

*Вне тематики номера  
Outside of the theme rooms*

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**  
**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника:  
специфика и эффективность**

*Мелехин А.И.,*

*заведующий психоонкологической службой Клинической больницы № 2 МЕДСИ,  
клинический психолог высшей категории, психотерапевт, Москва, Россия,  
clinmelehin@yandex.ru*

*Игнатенко Ю.С.,*

*студентка лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет), Москва, Россия,  
hvala\_korolevna@rambler.ru*

На данный момент синдром раздраженного кишечника (СРК) является распространенным изнурительным функциональным нарушением работы желудочно-кишечного тракта. В статье впервые описаны биопсихосоциальная модель и порочный круг развития СРК. Представлен терапевтический маршрут сопровождения пациентов с СРК, включающий в себя медикаментозные и немедикаментозные подходы. На основе анализа зарубежных рекомендаций по лечению СРК показано, что «золотым стандартом» немедикаментозного лечения является очная и дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП). Представлены преимущества дистанционной формы когнитивно-поведенческой психотерапии СРК, систематизированы психотерапевтические мишени и детально описана структура. Представлен протокол отслеживания симптомов раздраженного кишечника. На основе проведенного анализа зарубежных исследований представлена эффективность и ограниченность протоколов дистанционной КПП при лечении синдрома раздраженного кишечника.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, когнитивно-поведенческая психотерапия, психотерапия, биопсихосоциальный подход.

**Для цитаты:**

*Мелехин А.И., Игнатенко Ю.С.* Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2018. Том 7. №4. С. 56—74. doi:10.17759/jmfp.2018070407

**For citation:**

Melehin, A. I., Ignatenko Yu. S. Home-based cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: the specifics and effectiveness [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 56—74. doi: 10.17759/jmfp.2018070407 (In Russ.; Abstr. in Engl.).

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является распространенным, изнурительным, функциональным нарушением работы желудочно-кишечного тракта [2; 3; 4; 16; 37].

Во всем мире распространенность этого расстройства у взрослых составляет от 9,0% до 23,5%, и лишь 10% обращаются за медицинской помощью [32; 31; 37; 45]. Этот синдром характеризуется целым спектром симптомов без морфологических и биохимических изменений, которые могли бы объяснить данную симптоматику [14]. К спектру симптомов относят: изменения в моторике кишечника в форме диареи, запора

или смешанных проявлений, вздутие и наличие абдоминальной боли [1; 4; 14; 42].

Желудочно-кишечный тракт очень восприимчив к воздействию стресса [32]. Этиология и патофизиология СРК по сей день до конца неизвестны, однако за последние несколько лет в нейрогастроэнтерологии произошел резкий переход от *биомедицинско-редукционистского* (bio-medical reductionistic approach) к биопсихосоциальному подходу понимания причин возникновения данного расстройства [33; 25; 14] (рис. 1).

Из рис. 1 видно, что биопсихосоциальный подход подчеркивает вклад интеграции генетических, эколо-

гических, нейропсихологических и физиологических факторов в клиническую картину СРК. Из-за влияния многочисленных факторов СРК признан *гетерогенным расстройством нарушения взаимодействия кишечника с головным мозгом* (brain-gut dysregulation) [25; 31; 37; 41].

Биопсихосоциальный порочный круг синдрома раздраженного кишечника

Наличие СРК является эквивалентом *панической атаки* у человека и во многом он связан с наличием изменений в когнитивно-аффективных процессах, которые способствуют развитию и поддержанию данного расстройства [39]. Примерно половина общей численности пациентов с этим недугом имеют *висцеральную гиперчувствительность* (visceral hypersensitivity), как склонность испытывать дискомфортные ощущения или боль в ответ на нормальное функционирование кишечника. Эта гиперчувствительность часто сопровождается у человека *желудочно-кишечной специфической* (gastrointestinal-specific anxiety), интерцептивной, *висцеральной тревогой* (visceral anxiety) [44; 14]. Эта тревога является когнитивно-поведенческим ответом, то есть реакцией страха на возникающие желудочно-кишечные дискомфортные ощущения и связанные с ними ситуации, которые могут провоцировать эти ощущения [14] (рис. 2).

Желудочно-кишечная специфическая тревога повышает уязвимость к развитию у пациентов фибромиалгии, синдрома хронической тазовой боли, хронической усталости, расстройства настроения и тревожного спектра расстройств [4; 43].

## Подходы к лечению синдрома раздраженного кишечника

По сей день в основе ведения пациентов с СРК отдается большее предпочтение *фармакотерапии и регуляции питания*, реже — поведенческой модификации образа жизни пациента (healthy lifestyle) и немедикаментозной психотерапии, направленной на усиление психологической устойчивости [2; 4; 15; 18; 35; 32; 30].

Показано, что некоторые схемы фармакотерапии вызывают временное облегчение симптомов СРК, однако они не предусматривают подключения психотерапевтического лечения [32; 41; 14; 42]. С нейрофизиологической точки зрения, психотерапевтическое лечение направлено больше на префронтальную область коры, в то время, как например, антидепрессанты направлены больше на лимбическую область [41]. При этом эффективность медикаментозного лечения ограничена. Она не оказывает универсальный эффект на висцеральную тревогу и часто сопровождается значительными затратами и побочными эффектами [30; 14].

Вероятность купирования симптомов СРК при исключительно медикаментозной терапии составляет



Рис. 1. Биопсихосоциальный подход к концептуализации патогенеза СРК. ВНС — вегетативная нервная система, ИЛ — интерлейкины

38% и ремиссия 1—6 месяцев [2]. Наличие низкой вероятности купирования и короткой ремиссии вызвало острую необходимость в разработке специфических методов лечения (IBS-specific treatments), применяемые в комплексе с медикаментозной терапией [7; 15; 18; 17; 29; 30]. Эти методы направлены на выявление и

минимизацию у пациента предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих факторов для разрыва индивидуального, биопсихосоциального порочного круга СРК [26] (рис. 3).

