

# Когнитивно-поведенческая психотерапия интероцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника

**Мелёхин А.И.**

*Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)*

В статье на основе зарубежных исследований систематизирована психотерапевтическая тактика лечения рефрактерного синдрома раздраженного кишечника (рСРК), которая делает акцент на том, что это расстройство дисрегуляции оси «мозг–кишечник», возникающее под влиянием негативных когнитивно-аффективных особенностей пациента. Представлен спектр личностных особенностей пациентов с рСРК. Описаны афферентные и эфферентные маршруты влияния психологических процессов на формирование и терапию этого синдрома у пациента. Показано, что дисрегуляция в оси «мозг–кишечник» устраняется с помощью комбинированной терапии, включающей когнитивно-поведенческую психотерапию интероцептивного воздействия. Показаны различия между «стандартным» и интероцептивным протоколами когнитивно-поведенческой психотерапии. Выделены психотерапевтические мишени при лечении рСРК. Впервые представлена интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги. Описаны очные, дистанционные когнитивно-поведенческие протоколы «второй волны» Дж. Ди Колы, «третьей волны» Б. Лцетсона, когнитивно-поведенческой гипнотерапии СРК-индуцированной агорафобии В. Голдена, а также мультимодальный протокол Хитоми Каваниши. Показана эффективность психотерапевтической работы по каждому из приведенных психотерапевтических протоколов.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, когнитивно-поведенческая психотерапия, абдоминальная боль, желудочно-кишечная специфическая тревога, висцеральная тревога.

**Благодарности:** автор выражает благодарность в консультации по вопросам нейрогастроэнтерологии главному гастроэнтерологу Центральной дирекции здравоохранения филиала ОАО «РЖД», врачу-гастроэнтерологу высшей квалификационной категории, кандидату медицинских наук, доценту Ю.А. Кучерявому.

**Для цитаты:** Melehin A.I. Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 1–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090201

---

# Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome

**Aleksey I. Melehin**

*Stolypin Humanitarian Institute, Moscow, Russia,*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)*

---

Based on foreign research, the article describes psychotherapeutic tactics for treating refractory irritable bowel syndrome (IBS), which emphasizes that it is a disorder of dysregulation of the «brain-gut» axis under the influence of negative cognitive-affective features of the patient. The range of Personal characteristics of patients with IBS is presented. Afferent and efferent routes of influence of psychological processes in provoking and maintaining IBS in the patient are described. It is shown that dysregulation in the «brain-gut» axis is eliminated by combined therapy, including cognitive-behavioral psychotherapy of interoceptive influence. Differences between the «standard» and interoceptive protocol of cognitive behavioral psychotherapy are shown. Psychotherapeutic targets in the treatment of IBS are identified. An interoceptive model of gastro-specific anxiety is presented for the first time. We describe and demonstrate the effectiveness of face-to-face, remote cognitive-behavioral protocols of the «second wave» of «third wave», CBT of IBS-induced agoraphobia, multimodal CBT protocol.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, cognitive behavioral psychotherapy, abdominal pain, gastrointestinal specific anxiety, visceral anxiety.

**Acknowledgements:** The author is grateful to the chief gastroenterologist of the Central Directorate of health of the branch of JSC «Russian Railways», a doctor of gastroenterology of the highest qualification category, candidate of medical Sciences, associate Professor Yu.A. Kucheryavy for advice on neurogastroenterology.

**For citation:** Melehin A.I. Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 1–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090201 (In Russ.)

---

## Введение

За последние несколько лет в отечественной [1; 2] и зарубежной нейрогастроэнтерологии активно ведется поиск эффективной тактики лечения смешанной формы (СРК-СМ), а также рефрактерного течения синдрома раздраженного кишечника (рСРК) в связи с существенным его влиянием на качество жизни пациента [34; 35]. По сей день в психиатрии и клинической психологии симптомы СРК рассматриваются скорее как проявление у пациента высокого нейротизма, невроза, чрезмерной озабоченности собственным здоровьем и как стремление к поиску внимания и разубеждения [43]. Хотя такие психологические особенности пациентов действительно были подтверждены в ряде зарубежных исследований [15; 26; 38; 48], однако согласно современным патогенетическим моделям синдром раздраженного кишечника следует рассматривать как биопсихосоциальное расстройство, на которое осуществляется влияние со стороны нервной, эндокринной, иммунной, пищеварительной, микробиологической систем и окружающей среды [38]. В связи с гетерогенной биопсихосоциальной природой СРК, распространенностью синдрома, а также ограниченностью отечественного опыта применения психотерапевтических тактик для лечения данного расстройства цель статьи – познакомить клинических психологов, врачей-психотерапевтов, гастроэнтерологов с различными зарубежными протоколами когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) «второй» и «третьей» волны, а также описать личностные особенности пациентов с СРК, когнитивно-поведенческие мишени, специфику и эффективность КПП для построения эффективной тактики лечения.

### Современный взгляд на этиологию синдрома раздраженного кишечника

Этиология СРК многофакторна, индивидуальна у каждого пациента и может быть обусловлена наличием избыточной реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, висцеральной гиперчувствительностью, инфекционными факторами, мальабсорбцией желчных кислот (при СРК-Д), повышенной иммунологической и нейроиммунологической реактивностью, генетической предрасположенностью или психологическими и социальными факторами [35; 44]. В приложении 1 нами показано, что стресс, возникающий в раннем возрасте, связан с повышенным риском развития функциональных желудочно-кишечных расстройств (СРК, ГЭРБ<sup>1</sup>) во взрослом возрасте [38]. Психологические травмы в раннем возрасте вызывают эпигенетические изменения в сигнальном пути между центральной и энтеральной нервной системами, что влияет на когнитивно-поведенческие особенности человека, состояние вегетативной нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Это приводит к нарушению глюкокортикоидной отрицательной обратной связи и повышенной восприимчивости к стрессу [38].

Изменения в желудочно-кишечном тракте включают усиление ощущения боли в абдоминальной области, изменения микробиоты кишечника и его транзита, а также его барьерных функций. Согласно предложенной С.М. О’Махони модели,

---

<sup>1</sup> ГЭРБ – Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

стресс в раннем возрасте может провоцировать во взрослом возрасте изменения кишечной микробиоты (биотопа) и приводить к симптоматическим функциональным нарушениям ЖКТ [38], что говорит наличии оси «микробиота–кишечник–нервная система», которая активно исследуется отечественными гастроэнтерологами [1].

### Личностные особенности пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Каждый подтип СРК (запорный, диарейный, смешанный) имеет уникальный набор симптомов, когнитивных и поведенческих особенностей [26]. От 50 до 90% пациентов имеют одно или два коморбидных психических расстройств: тревожный спектр, соматоформное расстройство, рекуррентную депрессию, реже – булимический тип поведения. У 35–49% пациентов наблюдается пограничное личностное расстройство, у 4% – обсессивно-компульсивное расстройство личности, еще у 2% – тревожное [41]. Пациенты с СРК-СМ и рефрактерным течением имеют высокие уровни личностной, социальной тревоги и соматизации, нейротизма, социального дистресса, а также сниженное качество жизни по сравнению с запорным и диарейным типами. Присутствует целый спектр избегающего поведения (как при СРК-Д) и высокий уровень контроля поведения (как при СРК-З) [38; 43]. В жалобах пациентов с СРК и их поведенческих особенностях наблюдаются симптомы сепарационного тревожного расстройства [50], избегающего или тревожного стиля привязанности. Проанализировав ряд зарубежных исследований [15; 26; 37; 38–40; 42; 44; 48], мы выделили спектр личностных особенностей (рис. 1), которые влияют на течение симптомов и чувствительность к терапии.



Рис. 1. Личностные особенности пациентов с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника.

*Примечание.* СРК-СМ – синдром раздраженного кишечника смешанного типа. ММРП – Миннесотский многофакторный личностный опросник.

