1995);
- 14-item IBS Quality Of Life instrument (IBS-QOL, Patrick, Drossman, Frederick, DiCesare, Puder, 1998).

Показано, что после прохождения данного протокола симптомы СРК уменьшились у пациентов на 13% после курса и на 28% при последующем наблюдении. Также наблюдалось значительное снижение тревожности и стресса после лечения и последующего наблюдения, что указывает на то, что протокол влияет как на физические, так и на психологические результаты. Выявлены несколько возможных терапевтических механизмов данного протокола при лечении СРК.

• *Во-первых*, изменения в тревоге, специфичной для желудочно-кишечного тракта, а также катастрофические интерпретации боли после лечения опосредовали изменения в тяжести симптомов СРК от исходного уровня до

последующего наблюдения. Это указывает на то, что применение протокола снижает у пациентов оценку симптомов, связанных с угрозой. Снижение поведения, связанного с безопасностью желудочно-кишечного тракта, такого как употребление определенных продуктов питания или более частое посещение туалета, опосредует изменения симптомов СРК.

• *Во-вторых*, улучшение самооценки состояния здоровья (относительно болезни) после двух недель психотерапии, а также повышение непредвзятой осведомленности влияет на то, как пациенты относятся к самим себе и обрабатывают внутренние стимулы, включая физические симптомы, эмоции и мысли. Изменения, способствующие обработке позитивной информации, связанной со здоровьем, и самопринятием, а не скрытой самооценке здоровья и самокритике, могут лежать в основе улучшения симптомов. Изменения в неявной обработке самореференции могут быть социо-когнитивным маркером, который указывает на положительный ответ на психотерапевтическое лечение и предсказывает последующие изменения в непредвзятой осведомленности, являющейся посредником тяжести симптомов СРК.

• *В-третьих*, происходят изменения в самоконтроле, о чем свидетельствуют изменения в самореферентной обработке понимания ►



Рис. 4. Специфика дистанционного психологического обследования пациента в рамках прохождения психотерапии по усилению осознанности
 Fig. 4. The specifics of a remote psychological examination of a patient as part of the passage of psychotherapy to enhance awareness

Таблица 1. Специфика дистанционного интегративного когнитивно-поведенческого протокола СРК X. Мохаммади и соавторов

Table 1. Specifics of the remote integrative cognitive-behavioral protocol of IBS X. Mohammadi and co-author

Сессия	Описание	Примечание
1	Осознанный прием пищи (проба с изюмом). Техника сканирование тела. Осознанное дыхание животом (снижение висцеральной гиперчувствительности).	Описание ожиданий и целей сессий и определение принципов, правил и границ терапии; фиксация дисфункциональных мыслей и чувств в отношении СРК.
2	Обзор упражнений предыдущей сессии; выполнение упражнения на движение в осознанном состоянии; снижение висцеральной гиперчувствительности в положении сидя, сосредоточив внимание на дыхании и теле; три минуты передышки от гипермобилизации; определение и запись приятных и неприятных переживаний (которые будут изучены на предстоящих сессиях); выполнение пяти минут визуальной или слуховой осознанности; осознанная прогулка перед сном.	Выявление неприятных переживаний; определение актуальных психологических проблем пациента.
3	Обзор упражнений предыдущей сессии; усиление осознанности без оценки себя в положении сидя, сосредоточив гибкое внимание на дыхании и теле; подчеркивание необходимости понимания того, как гибко реагировать на мысли, чувства и ощущения тела; три минуты от сенсорной перегрузки; практика альтернативных настроений, мыслей и перспектив.	Выявление неприятных переживаний; изучение привычных моделей реагирования и потенциального использования навыков осознанности для облегчения реагирования на настоящий момент; развитие более широкого взгляда на мысли в отношении СРК.
4	Обзор упражнений предыдущей сессии; осознанность без оценки в положении сидя, сосредоточив внимание на дыхании, теле, звуках, мыслях и эмоциях; обзор предыдущих сессий и обсуждение наиболее ценных вещей в жизни пациента и того, как мы можем использовать эти упражнения для достижения этих ценностей.	Понимание взаимосвязи между повседневной деятельностью и настроением; анализ систем раннего предупреждения и планов действий.
5	Обзор упражнений предыдущей сессии; описание когнитивной модели СРК; объяснение того, как мысли приводят к чувствам; распознавание разницы между мыслями и реальностью; оценка уровня веры в эмоцию и мысль; использование техники падающая стрелка «вниз» и «вверх».	Выявление мыслей и предположений; классификация различных типов искаженных мыслей у пациента с СРК.
6	Обзор заданий предыдущей сессии; оценка обоснованности негативных мыслей и объяснение того, что негативные мысли в некоторой степени реальны; определение специализированных терминов; использование метода анализа выгод и издержек, метода анализа доказательств и метода защиты от дисфункциональных убеждений.	Оценка и преодоление спонтанных негативных мыслей в отношении телесных проявлений.
7	Обзор заданий предыдущей сессии; объяснение того, почему спонтанные мысли могут вызвать проблемы в некоторых ситуациях; определение правил или допущений; оспаривание «долженствований»; использование метода оценки системы ценностей; различие между прогрессом и перфекционизмом; установление адаптивных гибких стандартов и допущений.	Оценка и оспаривание допущений или правил.
8	Обзор заданий предыдущей сессии; использование метода распознавания проблем; использование метода преобразования проблем в гибкие прогнозы; использование метода анализа выгод и издержек; различие между полезными и бесполезными проблемами.	Оценка преувеличения проблем.
9	Анализ заданий предыдущей сессии; анализ методов оценки проблем; использование техники планирования проблем; использование техники самореализующегося пророчества; погружение в неопределенную оценку ситуации; использование техники гибкого принятия «глаза новичка».	Оценка преувеличения проблем.
10	Просмотр заданий предыдущей сессии; объяснение эмоций и выявление эмоций и мыслей, связанных с дисфункциональными когнитивными схемами при СРК; использование техники переоценки регулирования эмоций; использование методов гибкой эмоциональной разрядки (эмоциональное письмо) в отношении негативных эмоций; совершенствование навыков обработки эмоций.	Использование гибких стратегий регулирования эмоций.
11	Обзор заданий предыдущей сессии; объяснение концепции желудочно-кишечной тревоги, физических симптомов стресса и факторов стресса при СРК; обучение технике быстрой релаксации; описание эффективных стратегий преодоления гипермобилизации.	Использование эмоциональных стратегий управления стрессом.
12	Рассмотрение заданий предыдущей сессии; обсуждение концепций социальных навыков, межличностных отношений, социальной поддержки и навыков общения; обучение методам асертивного поведения; обсуждение концепций уверенности в себе и самоуважения и внедрение некоторых методов для улучшения этих характеристик.	Повышение социальных навыков и расширение социальной поддержки.