Из рис. 3. видно, что выраженность и длительность симптомов СРК способствует развитию у пациента



Рис. 2. Компоненты желудочно-кишечной специфической тревоги по Лукасу Ван Оуденхови [14]



Рис. 3. Биопсихосоциальный порочный круг СРК Р.С. Вейнланда и Д.А. Дроссмана [24]. ВНС — вегетативная нервная система

состояния сверхбдительности, то есть повышенному фокусу внимания на ощущениях в теле, ситуациях, приводящих к возникновению дискомфортных ощущений, что приводит к еще большей гиперактивации вегетативной нервной системы и росту избегающего (безопасного) поведения [17; 32]. На данный момент когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП) рассматривают как эффективный инструмент для минимизации сверхбдительности и висцеральной тревоги у пациентов с СРК [9; 11; 18; 8; 41; 43; 42].

Согласно отечественным (Российская гастроэнтерологическая ассоциация) и зарубежным (Британское общество гастроэнтерологии, Британский Национальный институт качества медицинской помощи, Американский колледж гастроэнтерологии и Корейскому обществу нейрогастроэнтерологов) клиническим рекомендациям по лечению СРК, когнитивно-поведенческая психотерапия рекомендована для пациентов с рефрактерным течением заболевания (refractory IBS), которые на протяжении от 9 до 24 месяцев не реагируют на медикаментозное лечение и рекомендации по питанию [1; 2; 4; 35; 32; 25; 31; 30; 46]. Данную форму психотерапии рекомендуют применять при умеренной и тяжелой степени или с сопутствующими психологическими факторами, а также во время беременности у пациента с СРК [25; 36; 31]. Однако очные «стандартные» формы КПП (face-to-face /standard CBT) в настоящее время не предлагаются пациентам из-за фактических барьеров и из-за отсутствия специалистов и некомпетентности гастроэнтерологов о данных формах лечения [5; 11; 8; 23; 44]. Показано, что в среднем 40-42% пациентов с СРК отказываются от психотерапевтического лечения или прекращают его из-за следующих проблем: неверие в эффективность, долгосрочность (10-18 консультаций), финансы и обязательства на работе, в семье [23; 6; 42]. Для решения этой проблемы в зарубежной психиатрии и психотерапии достигнут существенный прогресс в предоставлении психотерапевтического лечения с помощью телемедицины, т.е. с использованием телекоммуникационных и информационных технологий. Это направление получило название телепсихиатрия (telepsychiatry) [19]. В рамках телепсихиатрии «золотым стандартом» психотерапевтического лечения является дистанционная (онлайн, цифровая) специалист-управляемая (telephone/skype delivered CBT web-CBT) или полностью автоматизированная (internet-delivered cognitive behavior therapy, at-home cognitive therapy) когнитивно-поведенческая психотерапия (d/eCBT-I, Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy) [7; 26; 13; 8; 44; 39; 42].

Дистанционная КПП обладает следующими преимуществами [26; 13; 8; 44; 29; 39]:

- Географическая независимость;
- Персонализация лечения. Быстрая интеграция в клиническую практику. Осуществляется в удобное время и в темпе, который соответствует потребностям и возможностям пациента;

- Наличие постоянной поддержки пациента и его семьи;

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

- Большой охват пациентов и клиническая эффективность лечения. Специалист может эффективно планировать и отслеживать эффективность лечения пациента. Сопровождать больше пациентов за счет автоматизированности протоколов лечения;

- Экономическая эффективность. Средний курс очной КПП СРК состоит из 16—20 сессий, в отличие от дистанционной полной — 8—10 сессий и краткосрочные формы — 4 сессии.

Согласно рекомендациям Британского Национального института качества медицинской помощи (NICE) дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия является частью поэтапного подхода лечения депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, панического расстройства, а также проблем, связанных с физическим здоровьем [31]. В связи с этим, целью данной статьи является ознакомление врачей-гастроэнтерологов и специалистов в области психического здоровья с современными немедикаментозными подходами, применяемыми при комплексном лечении СРК. Описание специфики и эффективности применения протоколов дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии СРК.

### Терапевтический маршрут сопровождения пациента с СРК

На основе анализа зарубежных клинических рекомендаций по лечению СРК [4; 18; 35; 32; 31; 30; 41; 14] нами на рис. 4 представлен терапевтический маршрут сопровождения пациента.

Из рис. 4 видно, что тактика обследования пациента строится путем сопоставления жалоб пациента с результатами соматического и психического обследования.

Лечение СРК начинается с оптимизации терапевтического альянса врач-пациент через просвещение об СРК.

При общении с пациентом применяется принцип FIFE, который делает акцент на: F- функциональное состояние пациента; I- специфика идей и убеждений; F- страхи, тревога о здоровье; E — ожидания, прогноз пациента [20; 32; 41]. В зависимости от доминирующей симптоматики врачом-гастроэнтерологом подбирается медикаментозная терапия [1; 30; 14].

Показано, что часто фармакотерапия и диета (FOODMAP) оказывают неудовлетворительное воздействие на симптомы СРК [30].

Немедикаментозные подходы при лечении СРК (рис. 4) в большинстве случаев представлены персонализированными рекомендациями по питанию, гигиенной сна, усилением физической активности, различ-