Показанные на рис. 1 особенности во многом определяют повышенную чувствительность пациента к висцеральным ощущениям (visceral perceptual sensitivity, hypersensitivity), склонность к стресс-индуцированной гипералгезии

(stress-induced visceral hyperalgesia) и сниженному ответу как на фармакологическое, так и психотерапевтическое лечение [35; 38].

### Биопсихосоциальная тактика лечения синдрома раздраженного кишечника

При рСРК *соматотропная терапия* (антибиотики, антидиарейные и спазмолитические препараты, пробиотические добавки, витамин D) часто обладает низкой эффективностью и используется самим пациентом как «перестраховочная» форма поведения [35], например, в виде приема Лоперамида (2-4 таблетки и более) перед выходом из дома. Некоторые мета-анализы показывают эффективность психофармакотерапии для снижения абдоминальной боли и нормализации моторики кишечника. Другие исследования показывают, что из-за высокой соматизации и повышенной чувствительности к побочным эффектам эффективность ТЦА и СИОЗС ниже, чем у гастроэнтерологической терапии, также наблюдается плохой ответ на спазмолитики [5; 16; 33; 35; 43]. До 50% пациентов искажают дозировки препаратов, используют формы альтернативного лечения, злоупотребляют спазмолитиками [34], что усиливает *болезнь-ориентированное поисковое поведение*. В связи с этим Л. Кеефер и А. Беделл предложили биопсихосоциальную тактику лечения СРК (рис. 2), которая делает акцент на том, что это не расстройство «органа», а дисрегуляция оси «мозг (нервная система) – кишечник», которая протекает под влиянием негативных когнитивно-аффективных процессов. Эту дисрегуляцию у пациента можно устранить с помощью сотрудничества врача-гастроэнтеролога, психиатра и клинического психолога [24].



Рис. 2. Биопсихосоциальная тактика минимизации синдрома раздраженного кишечника (по Л. Кеефер и А. Беделл [24])

Примечание. ЦНС – центральная нервная система.

На рис. 3 видно, что медикаментозный подход ориентирован на облегчение, а не на устранение симптомов [24]. Поскольку восприятие ситуаций как стрессовых

и специфика когнитивно-аффективных процессов пациента могут непосредственно влиять на функционирование кишечника и способствовать развитию симптомов СРК и коморбидных психических расстройств, лечение должно быть направлено на усиление у пациента навыков выражения и регуляции эмоции. В частности, симптомы СРК у пациента образуют порочный круг, который часто является следствием преобладания у пациента неадаптивных копинг-стратегий совладания со стрессом, примитивных форм защитных механизмов со склонностью к соматизации [35].



Рис. 3. Взаимосвязь между когнитивно-аффективными процессами, эмоциональными симптомами и желудочно-кишечными реакциями (по Д. Нелковской и соавторами, 2020 [35])

Выздоровление пациента направлено на разрыв порочного круга (рис. 4). Увеличивается число доказательств эффективности психотерапевтических подходов, направленных на работу с осью «мозг–кишечник» (brain-gut therapies IBS) при лечении рСРК [6; 28; 33; 34; 43; 44]. К таким подходам относятся, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) «второй» [12; 19] и «третьей» волны [23; 29; 31], желудочно-кишечная гипнотерапия [43] и интерперсональная психодинамическая психотерапия [22]. В связи с тем, что КПП направлена на когнитивную перестройку опыта и поведенческих реакций пациента, мета-анализы показывают эффективность как очного, так и дистанционного ее форматов при лечении рСРК [3–6; 9; 20; 24; 28; 48; 51].

### **Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника**

- Российская гастроэнтерологическая ассоциация и Ассоциация колопроктологов рекомендует применять КПП, если в течение 9 месяцев у пациента при назначении фармакотерапии (соматотропной, психофармакотерапии), смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений [2].

- Национальный институт качества медицинской помощи (NICE) рекомендует применять КПП (IBS-specific CBT), если в течение 12 месяцев у пациента при назначении фармакотерапии (соматотропной, психофармакотерапии), смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений [36].

- Японское общество гастроэнтерологии (Japanese Society of Gastroenterology) рассматривает КПП как «третью» линию лечения, когда наблюдается

нечувствительность к «первой» (соматотропная терапия) и «второй» (психофармакотерапия) линиям лечения [16].

- Клинические рекомендации по лечению СРК Канадской ассоциации гастроэнтерологов (Canadian Association of Gastroenterology) рекомендует применять КПП в качестве «второй» линии терапии для пациентов с СРК-СМ [34].

В повседневной отечественной клинической практике никакой вид психотерапии обычно не рекомендуется для пациентов с СРК, если 1) симптомы не тяжелые; 2) они несущественно влияют на качество жизни; 3) пациент не реагирует на фармакотерапию или 4) пациент предпочитает не принимать психофармакотерапию [2]. Однако согласно *междисциплинарному* (Interdisciplinary approach [35]) и *трансдиагностическому* (Transdiagnostic approach [44]) подходам рекомендуется подключать КПП, если в течение 1-3 месяцев пациент не реагирует на лечение. Пациенты с СРК запорного типа (СРК-З) извлекут бóльшую выгоду от протокола когнитивно-поведенческой терапии, ориентированного на минимизацию дисфункциональных мыслей, гипермобилизации и перестраховочного поведения. При СРК диарейного типа (СРК-Д) и СРК-СМ больший акцент следует делать на поведенческие стратегии, направленные на избегающее и перестраховочное поведение [26; 49].

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

В приложении 2 нами показан обзор маршрутов, по которым психологические процессы играют роль в провокации и поддержании симптомокомплекса рСРК [44]. Восприятие жизненных событий как стрессовых выступает одним из факторов, который влияет на дисрегуляцию в оси «мозг–кишечник» и затрагивает вегетативную нервную систему и гормональную систему стресса, повышая висцеральную чувствительность, что оказывает непосредственное влияние на фенотипические характеристики СРК [44]. Неправильное восприятие телесных сигналов происходит из-за дисфункций на различных стадиях обработки интероцептивной информации. Одним из источников дисфункции является спектр дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле. К ним относят тревогу о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию [15; 44].

К ключевой форме дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов относят *желудочно-кишечную специфическую* (gastrointestinal-specific anxiety) или *висцеральную* (visceral anxiety) тревогу. Это не общая тревога, а форма симптом-специфической тревоги, характеризующейся беспокойством и бдительностью вокруг ощущений со стороны ЖКТ, которые могут колебаться от нормальных функций организма (голод, сытость, вздутие) до симптомов, связанных с существующими нарушениями (боли в животе, диарея, запор). Беспокойство и бдительность обычно объединяются в страх перед потенциальным возникновением ощущений или симптомов в жизненных ситуациях, в которых они могут возникнуть. Это приводит к избегающему и «перестраховочному» СРК-

специфическому поведению. Тревога способствует поддержанию СРК, действуя как эндогенный стресс, который влияет на изменения в нейроэндокринных ответах даже при отсутствии внешнего стресса. Было показано, что желудочно-кишечная специфическая тревога предсказывает тяжесть симптомов и удовлетворенность качеством жизни пациентов, приводит к повышенной болевой чувствительности, гипервозбудимости и дезадаптивным копинг-реакциям [35; 37; 38; 44].

Согласно модели «Страх–избегание» Дж. Влаеина (Fear-Avoidance Model [45]), настороженная реакция на доброкачественные желудочно-кишечные ощущения приводит к физическому и психологическому гипервозбуждению, что впоследствии способствует развитию спектра поведенческого избегания ситуаций, провоцирующих эти ощущения. Центральным фактором в данной модели является катастрофизация абдоминальных ощущений. У пациентов наблюдается повышенная активность таламуса, островковой коры, передней поясной извилины и префронтальной коры, что говорит о повышенной дезадаптивной гипербдительности и избирательном внимании к ощущениям со стороны ЖКТ [38; 43]. Гипербдительность и избирательное внимание к симптомам предполагает нейрофизиологическую основу повышенной висцеральной чувствительности [35]. Желудочно-кишечную специфическую тревогу следует рассматривать как первичное эмоциональное нарушение при СРК и как опосредующую переменную между такими факторами, как нейротизм, личностная тревожность и тяжесть гастроэнтерологических симптомов [37; 43].

### Интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при СРК

На рис. 4 представлена интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при СРК (Gastrointestinal specific CBT model of IBS [48]).



Рис. 4. Интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при синдроме раздраженного кишечника (цит. по [48])

Страх перед кишечными симптомами у пациентов напрямую влияет на интенсивность желудочно-кишечной тревоги. Когда пациент испытывает желудочно-кишечные симптомы, у него появляются тревожные мысли, которые вызывают и усиливают поведенческие реакции на симптомы [48]. Эти поведенческие реакции могут быть:

- избегающими, когда пациент избегает ситуации, в которых симптомы могут усугубиться. В таких ситуациях пациент ощущает смущение, неудобство, ограниченность, отказывается от употребления определенных продуктов питания, пропускает приемы пищи перед поездкой куда-либо;
- «перестраховочными», которые проявляются в виде «чрезмерных» усилий контролировать симптомы, например, ношение дополнительного нижнего белья, свободной одежды, «очистительное» туалетное поведение, ощупывание живота, постоянная сдача анализов, обращение к врачам.

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

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

Обзор зарубежной литературы за последние 10 лет [9; 13; 25; 27; 36] позволил нам выделить общие тенденции в тактике проведения когнитивно-поведенческой психотерапии СРК (см. приложение 3). С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификации глубинных негативных убеждений (потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм). С другой стороны, КПП также направлена на минимизацию спектра болезнь-ориентированного поведения и желудочно-кишечной специфической тревоги. Приведенные мишени являются провоцирующими и поддерживающими факторами СРК.

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

На данный момент в зарубежной практике не существует единого согласованного протокола КПП для терапии СРК [35]. Большинство протоколов уделяют внимание работе с общей тревогой, изменению неадаптивных мыслей

и болезнь-ориентированного поведения, усилению осознанности и доверия к телу, нежели желудочно-кишечной специфической тревоге [6; 20; 27; 28; 45]. Протоколы, ориентированные на работу с желудочно-кишечной тревогой, как правило, включают методы, основанные на *экспозиции* (interoceptive exposure-based CBT program for IBS) [11; 12; 14; 19; 27; 31].

Недавно начали применяться мультикомпонентные протоколы (multicomponent cognitive-behavioral treatments) [23], направленные не только на управление общими симптомами СРК, но и на снижение симптомов депрессии, тревоги, булимического типа поведения, эмоционального голода. В табл. 1 показано, что «стандартные» протоколы КПП сосредоточены на снижении у пациента реактивности стресса на события повседневной жизни, в то время как interoцептивные протоколы делают акцент на снижении тревожного и избегающего реагирования на висцеральные ощущения.

Таблица 1

**Когнитивно-поведенческий подход к лечению рефрактерного синдрома раздраженного кишечника**

«Стандартный» протокол КПП управления стрессом и вниманием при СРК	Протокол когнитивно-поведенческой психотерапии interoцептивного воздействия при СРК
Цель: повышение информированности пациента о СРК и связях между стрессорами, мыслями и симптомами СРК. Снижение физических и когнитивных стрессовых реакций на события повседневной жизни, что уменьшает симптомы СРК как реакции на стресс	Цель: снижение у пациента ошибочных представлений о симптомах СРК, гипербдительности и страха симптомов, дисфункциональных поведенческих реакций на внешние проявления
Формат: очный (индивидуальный, групповой) и дистанционный	Формат: очный (индивидуальный и групповой); дистанционный: интернет-платформа (web-based CBT) и телефонная форма; комбинированный (CBT – interoceptive exposure with complementary video materials)
Задачи сессий	
Психообразование о симптомах СРК и их связи со стрессом	Психообразование о том, что симптомы СРК – это условные реакции, напоминающие о желудочно-кишечном расстройстве
Когнитивный самоконтроль симптомов СРК (декатастрофизация мыслей)	Поведенческий самоконтроль симптомов
Обучение короткой прогрессирующей релаксации	Овладение навыками контроля внимания на неприятных висцеральных ощущениях.
Когнитивные техники для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок жизненных ситуаций. Смена депрессивного/тревожного когнитивного фильтра оценки ситуации на более гибкий	Когнитивная терапия для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок висцеральных ощущений (например, «у меня серьезная болезнь»)

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

Интероцептивная экспозиция.  
Повторная экспозиция висцеральных ощущений (стягивание живота при появлении кишечных ощущений, ношение тесной одежды, отсроченный поход в туалет, употребление избегаемой пищи) для уменьшения страха ощущений  
Экспозиция *in vivo* вызывающих страх и избегаемых ситуаций, в которых у пациента ожидается появление ощущений СРК (длительные поездки, питание в кафе, посещение мест в которых нет туалета, совещание, выступление); минимизация избегающего перестраховочного поведения

### Протокол interoцептивного воздействия на симптомы СРК «второй волны» Дж.Ди Колы

Первый протокол КПП (CBT with interoceptive exposure to visceral sensations) был предложен Дж.Ди Колой и направлен на исправление у пациента неправильного восприятия как interoцептивных, так и экстероцептивных сигналов, связанных с гастроэнтерологическими симптомами [12]. Ниже представлены техники, включенные в протокол.

*Систематическая десенсибилизация или метод градуированной экспозиции (graduated exposure therapy)*. Совместно с пациентом составляется иерархия дистресс-стимулов, связанных с его желудочно-кишечной специфической тревогой (ситуации, образы). Стимулы ранжируются от 0 до 100 баллов, где 0 – нет тревоги, 100 – чрезмерно выраженная тревога. В таблицах 2 и 3 приведены примеры иерархии избегаемых ситуаций, а также продуктов питания наших пациентов с рСРК, проходивших психотерапию.

Таблица 2

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

№	Ситуация	Уровень тревоги, балл
1	Короткая поездка на машине рядом с домом	25
2	Перекус в кафе рядом с домом	30
3	Посещение знакомого ресторана в центре Москвы	35
4	Посещение кинотеатра, место у прохода	40
5	Посещение нового кафе/ресторана	45
6	Посещение кафе с одним туалетом	50
7	Посещение переполненного кинотеатра, центральное место в ряду	50
8	Прогулка по городу в центре	55

9	Обед с коллегой на работе	60
10	Спонтанный обед в незнакомом месте	65
11	Метро, 1-2 станции от дома	70
12	Прогулка через 1 час после еды	75
13	Поездка в автобусе	80
14	Вождение машине в пробке	80
15	Прогулка в новом парке	85
16	Поездка на такси, ожидание переключения сигнала светофора	85
17	Поездка на автобусе, ожидание переключения сигнала светофора	85
18	Поездка на дачу	90
19	Поездка на такси в час пик	90
20	Вождение машины с друзьями в пробке	100

Таблица 3

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

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

После составления иерархии пациента обучают техникам управления физиологическим гипервозбуждением с помощью техник переобучения дыхания (breathing retraining technique [12]) и абдоминально-направленной прогрессирующей мышечной релаксации.

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

*Интероцептивная экспозиция.* Пациенту приводят следующую аналогию: повышенная бдительность к желудочно-кишечным ощущениям похожа на пребывание в большой шумной комнате, которая заполнена говорящими людьми. Когда кто-то случайно упоминает в разговоре с другим человеком ваше имя, вы можете очень чутко отреагировать, несмотря на наличие шума и то, что этот человек не обращается непосредственно к вам [11; 12]. Точно так же желудочно-кишечные сигналы могут быть значимой информацией для пациента из-за страха, что они сигнализируют о симптомах «чего-то угрожающего», «потери контроля», «чего-то постыдного». Совместно с психологом выделяются телесные ощущения, которые вызывают у пациента повышенную концентрацию внимания и тревогу (табл. 4)

Таблица 4

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

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

После составления иерархии психолог моделирует серию interoцептивных упражнений, которые нужно повторять пациенту, чтобы смоделировать физиологические ощущения, связанные с желудочно-кишечной специфической тревогой, и разрушить ассоциации между конкретными внутренними сигналами от организма и тревожными реакциями. Приведем примеры типичных упражнений в рамках interoцептивной индукции (interoceptive inductions) [11; 43]:

- надавливание на мышцы живота 60-90 секунд;
- надуть живот «шариком» на 60 секунд;
- положить бутылку с теплой водой на живот на 5 минут;

- спонтанно принять пищу;
- выпить кофе;
- надеть тесную одежду;
- втянуть живот на 40 секунд;
- надавливать на область рядом с пупком в течение 60 секунд;
- напрягать мышцы тела в течение 1 минуты или замереть в положении скручивания как можно дольше;
- сфокусировать внимание на определенном телесном ощущении (например, урчании) в течение 90 секунд;
- повторять слово «спокойствие» снова и снова в течение 5 минут, при этом смотреть на абдоминальную область;
- выполнить естественные экспозиционные упражнения (naturalistic exposure exercises). Например, во время дискомфортных ощущений сделать физические упражнения (поприседать), выпить кофе или газированный напиток, съесть то, что избегает пациент [11].