болезни и здоровья и непредвзятом осознании мыслей и эмоций. Это открытие пока является новым, поскольку оно связывает изменения, наблюдаемые после двух сессий данного протокола, с конкретными навыками осознанности, полученными после лечения (т.е. непредвзятой осведомленностью в отношении телесных ощущений). Кроме того, эти результаты могут указывать на то, что ощущения пациентами с СРК обрабатываются более непосредственно, а не посредством негативных самореферентных когнитивных и эмоциональных оценок (например, улучшенное осознание тела, более позитивное представление о себе). Эта интерпретация соответствовала бы прогнозам обновленной модели прогностического кодирования для интеграции психического и соматического применительно к пациентам с СРК: повышение уровня восприятия interoцептивной осведомленности и сдвиги в сторону принятия, а не обработки физических ощущений, ориентированных на несоответствие, могут лежать в основе уменьшения симптомов [18].

- В-четвертых, техники усиления осознанности на ранних стадиях лечения, смещают у пациентов осознание в сторону сенсорной, неактивной и приемлемой обработки стимулов, возникающих внутри тела (например, применяя технику сканирования тела, осознанный прием пищи), ослабляют нарушение самостоятельной обработки информации, связанной со здоровьем (снижают тревогу о здоровье).

■ ПРОТОКОЛ ИНТЕГРАЦИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ «ВТОРОЙ» И «ТРЕТЬЕЙ» ВОЛНЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК С СРК

На сегодняшний день не разработано никаких конкретных планов лечения СРК, направлен-

ных на формирование здорового образа жизни. В связи Х. Мохаммади и соавт. [20] был предложен интегративный протокол, объединяющий два проверенных психотерапевтических метода лечения СРК. Протокол включает в себя 12 сессий (90-минутные сеансы два раза в неделю с помощью видеосвязи) интеграции «классической» когнитивно-поведенческой терапии и терапии усиления осознанности (табл. 1).

Интеграция когнитивно-поведенческой терапии и терапии осознанности способствовала улучшению показателей физического здоровья (симптомов СРК) и образа жизни за счет использования стратегий когнитивной реконструкции и проведения поведенческих экспериментов для выбора осознанного пути поведения, контроля эмоций.