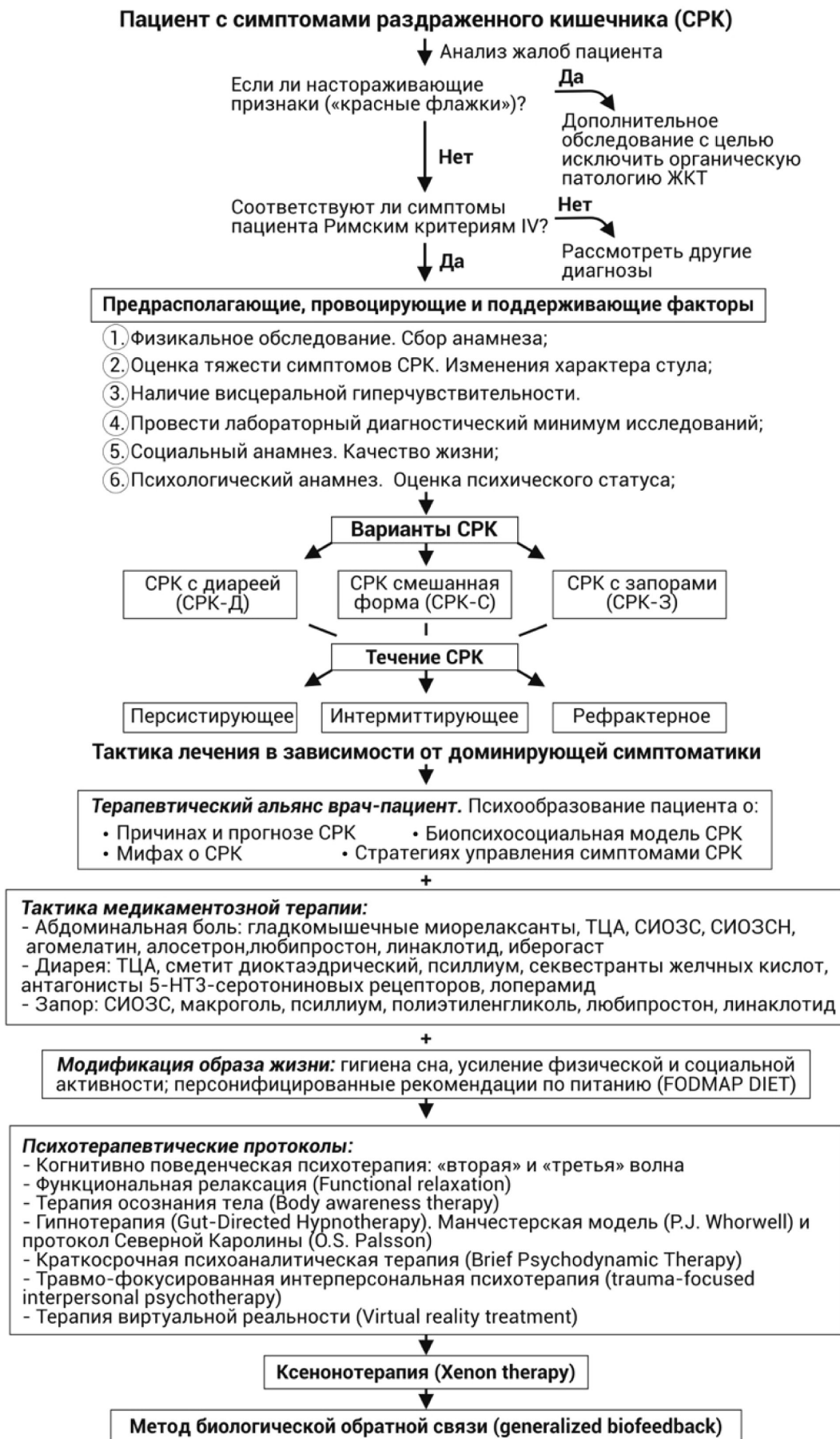


Рис. 4. Терапевтический маршрут сопровождения пациентов с СРК

ными психотерапевтическими протоколами и биологической обратной связью [18]. Согласно уровням доказательности эти подходы относят к уровню «В», т.е. мероприятиям с избирательной эффективностью [14].

Однако результаты ряда мета-анализов [26; 15; 45; 15; 18; 42] показали, что психотерапия сопоставима с использованием антидепрессантов при лечении абдоминальной боли в клинической картине СРК.

На рис. 4 нами суммированы протоколы психотерапии, применяемые для управления симптомами СРК и повышения психологической устойчивости у пациента.

Показано, что пациенты с СРК в анамнезе которых наблюдалась психологическая травма, дают положительную динамику в краткосрочной психоаналитической и травмо-фокусированной интерперсональной психотерапии [45; 39]. При рефрактерном течении СРК с наличием абдоминальных болей, эффективными формами управления симптомов являются гипнотерапия, функциональная релаксация и терапия осознанности тела [18; 42].

Однако, когнитивно-поведенческая психотерапия является наиболее широко исследуемой и эффективной формой психотерапии, применяющейся при комплексном лечении СРК [9; 33; 25; 44; 6; 41]. Это связано с тем, что бремя симптомов СРК у пациента связано со следующими факторами [7; 15; 46; 17; 41; 10; 42]:

- Наличием отрицательных когнитивных схем мышления о себе и других людях, которые являются ядром поддержания и обострения состояния;
- Сниженной толерантностью к стрессу. Ригидными навыками преодоления жизненных трудностей;
- СРК специфическими формами избегающего поведения;

Показана эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии и спазмолитической терапии (mebeverine, methylcellulose) при управлении симптомами СРК [35]. КПП эквивалентна терапии антидепрессантами группы СИОЗС (paroxetine) и ТЦА (amitriptyline, desipramine) [45].

Имеются также некоторые предварительные данные, свидетельствующие о том, что КПП при лечении СРК положительно влияет на состояние лимбической системы [33]. Наличие длительной положительной ремиссии (3—9 лет) от КПП при лечении СРК было отмечено в ряде исследований [5; 9; 8; 25; 44; 6; 28; 29; 34; 40].

### Мишени когнитивно-поведенческой психотерапии СРК

Психотерапевтическая тактика лечения выстраивается с учетом психиатрического коморбидного статуса пациента, варианта течения СРК, наличия или отсутствия *болевого синдрома*, динамики (этапа) психических изменений у пациентов с СРК [3; 18; 6; 28; 41; 43; 42].

1. **Тревожный вариант (1 этап).** Симптом-специфическая, соматогенная, желудочно-кишечная

тревога является ядром данного варианта. У пациента присутствует вера в то, что у него наблюдаются «не нормальные ощущения», которые обязательно приведут к отрицательным соматическим (канцерофобические переживания) и социальным последствиям.