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

*Эффективность.* В отличие от техник управления вниманием (attention control), управление стрессом с помощью дыхательных упражнений по протоколу КПП interoцептивного воздействия существенно снижает симптомы СРК (по Bowel Symptom Composite Score) у пациентов со смешанным, запорным и диарейным типами СРК, коморбидными паническим расстройством. Пациенты сообщали о снижении желудочно-кишечной специфической тревоги (по Visceral Sensitivity Index), улучшении общего качества жизни (IBS-QOL) и расширении рациона [11]. КПП interoцептивного воздействия может сопровождаться коротким приемом бензодиазепинов, СИОЗСН или ТЦА в случае тяжелой и острой степеней тяжести СРК, что получило название комбинированной тактики. Комплаентность протоколу КПП составляет 60–84% в отличие от техники управления вниманием (35–40%) и стрессом (28–31%) [43]. Техники экспозиции хорошо переносятся пациентами со средней и тяжелой степенями тяжести СРК. Ремиссия длится до 6 месяцев [11; 12; 43].

### **Протокол interoцептивного воздействия на симптомы СРК «третьей волны» Б. Лцетсона**

Протокол, представленный нами в приложении 4, был предложен Б. Лцетсоном и соавторами и интегрирует экспозиционную терапию, терапию усиления осознанности (mindfulness-based Stress Reduction), и терапию принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy, АСТ) [30–32]. Первоначально протокол был разработан для дистанционного формата работы с пациентами

с СРК-Д, страдающими вздутием и абдоминальной болью, но далее начал применяться и в очном формате индивидуальной (12 еженедельных сессий по 1-1,5 часа) и групповой (10 сессий, 2 часа, 4-6 пациентов в группе) терапии пациентов со всеми типами СРК.

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

*Эффективность.* По сравнению с техниками управления стрессом (дыхательные техники, прогрессирующая мышечная релаксация) применение КПП у пациентов с СРК-СМ приводило к более значительному снижению соматизации, симптомов СРК, желудочно-кишечной специфической и общей (агорафобия, генерализованное тревожное и паническое расстройства) тревоги, а также тревоги о здоровье. Наблюдалось улучшение качества жизни. Отмечалось уменьшение количества дней, проведенных «на больничном», а также сокращение эпизодов некоторых форм избегающего и перестраховочного поведения. Ремиссия длится до 6 месяцев [10; 30–32].

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

В. Голденом был предложен протокол, интегрирующий КПП и гипнотерапию (gut-directed hypnotherapy [18]), с целью снижения СРК-индуцированной агорафобии (irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia). Приведем пример данной формы агорафобии со слов пациентки с рСРК-Д: «подруга пригласила на праздник и там было много народу, там один туалет, и это стресс... мне захочется в туалет, я один раз схожу... А вдруг пойду в туалет, и он будет занят?.. я не дотерплю». Пациентка избегает обедать с коллегами, выступать на совещаниях, встреч с руководителем, ездить в машине с коллегами по работе. Перед работой, совещаниями, встречами с руководителем принимает 3-4 пакетика «Смекты».

Протокол включает в себя когнитивные (декатастрофизация), поведенческие (систематическая десенсибилизация, дыхательные техники) техники и обучение самогипнозу для ситуативного управления желудочно-кишечной специфической тревогой [18]. Ниже приведены этапы психотерапии СРК-индуцированной агорафобии [18].

- *Ориентация в состоянии пациента.* Сбор анамнеза, оценка психического состояния. Обсуждение ожиданий от лечения. Когнитивная гипнотерапия и СРК. Минимизация неверных представлений о гипнозе.
- *Снижение гипервозбуждения. Гипнотическая индукция.* Ознакомление с базовыми навыками гипноза (расслабление, воображение, внушение). Обучение

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

• *Обучение и усиление прямого самогипноза с помощью метода двух столбцов* (The two-column method, [18]) позволяет минимизировать катастрофизирующее мышление (см. табл. 5).

Таблица 5

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

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

• *Гипноанализ для изучения межличностных отношений. Специфика материнской сепарации* (maternal separation [8; 50]). Показано, что отношения с матерью и материнская забота влияют на состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, когнитивных и эмоциональных процессов. Изменения в этих отношениях вызывают устойчивые изменения в центральной нервной системе на уровне толстой кишки. Например, наличие сильной обиды на мать, которая не простила пациентке (28 лет, рСРК-Д, паническое расстройство с агорафобией) переезд в Москву и постоянно критиковала ее за то, что она недостаточно часто посещает мать. Когда пациентка ездила к матери, та намекала ей, что этого недостаточно. Эта ситуация формировала у пациентки стремление скрывать эмоции (недовольство ситуацией, чувство вины и зависимости), что, согласно модели интернализации эмоций М. Басты и соавторов (Internalization Hypothesis Model [7]), усиливало физиологическое и психологическое гипервозбуждение, приводя к СРК-индуцированной агорафобии (поездки в общественном транспорте, перелет в другую страну [22]). Проведение гипноанализа позволило составить гибкий

поведенческий план взаимодействия с матерью и закончить процесс сепарации от матери.

- *Прекращение гипнотерапии и составление противорецидивного плана.*

*Эффективность.* Протокол апробировался на 25 пациентов с СРК-Д с метеоризмом в качестве основного симптома. 23 пациента завершили психотерапию в течение 15 сессий. По данным исследователей, у пациентов снизились частота проявлений СРК-индуцированной тревоги и степень выраженности СРК. Ремиссия составила 6 месяцев [18].

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

В связи с трудоемкостью проведения полного протокола КПП (например, в амбулаторных условиях) Хитоми Каваниши предложил протокол лечения, дополненный видеоматериалами для пациентов (CBT-interoceptive exposure with complementary video materials, CBT-IE-w/vid) [23]. Перевод протокола представлен нами в приложении 5. Протокол включает 10 еженедельных сессий длительностью 60 минут. Сессии сопровождаются наглядными видеоматериалами, которые охватывают инструкции по психообразованию, выполнению домашних заданий относительно лечения, чтобы пациенты могли готовиться дома к следующим сессиям со специалистом [23].

*Эффективность.* По сравнению с пациентами, получающими только психообразовательную помощь и соматотропную терапию, применение протокола КПП показало выраженное снижение симптомов СРК (IBS-SI-J) и желудочно-кишечной тревоги (VSI) у пациентов с рефрактерным типом СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни (IBS-QOL-J) при дальнейшем трех- и шестимесячном наблюдении. У этих пациентов снизились бдительность к телесным ощущениям (BVS-J) и симптомы общей тревоги (STAI). Использование видеоматериалов в КПП сократило время, затрачиваемое на очную терапию на 40% (с 66 до 38 минут), в то время как эффективность терапевтических вмешательств осталась прежней [23].