■ ВЫВОДЫ

Хотя когнитивно-поведенческая терапия считается психологическим лечением, которое обучает пациента навыкам для устранения искажений восприятия, изменения симптомов, которые оно вызывает, могут происходить посредством модуляции взаимодействий нервной системы и микробиома, которые влияют на патофизиологию СРК и генерацию висцеральных симптомов. КПТ как краткое немедикаментозное, не диетическое вмешательство, которое обучает пациентов навыкам обработки информации, может модулировать ключевые компоненты оси мозг-кишечник-микробиом у пациентов с СРК. Более того, их вероятность ответа на лечение может быть предсказана по исходному составу микробиоты, что повышает вероятность того, что пациенты с СРК, чувствительные к КПТ, могут быть идентифицированы в клинической практике с использованием микробных биомаркеров. //

ЛИТЕРАТУРА

1. Hellstrom PM, Benno P. The Rome IV: irritable bowel syndrome – a functional disorder. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2019;40-41 c.
2. Greenwood-Van Meerveld B, Johnson AC. Stress-induced chronic visceral pain of gastrointestinal origin. *Front. Systems Neurosci* 2017;11(86):11-19.
3. Simren M. Manipulating the gut microbiome as a treatment strategy for functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2018;155(4):960-972.
4. Jacobs JP, Gupta A., Bhatt RR, Brawer J, Gao K, Tillisch K. et al. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome induces bidirectional alterations in the brain-gut-microbiome axis associated with gastrointestinal symptom improvement. *Microbiome* 2021;9(236):10-22.
5. Orock A, Yuan T, Greenwood-Van Meerveld B. Importance of Non-pharmacological Approaches for Treating Irritable Bowel Syndrome: Mechanisms

ЛИТЕРАТУРА

- and Clinical Relevance. *Front Pain Res* 2021;2(4):88-97.
6. Jin S, Li YF, Qin D, Luo DQ, Guo H, Gao XH, et al. Non-pharmacological treatments for irritable bowel syndrome: study protocol of an umbrella review of systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2019;9(3):1-19.
 7. Fukudo S, Okumura T, Inamori M, Okuyama Y. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *J Gastroenterol* 2021 Mar;56(3):193-217.
 8. Jin S, Li YF, Qin D, Luo DQ, Guo H, Gao XH, et al. Non-pharmacological treatments for irritable bowel syndrome: study protocol of an umbrella review of systematic review and meta-analyses. *BMJ Open* 2019;9(3):1-19.
 9. Fukudo S, Okumura T, Inamori M, Okuyama Y. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *J Gastroenterol* 2021 Mar;56(3):193-217.
 10. Ford AC, Lacy BE, Harris LA. Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2019;114(1):21-39.
 11. Kinsinger SW. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychol Res Behav Manag* 2017(10):231-237.
 12. Henrich JF., Knittle, K, de Gucht, V. Identifying effective techniques within psychological treatments for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2015;78(1):205-222.
 13. Windgassen S, Moss-Morris R, Chilcot J. The journey between brain and gut: A systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology* 2017;3(9):17-25.
 14. Funaba M, Kawanishi H, Fujii Y. Hybrid Cognitive Behavioral Therapy with Interoceptive Exposure for Irritable Bowel Syndrome: A Feasibility Study. *Front Psychiatry* 2021;9(12):19-26.
 15. Henrich JF, Gjelsvik B, Surawy C, Evans E. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy for women with irritable bowel syndrome-Effects and mechanisms. *J Consult Clin Psychol* 2020;88(4):295-310.
 16. Lau MA, Segal ZV, Williams JM. Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42(9):1001-1017.
 17. Everitt HA, Landau S, O'Reilly G, Sibelli A. 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;1(4):1-11.
 18. Farb N, Daubenmier J, Price CJ. Interoception, contemplative practice, and health. *Frontiers in Psychology* 2015;6(1):1-26.
 19. Moulton-Perkins A, Moulton D. Cavanagh Systematic review of mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction via group videoconferencing: Feasibility, acceptability, safety, and efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration* 2020;4(1):9-16.
 20. Mohammadi H, Khalatbari J, Abolmaali K. The Effect of Integrating Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Lifestyle of Women with Irritable Bowel Syndrome. *Women's Health Bulletin* 2021;8(4):220-227.

Сведения об авторе:

Мелехин А.И. – кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт. Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина; Москва, Россия; РИНЦ AuthorID 762868

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: 20.01.22

Результат рецензирования: 18.02.22

Принята к публикации: 22.03.2022

Information about author:

Melekhin A.I. – psychologist, psychotherapist, PhD in Psychology, candidate of psychological Sciences, associate Professor, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive behavioral psychotherapist. Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin; Moscow, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>

Author Contribution:

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: 20.01.22

Review result: 18.02.22

Accepted for publication: 22.03.22