• **Когнитивный аспект. Наличие когнитивной ригидности:**

— *Катастрофизация* (catastrophic cognitions) — это двойной когнитивный процесс, который, с одной стороны, приводит к преувеличению серьезности симптомов и последствий СРК, с другой — усиливает восприятие себя беспомощным. Пациенты максимизируют ужас или потенциальную ужасность ситуации, одновременно сводя к минимуму свою способность справиться с ней [33]. Наличие катастрофизации приводит к появлению условной реакции гастро-дистресса.

— *Наклеивание ярлыков.* Самостигматизация. Оценка людей, событий, состояния здоровья производится с помощью «штампа», а не в пользу объективного описания.

— *Стремление прогнозировать.* Вероятность переоценки (probability overestimation), тенденция переоценивать вероятность возникновения негативного события, рассматривая его как вероятное, независимо от актуальных фактов.

— *Чувство избыточной ответственности* (sense of over responsibility). Пациенты испытывают стресс, когда сталкиваются с неопределенностью, непредсказуемостью и неконтролируемостью характера симптомов СРК.

— *Перфекционизм.* Наличие у пациента жесткого внутреннего стандарта, который приводит к отчуждению от соблюдения рекомендаций и ограничивает способность принимать характер СРК. Склонность обвинять себя и других в развитии симптомов. Боязнь провала не проконтролировать работу кишечника.

• **Эмоциональный аспект:**

— *Алекситимия и тенденция перетерпеть.* Неумение вербализовать свои проблемы. Жизнь с утилитарным мышлением, стремление постоянно избегать конфликтов. Ограничение вербализации эмоций;

— *Управление злостью и раздражительностью.*

• **Поведенческий аспект:**

— Дисфункциональные поведенческие реакции. Симптомы поведения булимического типа. Импульсы избегания. Например: неоднократные визиты в туалет, отвлекаться от дискомфорта, прием определенной пищи, прием непрописанных лекарств;

— Пассивно-оборонительный стиль поведения с интрапунитивным реагированием. Самонаказание. Враждебность, направленная на себя.

2. **Депрессивно-ипохондрический вариант (2 этап).**

• *Тревога о болезни* (illness anxiety) является ядром данного варианта СРК. Выраженная тенденция пациента беспокоиться об актуальных и будущих телесных симптомах. Чрезмерный фокус внимания «что не так в теле». Затруднения в том, чтобы смягчить мнительность. Утрирование или гиперболизированное отношение к

болезни с искажением назначений врача, активным и постоянным поиском новых лекарственных средств.

- *Гиперактивация* (hypervigilance). *Сдвиг в фокусе внимания* (attentional bias). Изменения внимания к симптомам и напоминание себе об их возможном появлении. Чрезмерная бдительность к ощущениям со стороны ЖКТ. Симптомы становятся как бы своеобразным мерилом отношения к жизни.

- *Потребность в одобрении и разубеждении* (need for approval). Пациент испытывает и усиливает стресс из-за симптомов СРК убеждением, что другим будет неудобно от его поведения. Он ориентирован на то, чтобы другие люди разубедили его в этом неверном убеждении.

3. **Депрессивно-фобический вариант (3 этап).** Канцерофобические и танатофобические переживания. Агорафобия.

4. **Шизоморфный вариант (4 этап).** Расширенные канцерофобические переживания, затрагивающие не только желудочно-кишечный тракт, но и другие системы органов. Например, сердечно-сосудистую систему.

### Структура дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии СРК

Психотерапевтическое лечение в среднем занимает 10 недель, длительность консультаций 1—1,5 часа 1 раз в неделю с помощью скайп видео-связи.

На первом этапе проводится *телемедицинский скрининг* состояния здоровья пациента [4; 8; 35; 44; 41; 42] (табл. 1).

Скрининг проводится в конце, середине и через 2—3 месяца после курса психотерапии [8]. После прохождения обследования для пациента формируется

Таблица 1

Телемедицинский клинико-психологический скрининг здоровья пациента с СРК

Компоненты	Диагностические шкалы (по выбору)
<b>Клиническая картина течения СРК</b>	
Частота симптомов СРК	Дневник симптомов СРК (Daily Gastrointestinal Symptom Diary, IBS Daily Diary); Римский опросник СРК (Rome III/IV Questionnaire for IBS)
Степень выраженности симптомов СРК	Шкала выраженности симптомов СРК (Irritable Bowel Symptom Severity Scale); Гастроинтестинальная шкала оценки симптомов СРК (GSRS-IBS); Best questionnaire
Абдоминальная боль. Желудочно-кишечная специфическая тревога. Висцеральная тревога.	Шкала катастрофизации боли (Pain Catastrophizing Scale); Мак-Гилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire); Индекс висцеральной чувствительности (Visceral Sensitivity Index);
<b>Психологическое обследование</b>	
Удовлетворенность качеством жизни. Диарейная и ипохондрическая тревога (при запорах).	Шкала оценки качества жизни пациентов с СРК (IBS-QOL)
Симптомы депрессии. Наличие реактивной (невротической), алгической, тимической, матовой депрессии. Гипотимия.	Шкала оценки здоровья (PHQ-15); Шкала оценки депрессии Монгмери – Асберга (MADRS-S); Шкала оценки депрессии А. Бека (BDI)
Симптомы тревожного спектра расстройств: генерализованная тревога; тревожно – фобический синдром; панические атаки.	Шкала оценки генерализованного тревожного расстройства (GAD-7); Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS); Шкала тревоги Спилбергера (STAI)
Личностная и социальная тревожность. Склонность к соматизации аффекта.	Опросник больницы Миддлсекса (MHQ) Шкала тревожности Тейлора (MAS)
Враждебность. Интрапунитивность/экстрапунитивность	Личностный опросник враждебности и направленности враждебности (HDHQ)
Психологический дистресс. Наличие конфликтной ситуации в той или иной жизненной сфере.	Шкала психологического дистресса (Kessler Psychological Distress Scale); Методика «незаконченные предложения адаптированная для пациентов с СРК» (В.В. Марилев)
Преморбидные личностные особенности пациента. <i>Профиль СРК пациента:</i> • По ММРІ: (1Нs) ипохондрия, (2D) депрессия, (3Нu) истерия, (7Pt) психастения; • По Леонгарду-Шмишеку: эмотивные, циклоидные, демонстративные и ригидные черты • По МРІ: Нейротизм. Интроверсия.	Опросник МРІ;  Опросник выявления акцентуации характера Леонгарда-Шмишека;  Личностный опросник ММРІ
Специфика избегающих форм поведения. Копинг-поведение.	Опросник СРК поведенческих реакций (IBS-Behavioral Responses Questionnaire); Опросник копинг-стратегий (CSQ);
Список отрицательных предшествующих событий	Шкала стрессогенности жизненных событий Т. Холмса и Р. Райха; Опросник семейных жизненных событий (FILE)