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

Протокол впервые предложен Э. Хедман и соавторами и был направлен на снижение избегающего и «перестраховочного» типов поведения у пациентов с СРК-СМ и СРК-Д типами [19]. Лечение состоит из 12 модулей, занимающих в общей сложности 12 недель. Модули предоставлялись пациенту через специальную интернет-платформу – Regul8 web-based self-management sessions – и включали в себя составление индивидуальной модели СРК пациента, обучение техникам осознанности, выяснение специфики желудочно-кишечной тревоги у пациента, протокол интероцептивного воздействия, экспозицию тревоги о здоровье, а также болезнь-ориентированного поведения, профилактику рецидивов. Каждый модуль сопровождался набором домашних заданий. Контакт со специалистом осуществлялся строго по электронной почте.

*Эффективность.* В отличие от техник управления напряжением при применении КПП у пациентов с СРК-СМ или СРК-Д наблюдалось снижение желудочно-кишечной специфической тревоги (VSI), а также тревоги о здоровье (HAI). Пациенты в среднем завершили около двух третьей модулей. Ремиссия сохранялась 12 месяцев [19].

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

Протокол разработан Х. Эверитт, применяется для терапии пациентов с рСРК и включает в себя психообразование, поведенческие и когнитивные техники управления ЖК-специфической тревогой, здоровое питание, упражнения по декатастрофизации, техники управления стрессом, минимизации сканирования тела с помощью интероцептивной терапии, противорецидивный план [14]. Терапия включает руководство самопомощи для пациента, 6 телефонных консультаций по 60 минут и две 60-минутные бустерные сессии спустя 4 и 8 месяцев с момента начала терапии. За счет меньшего болезнь-ориентированного поведения происходят снижение симптомов СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни. Приверженность составляет 84%. Ремиссия длится около 12 месяцев [14].

Т. Лии и коллеги разработали дополнительный протокол дистанционной КПП СРК для женщин «Разум над настроением» (ICBT «Mind Over Mood»). Он ориентирован на овладение поведенческим, эмоциональным и когнитивным контролем при СРК-Д и СРК-СМ и включает 13 сессий длительностью 60 минут, которые проводятся 1-2 раза в неделю в течение 6 недель [29]. Сессии 1-4 направлены на обучение пациентов поведенческим стратегиям снижения ЖК-специфической тревоги; сессии 5-7 – на обучение эмоциональным стратегиям снижения когнитивного гипервозбуждения, сессии 8-9 включают поведенческие техники снижения избегающего (туалетного) поведения; сессии 10-13 посвящены техникам декатастрофизации и противорецидивному плану.

*Эффективность.* Данный протокол снижает у пациентов с СРК-СМ и СРК-Д общие симптомы расстройства (BSSS), желудочно-кишечную специфическую тревогу (VSI), симптомы депрессии (CES-D) и тревоги (STAI-S). Ремиссия длится около 6 месяцев [29].

### **Выводы**

- «Стандартные» протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии, применяемые при лечении рСРК, сосредоточены на снижении у пациента реактивного реагирования на стресс, связанный с событиями повседневной жизни, в то время как интероцептивные протоколы за счет воздействия на висцеральные ощущения делают акцент на 1) устранении дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле; 2) спектре болезнь-ориентированного поискового поведения.

- К дезадаптивным когнитивно-аффективным процессам у пациентов с СРК относят: желудочно-кишечную специфическую или висцеральную тревогу, тревогу

о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию. Эти процессы устраняются с помощью поведенческих (абдоминальное дыхание) и когнитивных (когнитивная реструктуризация, декатастрофизация) техник.

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

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

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

## Литература

1. *Ивашкин В.Т., Зольникова Ю.* Синдром раздраженного кишечника с позиций изменений микробиоты // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2019. Том 29. № 1. С 68–76. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92

2. *Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2017. Том 27. № 5. С. 76–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93

3. *Мелёхин А.И.* Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность // *Современная зарубежная психология.* 2018. Том 7. № 4. С 56–74. DOI: 10.17759/jmfr.2018070407

4. *Мелёхин А.И.* Специфика психотерапевтической тактики при лечении синдрома раздраженного кишечника В книге: *Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях* Материалы всероссийской научно-практической конференции «I Кандинские чтения», посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского. 2019. С. 74–76.

5. *Мелёхин А.И.* Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при нарушении кишечного-мозгового взаимодействия // *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии.* 2020. Том 2. № 1. С. 20–41.

6. *Altayar O., Sharma V., Prokop L.J.* Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Gastroenterology Research and Practice*. 2015. Vol. 3. № 2. P. 11–19. DOI: 10.1155/2015/549308
7. *Basta M., Chrousos G.P., Vela-Bueno A.* Chronic insomnia and stress system // *Sleep Med Clin*. 2007. Vol. 2. № 2. P. 279–291. DOI: 10.1016/j.jsmc.2007.04.002
8. *Ben-Israel Y., Shadach E., Levy S., et al.* Possible involvement of avoidant attachment style in the relations between adult IBS and reported separation anxiety in childhood // *Stress Health*. 2016. Vol. 32. P. 463–471. DOI: 10.1002/smi.2642
9. *Blanchard E.B., Scharff L., Payne A.* Prediction of outcome from cognitive behavioral treatment of irritable bowel syndrome // *Behaviour Research and Therapy*. 1992. Vol. 30. № 6. P. 647–650. DOI: 10.1016/0005-7967(92)90011-5
10. *Boersma K., Ljótsson B., Edebol-Carlman H.* Exposure-based cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. A single-case experimental design across 13 subjects // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2016. Vol. 45. № 6. P. 415–430. DOI: 10.1080/16506073.2016.1194455
11. *Craske M.G., Wolitzky-Taylor K.B., Labus J.* A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2011. Vol. 49. № 6. P. 413–421. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.001
12. *DeCola J.P.* Deliberate exposure to interoceptive sensations: a cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2001. Vol. 62. P. 60–73.
13. *Enck P., Lackner J.M.* Cognitive behavioural therapy for IBS: results or treatment as usual? // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2019. Vol. 16. № 9. P. 515–526. DOI: 10.1038/s41575-019-0174-2
14. *Everitt H.A., Landau S., O'Reilly G.* Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in the ACTIB randomised trial // *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*. 2019. Vol. 4. № 11. P. 863–872. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30243-2
15. *Farnam A., Somi M.H., Sarami F.* Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. Vol. 4. № 5. P. 959–962. DOI: 10.2147/NDT.S3836
16. *Fukudo S., Kaneko H., Akiho H.* Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome // *Journal of Gastroenterology*. 2015. Vol. 50. № 1. P. 11–30. DOI:10.1007/s00535-014-1017-0
17. *Ghandi F., Sadeghi A., Bakhtyari M.* Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy with Emotion Regulation Treatment on Quality of Life and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome // *Iranian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 13. № 3. P. 175–183. DOI: 10.31080/ecgds.2019.06

18. *Golden W.L.* Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia // *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*. 2007. Vol. 55. № 2. P. 131–146. DOI: 10.1080/00207140601177889
19. *Hedman E., Axelsson E., Görling A.* Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial // *The British Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 205. № 4. P. 307–314. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140913
20. *Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J.* Commission on psychological treatments research in tomorrow's science // *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5. № 3. P. 237–286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8
21. *Hunt M.G., Moshier S., Milonova M.* Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2009. Vol. 47. № 9. P. 797–802. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002
22. *Hyphantis T., Guthrie E., Tomenson B.* Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome // *Pain*. 2009. Vol. 145. P. 196–203. DOI: 10.1016/j.pain.2009.07.005
23. *Kawanishi H., Sekiguchi A., Funaba M.* Cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure and complementary video materials for irritable bowel syndrome (IBS): protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan // *Biopsychosocial Medicine*. 2019. Vol. 6. № 13. P. 14–19. DOI: 10.1186/s13030-019-0155-2
24. *Keefer L., Bedell A.* Irritable Bowel Syndrome / In A. Wenzel (ed.) *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*. 2018. 36 p. DOI: 10.4135/9781483365817.n766
25. *Kennedy T.M., Chalder T., McCrone P.* Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial // *Health Technology Assessment*. 2006. Vol. 10. № 19. P. 1–67. DOI: 10.3310/hta10190
26. *Kibune-Nagasako C., Garcia-Montes C., Silva-Lorena S.L.* Irritable bowel syndrome subtypes: clinical and psychological features, body mass index and comorbidities // *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2016. Vol. 108. № 2. P. 59–64. DOI:10.17235/reed.2015.3979/2015
27. *Kinsinger S.W.* Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights // *Psychology Research and Behavior Management*. 2017. Vol. 10. № 5. P. 231–237. DOI: 10.2147/PRBM.S120817
28. *Lackner J.M., Mesmer C., Morley S.* Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004. Vol. 72. № 2. P. 1100–1113. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
29. *Lee T.Y., Hsieh T.C., Sung H.C.* Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Young Taiwanese Female Nursing Students with Irritable Bowel Syndrome-A Cluster

Randomized Controlled Trial // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. Vol. 16. № 5. P. 8–19. DOI: 10.3390/ijerph16050708

30. *Ljótsson B., Falk L., Vesterlund A.* Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-A randomized controlled trial // Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48. № 30. P. 531–539. DOI: 10.1016/j.brat.2010.03.003

31. *Ljótsson B., Hedman E., Andersson E.* Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial // American Journal of Gastroenterology. 2011. Vol. 106. № 8. P. 1481–1491. DOI: 10.1038/ajg.2011.139

32. *Moayyedi P., Andrews C.N., MacQueen G.* Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome // Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. 2019. Vol. 2. № 1. P. 6–29. DOI: 10.1093/jcag/gwy071

33. *Mohiuddin A.K.* Alternative Measures for IBS Management // American Journal of Biomedical Science & Research. 2019. Vol. 5. № 5. P. 4–19. DOI: 10.34297/AJBSR.2019.05.000947

34. *Nelkowska D.D.* Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach // Annals of Gastroenterology. 2020. Vol. 33. № 1. P. 1–8. DOI: 10.20524/aog.2019.0441

35. NICE guideline. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome in primary care. London: Royal College of nursing London. Royal College of nursing. 2008. Vol. 57. № 2. 72 p.

36. *Nicholl B.I., Halder S.L., Macfarlane G.J., et al.* Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome-results of a large prospective population-based study // Pain. 2008. Vol. 137. P. 147–155. DOI: 10.1016/j.pain.2007.08.029

37. *O'Mahony S.M., Clarke G., Dinan T.G.* Irritable Bowel Syndrome and Stress-Related Psychiatric Co-morbidities: Focus on Early Life Stress // Handbook of Experimental Pharmacology. 2017. Vol. 239. № 1. P. 219–246. DOI: 10.1007/164\_2016\_128

38. *Phillips K., Wright B.J., Kent S.* Irritable bowel syndrome and symptom severity: evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation // The Journal of Psychosomatic Research. 2014. Vol. 77. № 4. P. 13–19. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.04.009

39. *Porcelli P., De Carne M., Leandro G.* The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome // Compr Psychiatry 2017. Vol. 73. № 7. P. 127–135. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.010

40. *Stasi C., Caserta A., Nisita C.* The complex interplay between gastrointestinal and psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome: A longitudinal assessment // Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019. Vol. 34. № 4. P. 713–719. DOI: 10.1111/jgh.14375

41. *Tayama J., Nakaya N., Hamaguchi T.* Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome // BioPsychoSocial Medicine. 2012. Vol. 30. № 6. P. 20–29. DOI: 10.1186/1751-0759-6-20

42. Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction. A Clinical Guide / W. H. Sobin (ed.). Springer, NY, 2019. 191 p. DOI: 10.1007/978-3-030-18218-2

43. Van Oudenhove L., Crowell M.D., Drossman D.A. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 18. № 16. P. 1–23. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027

44. Vlaeyen J., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art // *Pain*. 2000. Vol. 85. P. 317–332. DOI:10.1016/S0304-3959(99)00242-0

45. Weaver T.L., Nishith P., Resick P.A. Prolonged Exposure Therapy and Irritable Bowel Syndrome: A Case Study Examining the Impact of a Trauma-Focused Treatment on a Physical Condition // *Cognitive and Behavioral Practice*. 1998. Vol. 5. № 1. P. 103–122. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80023-0

46. Windgassen S., Moss-Morris R., Everitt H. Cognitive and Behavioral Differences Between Subtypes in Refractory Irritable Bowel Syndrome // *Behavior Therapy*. 2019. Vol. 50. № 3. P. 594–607. DOI: 10.1016/j.beth.2018.09.006

47. Windgassen S. Exploring cognitive and behavioural factors in irritable bowel syndrome. Dissertation. 2018. 218 p. URL: <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.769940> (дата обращения 22.06.2020)

48. Windgassen S., Moss-Morris R., Goldsmith K. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety // *The Journal of Psychosomatic Research*. 2019. Vol. 118. P. 73–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.013

49. Yi L., Zhang H., Sun H. Maternal Separation Induced Visceral Hypersensitivity from Childhood to Adulthood // *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2017. Vol. 23. № 2. P. 306–315. DOI: 10.5056/jnm16089

50. Yuki O., Satsuki K., Yoshitoshi T. Development of cognitive behavior therapy for irritable syndrome (CBT-IE): a pilot study in Japan // *Japanese journal of psychosomatic medicine*. 2016. Vol. 56. № 6. P. 10–19. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002

## References

1. Ivashkin V.T., Zol'nikova Yu. Sindrom razdrzhennogo kishechnika s pozicij izmenenij mikrobioty [Irritable bowel syndrome from the perspective of changes in the microbiota]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 68–76. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92

2. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoj asociacii i Asociacii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu sindroma razdrzhennogo kishechnika [Clinical recommendations of the Russian

gastroenterological Association and the Association of coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology], 2017, vol. 27, no. 5, pp. 76–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93

3. Melehin A.I. Distancionnaya kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya sindroma razdrzhenного kischechnika: specifika i effektivnost' [Remote cognitive-behavioral psychotherapy of irritable bowel syndrome: specificity and effectiveness] *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern Foreign Psychology], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 56–74. DOI: 10.17759/jmfp.2018070407

4. Melehin A.I. Specifika psihoterapevticheskoy taktiki pri lechenii sindroma razdrzhenного kischechnika [Specifics of psychotherapeutic tactics in the treatment of irritable bowel syndrome]. V knige: *Aktual'nye problemy psichiatrii i narkologii v sovremennyh usloviyah Materialy vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii «I Kandinskie chteniya», posvyashchennoj 170-letiyu so dnya rozhdeniya V.H. Kandinskogo* [In the book: *Actual problems of psychiatry and narcology in modern conditions Materials of the all-Russian scientific and practical conference "I Kandinsky readings", dedicated to the 170th anniversary of the birth of V. Kh. Kandinsky*], 2019, pp. 74–76.

5. Melehin A.I. Ekspozicionnaya kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya pri lechenii narushenii kischechno-mozgovogo vzaimodejstviya [Exposure cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of intestinal-brain interaction disorders]. *Neurodynamics. Zhurnal klinicheskoy psihologii i psichiatrii* [Neurodynamics. Journal of Clinical Psychology and Psychiatry], 2020, vol. 2, no. 1, pp. 20–41.