протокол психотерапии на основе варианта, течения СРК и коморбидного психического статуса. Протокол КПП СРК состоит из стандартизированных, персонализированных модулей (от 4 до 9) [12; 26; 8; 23; 44; 6; 28]. Дополнительно составляются модули поддержки родственников пациентов с СРК [26; 43].

На протяжении всего курса психотерапии пациент ведет электронную форму адаптированного нами днев-

ника симптомов СРК (рис. 5), позволяющего отслеживать динамику его состояния [4].

В табл. 2 на основе зарубежных исследований [8; 23; 22; 44; 25; 6; 27; 29; 6; 43] мы представили обобщенную структуру модулей полной дистанционной формы КПП синдрома раздраженного кишечника.

В последнее время появляются экспресс-дистанционные протоколы когнитивно-поведенческой психо-



## Дневник симптомов при синдроме раздраженного кишечника (СРК)

Дата:	Утро	День	Вечер	Ночь
30.07.2018				
<b>Диета</b> 	Яйцо всмятку, творог со сметаной и медом, бутерброд с маслом и сыром, напиток с цикорием.	11.00: перекус (печенье яблоко-1 шт., миндальные орехи, какао). 13.30: обед (тушеная индейка с отварной цветной капустой, травяной чай с мятой)	Ужин: овощной салат (огурцы, помидоры, лук, зелень, оливковое масло), тушеная индейка с рисовой лапшой, красное сухое вино (1 бокал)	
<b>Стул</b> 	10.30: коричневый, плотный.			
<b>Боли</b> 	После сна тянущая боль в левом боку, внизу. После стула боль усилилась, перешла на весь низ живота.	Ноющая внизу живота (чувство напряжения)		
<b>Лекарства</b> 	6.00: тироксин-200 мкг, цинк-12.5 мкг За завтраком (8.00): хофитол, витамины Д, К2, С. После еды комплекс пробиотиков Dr. Mercola. 10.30: супренин - 2 табл.	12.00: супренин - 2 табл. во время обеда: комплекс ферментов, DIM, хофитол, экстракт зеленого чая, селен, вит. А, готу кола.	Во время ужина: цинк, хофитол, комплекс ферментов. Перед сном: магний, L-триптофан, успокоит. сбор.	
<b>Упражнения</b> 		12.30-13.00: прогулка быстрым шагом в парке		
<b>Эмоциональное состояние</b> 	Сонная. Думаю о том, что вчера не было нормального стула.	Несмотря на загруженность по работе, постоянно сконцентрирована на ощущениях в животе		Заснула быстро, частые просыпания, поход в туалет

Рис. 5. Пример заполнения дневника симптомов СРК пациентки 38 лет, с рефрактерным течением СРК смешанного типа

Таблица 2

### Модули дистанционной формы КПП при лечении синдрома раздраженного кишечника

№	Название модуля	Описание навыков
1	<b>Просвещение пациента об СРК</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Информация об СРК, клинические особенности, эпидемиология, диагностические критерии.</li> <li>Биопсихосоциальная модель СРК: предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы</li> <li>Варианты лечения. Комплексный подход к лечению СРК. Распространенные мифы о лечении.</li> </ul>
2	<b>Индивидуальная биопсихосоциальная модель СРК Мониторинг симптомов.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Роль стресса в течении СРК. Модель А-В-С гастро-дистресса;</li> <li>Формирование персонифицированной биопсихосоциальной модели СРК пациента;</li> <li><i>Домашнее задание:</i> постановка цели/ценности для управления симптомами СРК заполнение электронного дневника симптомов СРК с акцентом на уровень стресса, прием пищи, физической активности и поведенческие особенности.</li> </ul>
3	<b>Поведенческое управление дискомфортными симптомами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обзор дневника СРК;</li> <li>«Первичное» и «вторичное» страдание. Принцип принятия и ответственности за симптомы;</li> </ul>



№	Название модуля	Описание навыков
	• Пищевое, избегающее поведение	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обзор поведенческих методов управления симптомами диареи и абдоминальной боли. Градиент interoцептивной экспозиции;</li> <li>Персонализированные рекомендации по диете и пищевому поведению. Здоровое, «осознанное», регулярное питание, без чрезмерного контроля, избегания;</li> <li><i>Домашнее задание:</i> усиления регулярного, здорового питания; мониторинг состояния; interoцептивная экспозиция.</li> </ul>
	Поведенческое управление гипервозбуждением (висцеральной гиперчувствительностью), желудочно-кишечной специфической тревогой	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поведенческая минимизация туалетного поведения и других форм избегающего поведения (глотание, плевок, контроль тошноты, прием воды, препаратов);</li> <li>Обучение поведенческим техникам управления гипервозбуждением (диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, расслабление через образы, техники осознанности);</li> <li>Обучение когнитивной технике SOBER, SOL для минимизации желудочно-кишечной специфической тревоги;</li> <li>Выявление общих положительных и отрицательных эмоций. Усиление положительных, минимизация отрицательных, сложных эмоций. Новые стратегии выражения эмоций;</li> <li><i>Домашнее задание:</i> усиление ценности для управления гипервозбуждением; гибкая реакция на желудочно-кишечную специфическую тревогу</li> </ul>
4	Физическая и социальная активность	<ul style="list-style-type: none"> <li>Акцент на важности физической активности в управлении симптомами при СРК;</li> <li>Систематическая экспозиция. Планирование методом градиента физической и социальной активности. Сокращение избегающих форм поведения;</li> <li><i>Домашнее задание:</i> усиление ценности регулярной физической и социальной активности. Управление бесполезными шаблонами активности.</li> </ul>
5	Когнитивный стиль мышления (cognitive affective processes) человека с СРК	<ul style="list-style-type: none"> <li>Катастрофизация, потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать;</li> <li>Идентификация мыслей по отношению к высоким личным ожиданиям и симптомам СРК;</li> <li>Индивидуальная модель желудочно-кишечной специфической тревоги пациента;</li> <li>Техника контраргументов; проверка мыслей реальностью и действительностью («Доказательства за и против этой мысли?», «Есть ли альтернативный способ думать в этой ситуации?»);</li> <li>Протокол «Поймать, проверить, изменить мысль» (catch, check, change).</li> <li><i>Домашнее задание:</i> усиление ценности выявлять эти негативные мысли, влияющие на симптомы СРК и чрезмерную бесполезную активность.</li> </ul>
6	• Формирование нового когнитивного стиля — Когнитивная гибкость — Декатастрофизация — Гибкий фильтр внимания к симптомам	<ul style="list-style-type: none"> <li>Когнитивная реструктуризация. Обучение оспариванию негативных мыслей;</li> <li>Формированию альтернативных мыслей и рационального поведенческого ответа;</li> <li>Поведенческое управление чрезмерным вниманием к телу и ожиданиями;</li> <li><i>Домашнее задание:</i> ежедневный мониторинг негативных мыслей и их замена на гибкие, альтернативные мысли, поведение.</li> </ul>
8	Навыки эффективного решения проблем	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проблемно-ориентированное и эмоционально-ориентированное поведение;</li> <li>Техника эмоционально осознанного фокусирования и принцип глаза новичка;</li> <li>Шаги по гибкой реакции на непредсказуемые стрессоры.</li> </ul>
9	Минимизация вспышек рецидива. Профилактика рецидивов. Повторный скрининг состояния СКР и психического состояния пациента	<ul style="list-style-type: none"> <li>Знакомство с моделью рецидивов. Обсуждение вероятности вспышки рецидива;</li> <li>Против рецидивный план;</li> <li>Разработка достижимых, долгосрочных целей; Усиление ценности использовать когнитивно-поведенческие навыки, чтобы управлять симптомами СРК</li> </ul>
<b>Модули обучения родственников управлять состоянием пациента с СРК</b>		
1	Психообразование об СРК. Персонализированная модель СРК пациента. Тактика лечения. Поведенческие рекомендации по снижению внимания к болезни пациента	
2	Формирования у родственников угадывающего ответа на желудочно-кишечную специфическую тревогу у пациента. Техника «Золотой момент» (golden moments)	
3	Помощь пациенту в поведенческом управлении симптомами СРК. Поддержка пациента во время выполнения interoцептивной экспозиции	
4	Составление плана предотвращения рецидивов возникновения СРК у пациента	

терапии *минимального контакта* (minimal contact СВТ), которые охватывают тот же диапазон процедур, что и стандартные протоколы, но в значительной степени опираются на материалы для самостоятельного изучения [23; 22; 44].

Эти протоколы позволяют пациентам управлять и бросать вызов их дискомфортным ощущениям, находясь в знакомой им обстановке, что помогает пациентам полагаться на развитие собственных навыков, а не только на специалистов и фармакотерапию.

Проводится 4 скайп-консультации по 60 минут [44]. На первой сессии проводится психообразование об СРК, ознакомление с самообучающим материалом. Вторая сессия — когнитивные методы снижения напряжения. Третья сессия — навыки решения проблем; когнитивные навыки совладения со стрессом. Четвертая сессия — профилактика рецидивов. Большая часть того, что изучается, осваивается пациентом самостоятельно с помощью специально подготовленных материалов. Планируется 15—20-минутные скайп-консультации на 3-ей и 7-ой неделях лечения для устранения проблем и разъяснения трудностей [44].

К экспресс формам КПП относится *протокол экспозиционной терапии* (internet-delivered exposure-based treatment), который включает: упражнения по усилению осознанности, направленные на непосредственное понимание симптомов, мыслей, чувств и поведенческих импульсов в отношении СРК; экспозиция в форме участия в мероприятиях, которые провоцируют симптомы; сокращение и устранение избегающего поведения; усиление социальной активности. Длительность 10 недель, 1 раз в неделю. Осуществляется в формате скайп-консультаций [21; 6; 27; 29; 34; 40].

С опорой на когнитивно-поведенческий подход также была разработана *онлайн рабочая тетрадь для управления симптомами СРК* (CBT IBS-specific workbook delivered online), которая состояла из 9 глав, разбитых на 6 модулей. 1—3 глава — Психообразование. Релаксационные упражнения. 4 глава — Катастрофическое познание. Общая когнитивная реструктуризация. 5 глава — Фокусированная когнитивная реструктуризация на симптомах СРК. 6 глава — Поведенческие эксперименты: планирование, проведение, описание, оценка. 7-8 глава — Минимизация избегающего поведения. 9 глава — Профилактика рецидивов [23].

### Эффективность дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии СРК

Проведенный анализ зарубежных исследований (с 2008 по 2018 гг.) с использованием международных баз PubMed, PsycARTICLES-APA, Science Direct, Springer, PsychINFO, позволил выявить эффективность протоколов дистанционной-когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении синдрома раздраженного кишечника (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что дистанционные протоколы КПП снижают у пациентов с СРК желудочно-кишечную специфичную тревогу и избегающее поведение. Улучшают следующие показатели качества жизни: дисфорию, активность, образ тела, тревогу о здоровье, ограничения в еде, социальную и сексуальную активность. Более половины пациентов выполняют все модули лечения. Ремиссия 9—12 месяцев.