6. Altayar O., Sharma V., Prokop L.J. Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastroenterology Research and Practice*, 2015, vol. 3, no. 2, pp. 11–19. DOI: 10.1155/2015/549308

7. Basta M., Chrousos G.P., Vela-Bueno A. Chronic insomnia and stress system. *Sleep Med Clin.*, 2007, vol. 2, no. 2, pp. 279–291. DOI: 10.1016/j.jsmc.2007.04.002

8. Ben-Israel Y., Shadach E., Levy S., et al. Possible involvement of avoidant attachment style in the relations between adult IBS and reported separation anxiety in childhood. *Stress Health*, 2016, vol. 32, pp. 463–471. Doi: 10.1002/smi.2642

9. Blanchard E.B., Scharff L., Payne A. Prediction of outcome from cognitive behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 1992, vol. 30, no. 6, pp. 647–650. DOI: 10.1016/0005-7967(92)90011-5

10. Boersma K., Ljótsson B., Edebol-Carlman H. Exposure-based cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. A single-case experimental design across 13 subjects. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2016, vol. 45, no. 6, pp. 415–430. DOI: 10.1080/16506073.2016.1194455

11. Craske M.G., Wolitzky-Taylor K.B., Labus J. A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2011, vol. 49, no. 6, pp. 413–421. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.001

12. DeCola J.P. Deliberate exposure to interoceptive sensations: a cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2001, vol. 62, pp. 60–73.
13. Enck P., Lackner J.M. Cognitive behavioural therapy for IBS: results or treatment as usual? *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2019, vol. 16, no. 9, pp. 515–526. DOI: 10.1038/s41575-019-0174-2
14. Everitt H.A., Landau S., O'Reilly G. Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in the ACTIB randomised trial. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 2019, vol. 4, no. 11, pp. 863–872. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30243-2
15. Farnam A., Somi M.H., Sarami F. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2008, vol. 4, no. 5, pp. 959–962. DOI: 10.2147/NDT.S3836
16. Fukudo S., Kaneko H., Akiho H. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 2015, vol. 50, no. 1, pp. 11–30. DOI:10.1007/s00535-014-1017-0
17. Ghandi F., Sadeghi A., Bakhtyari M. Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy with Emotion Regulation Treatment on Quality of Life and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2018, vol. 13, no. 3, pp. 175–183.
18. Golden W.L. Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 2007, vol. 55, no. 2, pp. 131–46. DOI: 10.1080/00207140601177889
19. Hedman E., Axelsson E., Görling A. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2014, vol. 205, no. 4, pp. 307–314. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140913
20. Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J. Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, no. 3, pp. 237–286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8
21. Hunt M.G., Moshier S., Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2009, vol. 47, no. 9, pp. 797–802. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002
22. Hyphantis T., Guthrie E., Tomenson B. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain*, 2009, vol. 145, pp. 196–203. DOI: 10.1016/j.pain.2009.07.005
23. Kawanishi H., Sekiguchi A., Funaba M. Cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure and complementary video materials for irritable bowel syndrome (IBS): protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan. *Biopsychosocial Medicine*, 2019, vol. 6, no. 13, pp. 14–19. DOI: 10.1186/s13030-019-0155-2

24. Keefer L., Bedell A. Irritable Bowel Syndrome. In A. Wenzel (ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*, 2018, 36 p. DOI: 10.4135/9781483365817.n766
25. Kennedy T.M., Chalder T., McCrone P. Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technol Assess*, 2006, vol. 10, no. 19, pp. 1–67. DOI: 10.3310/hta10190
26. Kibune-Nagasako C., Garcia-Montes C., Silva-Lorena S.L. Irritable bowel syndrome subtypes: clinical and psychological features, bodymass index and comorbidities. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2016, vol. 108, no. 2, pp. 59–64. DOI:10.17235/reed.2015.3979/2015
27. Kinsinger S.W. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 2017, vol. 10, no 5 pp. 231–237. DOI: 10.2147/PRBM.S120817
28. Lackner J.M., Mesmer C., Morley S. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, vol. 72, no 2 pp. 1100–1113. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
29. Lee T.Y., Hsieh T.C., Sung H.C. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Young Taiwanese Female Nursing Students with Irritable Bowel Syndrome-A Cluster Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, no. 5, pp. 8–19. DOI: 10.3390/ijerph16050708
30. Ljótsson B., Falk L., Vesterlund A. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. 48, no. 30, pp. 531–539. DOI: 10.1016/j.brat.2010.03.003
31. Ljótsson B., Hedman E., Andersson E. Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *American Journal of Gastroenterology*, 2011, vol. 106, no. 8, pp. 1481–1491. DOI: 10.1038/ajg.2011.139
32. Moayyedi P., Andrews C.N., MacQueen G. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2019, vol. 2, no. 1, pp. 6–29. DOI: 10.1093/jcag/gwy071
33. Mohiuddin A.K. Alternative Measures for IBS Management. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 2019, vol. 5, no. 5, pp. 4–19. DOI: 10.34297/AJBSR.2019.05.000947
34. Nelkowska D.D. Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Annals of Gastroenterology*, 2020, vol. 33, no. 1, pp. 1–8. DOI: 10.20524/aog.2019.0441
35. NICE guideline. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome in primary care. London: Royal College of nursing London. Royal College of nursing, 2008, vol. 57, no. 2. 72 p.

36. Nicholl B.I., Halder S.L., Macfarlane G.J., et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome—results of a large prospective population-based study. *Pain*, 2008, vol. 137, pp. 147–155. DOI: 10.1016/j.pain.2007.08.029
37. O'Mahony S.M., Clarke G., Dinan T.G. Irritable Bowel Syndrome and Stress-Related Psychiatric Co-morbidities: Focus on Early Life Stress. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 2017, vol. 239, no. 1 pp. 219–246. DOI: 10.1007/164\_2016\_128
38. Phillips K., Wright B.J., Kent S. Irritable bowel syndrome and symptom severity: evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2014, vol. 77, no. 4 pp. 13–19. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.04.009
39. Porcelli P., De Carne M., Leandro G. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Compr Psychiatry*, 2017, vol. 73, pp. 127–135. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.010
40. Stasi C., Caserta A., Nisita C. The complex interplay between gastrointestinal and psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome: A longitudinal assessment. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2019, vol. 34, no. 4, pp. 713–719. DOI: 10.1111/jgh.14375
41. Tayama J., Nakaya N., Hamaguchi T. Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *BioPsychoSocial Medicine*, 2012, vol. 30, no. 6, pp. 20–29. DOI: 10.1186/1751-0759-6-20
42. Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction. A Clinical Guide / W.H. Sobin (ed.). Springer. NY, 2019, 191 p. DOI: 10.1007/978-3-030-18218-2
43. Van Oudenhove L., Crowell M.D., Drossman D.A. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 2016, vol. 18, no. 16, pp. 1–23. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027
44. Vlaeyen J., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 2000, vol. 85, pp. 317–332. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
45. Weaver T.L., Nishith P., Resick P.A. Prolonged Exposure Therapy and Irritable Bowel Syndrome: A Case Study Examining the Impact of a Trauma-Focused Treatment on a Physical Condition. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998, vol. 5, no. 1, pp. 103–122. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80023-0
46. Windgassen S., Moss-Morris R., Everitt H. Cognitive and Behavioral Differences Between Subtypes in Refractory Irritable Bowel Syndrome. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2019, vol. 50, no. 3, pp. 594–607. DOI: 10.1016/j.beth.2018.09.006
47. Windgassen S. Exploring cognitive and behavioural factors in irritable bowel syndrome. Dissertation. 2018, 218 p. URL: <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.769940> (Accessed: 22.06.2020)

48. Windgassen S., Moss-Morris R., Goldsmith K. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2019, vol. 118, pp. 73–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.013

49. Yi L., Zhang H., Sun H. Maternal Separation Induced Visceral Hypersensitivity from Childhood to Adulthood. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2017, vol. 23, no. 2, pp. 306–315. DOI: 10.5056/jnm16089

50. Yuki O., Satsuki K., Yoshitoshi T. Development of cognitive behavior therapy for irritable syndrome (CBT-IE): a pilot study in Japan. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 2016, vol. 56, no. 6, pp. 10–19. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002