К *недостаткам* имеющихся исследований следует отнести: отсутствие анализа эффективности психотера-

пии в рамках моно — и комплексной терапии СРК; применение критерия 50% снижения симптомов СРК как ответа на психотерапию следует считать неуместным; редкое применение самоотчетов о состоянии пациента в процессе и психотерапевтического лечения; не во всех исследованиях есть медицинское подтверждение диагноза СРК согласно римским критериям IV; не всегда учитывается динамика изменений в ходе терапии висцеральной гиперчувствительности и катастрофизации; однородный демографический профиль респондентов (женщины, с высшим образованием).

### Выводы

- Этиология и патофизиология СРК по сей день до конца неизвестны. Из-за влияния многочисленных генетических, гормональных, инфекционных, иммунологических и психосоциальных факторов СРК является гетерогенным расстройством. При этом следует учитывать, что у большинства пациентов с СРК наблюдается висцеральная гиперчувствительность, которая сопровождается желудочно-кишечной специфической или висцеральной тревогой. Эта тревога повышает уязвимость к развитию у пациентов фибромиалгии, синдрома хронической тазовой боли, хронической усталости, расстройства настроения и тревожного спектра расстройств.

- Тактика лечения СРК основывается на выявлении предрасполагающих, провоцирующих, поддерживающих факторов и разрыве индивидуального биопсихосоциального порочного круга. Этот круг включает в себя степень выраженности и длительность симптомов СРК; выраженность фокуса внимания на ощущениях в теле и желудочно-кишечной специфической тревоги.

- По сей день в основе ведения пациентов с СРК отдается большее предпочтение фармакотерапии и регуляции питания. При этом вероятность купирования симптомов составляет 38%, и ремиссия составляет лишь 1—6 месяцев. Согласно отечественным и зарубежным клиническим рекомендациям по лечению СРК только на протяжении 9—24 месяцев при неэффективности медикаментозного лечения рекомендуется определение целесообразности психотерапевтических методов лечения.

- Наличие этой низкой вероятности и короткой ремиссии создало острую необходимость в разработке и применении более симптоматически специфических протоколов лечения СРК, которые могут применяться одновременно с фармакотерапией. Например, когнитивно-поведенческая психотерапия, функциональная релаксация, терапия осознания тела, гипнотерапия, краткосрочная психоаналитическая терапия, травмофокусированная интерперсональная психотерапия и метод биологической обратной связи.

- Согласно зарубежным рекомендациям по лечению СРК, «золотым стандартом» для лечения пациентов с рефрактерным течением СРК, является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП).

Обзор зарубежных исследований по эффективности дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии «второй» и «третьей» волны при лечении СРК

Автор, год	Дизайн	Участники	Протокол психотерапии, кол-во сессий	Оценка эффективности	Результаты и ремиссия
J.M. Laskner, J. Jassard, S.S. Krasner, 2008 [44]	РКИ	Ж=74%, от 18 до 70 лет	Три группы респондентов, получающих следующее лечение: 1. Полный дистанционный протокол КПП «вторая волна» (standard CBT, S-CBT). 6 модулей с домашними заданиями. 10 недель лечения. 2. Протокол КПП минимального контакта (MC-CBT), 4 сессии с акцентом на материалы для самообучения. Две 10 минутных телефонных сессий на 3 и 7 неделе терапии. 10 недель. 3. Самоконтроль симптомов (WLC)	IBS SSS; IBS-QOL	Протокол КПП минимального контакта показал такую же клиническую эффективность, как и полный протокол при уменьшении основных симптомов СРК (IBS SSS), улучшении качества жизни (IBS-QOL). Улучшение симптомов СРК наблюдалось при MC-CBT у 72%, S-CBT у 60,9%, WLC у 7,4% респондентов. Ремиссия: 12 месяцев
M.G. Hunt, S. Moshier, M. Milonova, 2009 [23]	РКИ	М=10; Ж=44 с 19 до 59 лет	Основная группа: 5 онлайн модулей КПП с компонентами психообразования и поведенческими экспериментами. 5 недель терапии Контрольная группа: групповое обсуждение симптомов; монотерапия фармакотерапией; самоконтроль симптомов (Wait List Control, WLC)	GSRs-IBS; ASI; IBS-QOL; CPSQ; VSA	По сравнению с контрольной, в основной группе наблюдалось улучшение симптомов ЖКТ (GSRs-IBS, $p < 0,01$ ); качества жизни с СРК (IBS-QOL, $p < 0,05$ ). Снизилась чувствительность к тревоге (ASI, $p < 0,01$ ); фиксация на ощущениях (CPSQ, $p < 0,01$ ); висцеральная чувствительность (VAS, $p < 0,05$ ) и катастрофизация ( $p < .05$ ) Ремиссия: 12 месяцев
V. Ljotsson, et al., 2010 [27]	РКИ	Ж=79%, М <sup>возраст</sup> = 34,6 лет	Основная группа: дистанционная форма КПП с 5 этапами лечения, включающая техники усиления осознанности (web-based mindfulness), экспозиции (exposure) и онлайн-дискуссионным форумом. 10 недель терапии Контрольная группа: самоконтроль симптомов (WLC)	GI Symptom Diary; GSRs- IBS; IBS-QOL; VSI; MADRS-S	Большинство респондентов (69%) в основной группе выполнили все модули. Снизилась симптомы вздутия и абдоминальной боли (GI Symptom Diary, $p < 0,001$ ). Улучшилось качество жизни (IBS-QOL ( $p < 0,04$ )). Минимизировались симптомы СРК (GSRs- IBS, $d = 1,19$ ) и их тяжесть ( $d = 1,21$ ) по сравнению с контрольной группой. Снизилась симптомы депрессии (MADRS-S, $d = 0,43$ ). Ремиссия: 15—18 месяцев.
E.Andersson, V. Ljotsson, 2011 [6]	РКИ	Ж=73%, от 21 до 61 лет М <sup>возраст</sup> = 36,4 лет	Основная группа: дистанционная форма КПП, включающая техники усиления осознанности (web-based mindfulness), экспозиции (exposure) с поддержкой пациента по электронной почте. 10 недель. Контрольная группа: дискуссионный форум, поддержка терапевтом	GSRs-IBS MADRS-S	В основной группе благоприятный ответ на лечение. Снижение симптомов СРК (GSRs-IBS) и депрессии (MADRS-S) составил 0,36 в отличие от контрольной группы 0,02. Ремиссия: 12 месяцев
V. Ljotsson, et al., 2011 [6]	РКИ	Ж=77%, М <sup>возраст</sup> = 38,9 лет	Основная группа: дистанционная КПП с акцентом на экспозицию (internet-delivered exposure-based CBT). 10 недель лечения Контрольная группа: терапия управления стрессом (web-based stress management program)	GSRs-IBS; VSI; HADS;	У 56—75% респондентов проходивших КПП и 34-54% проходивших терапию управления стрессом, испытывали облегчение от боли и/или дискомфорта, связанного с СРК. Снизилась воспринимаемый стресс, симптомы депрессии; желудочно-кишечная специфическая тревога. Ремиссия: 6 месяцев