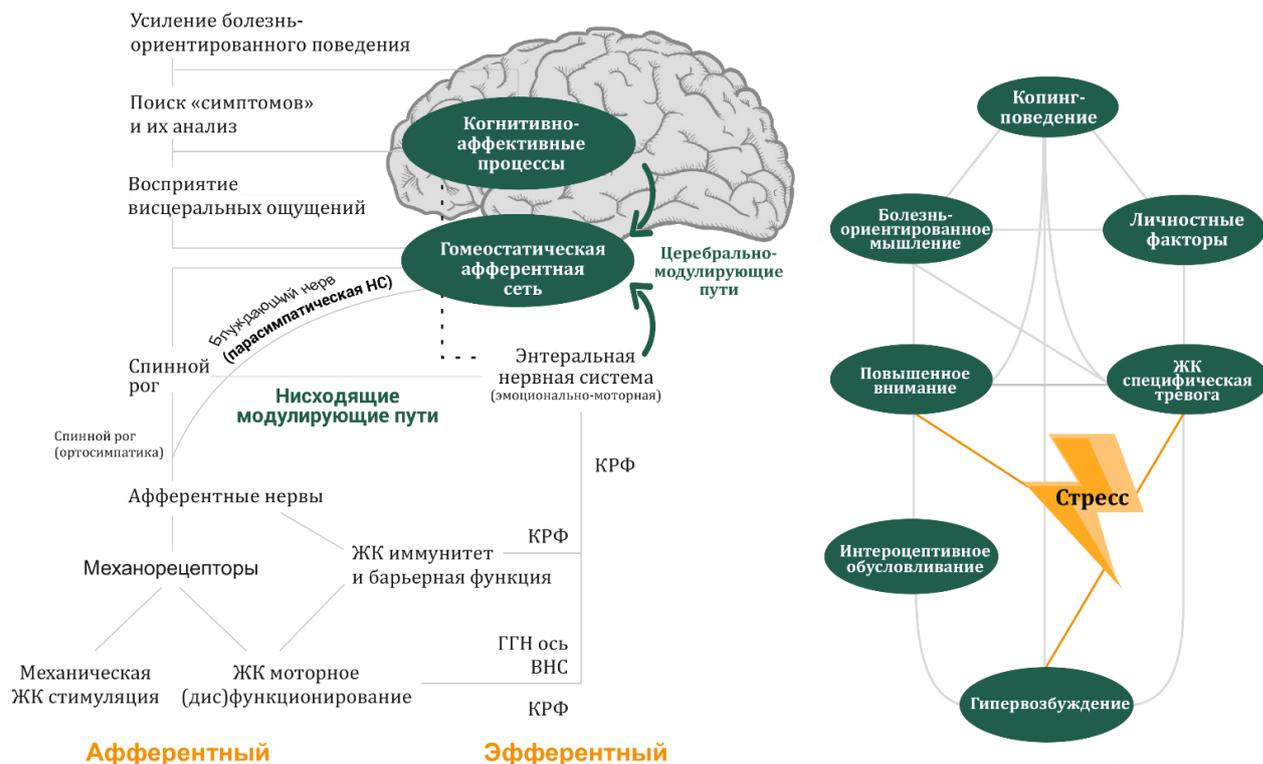
## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Модель взаимодействия синдрома раздраженного кишечника и стресса с фокусом на стрессе на разных этапах жизни пациента (цит. по [38])



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Ось «мозг–кишечник». Афферентный и эфферентные маршруты влияния психологических процессов в провоцировании и поддержании СРК (по Лукасу Ван Оудентхову и соавтр. [43])**



Примечание. КРФ – кортизол-релизинг фактор, ВНС – вегетативная нервная система, ГГН ось – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Общие мишени когнитивно-поведенческой психотерапии интероцептивного воздействия [цит. по 3–5]



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**Структура протокола interoцептивного воздействия «третьей волны» Б. Лцетсона**

ШАГ 1	ШАГ 2	ШАГ 3	ШАГ 4
Психообразование	Усиление доверия к собственному телу	Экспозиционная терапия	Противорецидивный план
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Психологические провоцирующие и поддерживающие факторы СРК. Составление индивидуальной модели СРК пациента</li> <li>• Гипербдительность, мониторинг симптомов</li> <li>• Желудочно-кишечная специфическая тревога</li> <li>• Избегающее поведение. Стратегии пациента по контролю симптомов. Отрицательные последствия.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Техники осознанного приема пищи; приема пищи на свежем воздухе, «осознанного» тела</li> <li>• Техника эмоционально осознанного фокусирования (simplified emotion focused mindfulness exercise)</li> <li>• Техника «глаза новичка» (beginner's mind approach)</li> <li>• SOL – трехэтапная поведенческая стратегия минимизации и мобилизации катастрофических мыслей и паники</li> <li>• Усиление физической активности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Таргетная экспозиционная терапия на стимулы, вызывающие симптомы (продукты питания, физическая активность, стрессовые ситуации)</li> <li>• Снижение «перестраховочного» поведения</li> <li>• Сокращение числа избегаемых ситуаций</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диатез-стрессовая модель пациента</li> <li>• Триггеры, знаки и симптомы</li> <li>• План совладания</li> </ul>

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

**Структура и содержание сессий протокола КПП interoцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника Х. Каваниши**

Сессия	Содержание	Материалы для проведения терапии
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биопсихосоциальная модель СРК</li> <li>• Влияние стресса на пищеварение (энтеральная нервная система)</li> <li>• Повышение осведомленности о связи состояния нервной системы и кишечника</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК (VSI, IBS-QOL, SF-36, BDI, STAI)</li> <li>• Графическое изображение индивидуального профиля СРК пациента</li> <li>• Дневник СРК, мониторинг триггеров, усиливающих желудочно-кишечную специфическую тревогу</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Влияние когнитивно-эмоционального стиля восприятия информации пациента на симптомы СРК</li> <li>• Обучение техникам избирательного внимания к телесным ощущениям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Индивидуальный поведенческий план избирательного внимания</li> <li>• Общий список оценки симптомов СРК</li> <li>• Мониторинг дистресса, влияющего на кишечные симптомы (на основе дневника СРК)</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Техники метакогнитивного мониторинга симптомов</li> <li>• Декатастрофизация (когнитивная реструктуризация) ощущений СРК и их оценки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протокол декатастрофизации при СРК</li> <li>• Мониторинг дистресса и его влияния на СРК</li> <li>• Дополнение списка триггеров, влияющих на симптом СРК у пациента</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Минимизация категоричности восприятия симптомов СРК пациентом с помощью когнитивной реструктуризации;</li> <li>• Составление иерархии телесных проявлений при СРК от менее (0) до самых пугающих (10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Протокол иерархии экспозиции телесных ощущений;</li> <li>• Мониторинг дистресса и его влияния на СРК</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Когнитивная реструктуризация по отношению в глубинным убеждениям пациента</li> <li>• Применение interoцептивной экспозиции (in vivo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК</li> <li>• Мониторинг дистресса и его влияния на СРК</li> <li>• Поведенческие interoцептивные упражнения (абдоминальный дискомфорт, избегание приема определенных продуктов)</li> <li>• Брошюра для пациента по interoцептивному воздействию in vivo при СРК</li> <li>• Индивидуальная пошаговая инструкция по interoцептивному воздействию in vivo. Видеозапись проведения экспозиции пациентом</li> </ul>
6-9	Дальнейшее проведение interoцептивной экспозиции (до 10 баллов избегания) in vivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мониторинг проявления СРК</li> <li>• Видеозапись проведения экспозиции пациентом</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Составление копинг-карточки итогов всех сессий</li> <li>• Персонализированный противорецидивный план</li> <li>• Профилактика минимизации дистресса</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамический нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК (Visceral Sensitivity Index, IBS-QOL, SF-36, BDI, STAI);</li> <li>• Мониторинг проявления СРК</li> <li>• Протокол минимизации рецидивов</li> <li>• Список положительных достижений</li> <li>• Поведенческий план работы с актуальными проблемами (неудачами)</li> </ul>

*Мелёхин А.И.* Когнитивно-поведенческая психотерапия interoцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника  
Клиническая и специальная психология  
2020. Том 9. № 2. С. 1–33.

*Melehin A.I.* Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome  
Clinical Psychology and Special Education  
2020, vol. 9, no. 2, pp. 1–33.

### **Информация об авторе**

*Мелёхин Алексей Игоревич*, кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

### **Information about the author**

*Aleksey I. Melehin*, PhD in Psychology, associate professor, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive behavioral psychotherapist. Stolypin humanitarian Institute, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

*Получена: 23.01.2020*

*Received: 23.01.2020*

*Принята в печать: 26.05.2020*

*Accepted: 26.05.2020*