Автор, год	Дизайн	Участники	Протокол психотерапии, кол-во сессий	Оценка эффективности	Результаты и ремиссия
В. Ljöjsson, 2011 [34]	рки	Ж=74%, М <sub>возраст</sub> = 34,2 лет	Основная группа: дистанционная КПП с акцентом на экспозицию и усиление осознанности. 5 модулей. 10 недель лечения Контрольная группа: онлайн дискуссионный форум	GI Symptom Diary; GSRs- IBS; IBS-QOL; VSI; MADRS-S	В основной группе наблюдалось большее снижение выраженности симптомов СРК по сравнению с группой контроля (GSRs- IBS, $d=0,77$ ), также улучшение качества жизни (IBS-QOL, $d=0,79$ ) и снижение висцеральной чувствительности (VAS, $d=0,63$ ) Ремиссия: 12 месяцев
Н. Everitt et al., 2013 [35]	РКИ	Ж=105; М=30; от 16 до 16 лет	Основная группа: веб-программа управления стрессом (web-based CBT self-management programme, Regu8) с наличием полной поддержки (телефонная сессия, электронная почта). 8 сессий с интерактивными компонентами (подсказки, напоминания), а также составления персональной модели СРК 6 недель лечения Контрольная группа: веб-программа управления стрессом с минимальной поддержкой.	IBS-SSS; IBS-QOL; HADS;	При терапии с полной поддержкой наблюдалось улучшение качества жизни (IBS-QOL, $p < 0,000$ ), снижение выраженности симптомов СРК (IBS-SSS, $p = < 0,000$ ) и депрессии (HADS, $p = < 0,001$ ). Ремиссия: 12 месяцев
В. Ljöjsson, 2014 [29]	рки	Ж=80%, М <sub>возраст</sub> = 35,6 лет	Основная группа: дистанционная КПП с акцентом на экспозицию и усиление осознанности. 5 модулей. 10 недель лечения Контрольная группа: онлайн дискуссионный форум	GI Symptom Diary; GSRs- IBS; IBS-QOL; VSI; MADRS-S	Дистанционная КПП повлияла на улучшение удовлетворенности качеством жизни (IBS-QOL, $d=0,41$ ), степень выраженности симптомов СРК (GSRs- IBS, $d=0,47$ ) в отличие от контрольной группы. Наблюдалось снижение желудочно-кишечной специфической тревоги (VSI, $d=0,36$ ) и симптомов депрессии (MADRS-S, $d=0,41$ ) Ремиссия: 6 месяцев
S.D. Dom et al., 2015 [13]	пи	Ж=35; М=5; от 18 до 80	Веб-программа поведенческого управления симптомами СРК (web-based intervention focused on IBS-related). Включала блоки: психообразования; навыки управления, и планирования, и коммуникативную поддержку. Терапия 12 недель.	IBS-SSS; IBS-QOL;	У респондентов улучшилось понимание и поведенческое управление симптомами СРК (IBS-SSS, $p < 0,0001$ ). Повысилась удовлетворенность качеством жизни (IBS-QOL, $p < 0,02$ ) Ремиссия: 12 месяцев
Andersen, M. Liltvedt 2017 [7]	рки	Ж=73% от 20 до 56	Основная группа: онлайн-программа самопомощи (eHealth program) состояла из оценки состояния и 5 модулей, представленных гастроэнтерологом, физиотерапевтом, диетологом и психиатром. 6—8 недель терапии Контрольная группа: Самоконтроль симптомов в рамках интернет школы (IBS-school)	IBS-QOL; IBS-SSS; HADS	Из 52 пациентов 40 завершили полностью терапию. Наблюдалось большее улучшение удовлетворенности качеством жизни (IBS-QOL, $p = 0,00003$ ), снижение симптомов СРК (IBS-SSS, $p = 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Ремиссия: 12 месяцев

Автор, год	Дизайн	Участники	Протокол психотерапии, кол-во сессий	Оценка эффективности	Результаты и ремиссия
M.G. Hunt, L. Rodriguez, E. Marcelle, 2017 [21]	РКИ	Ж=47; M=13; от 19 до 59 лет	Основная группа: онлайн когнитивно-поведенческое руководство по управлению симптомами СРК (CBT IBS-specific Workbook Delivered Online) состоящее из 9 разделов с 6 модулями. Терапия 6 недель. Контрольная группа: самоконтроль симптомов (WLC)	HBI; GSRs- IBS; VSI; GI-COG; BDI; STAI	По сравнению с контрольной в основной группе наблюдались улучшения в социальной активности (HBI, $p = .001$ ), тяжести симптомов СРК (GSRs- IBS, $p < .001$ ), висцеральной чувствительности (VSI, $p < .001$ ). Снизились катастрофизация, беспокойство за симптомы (GI-COG, $p < .001$ ), симптомы депрессии (BDI, $p < .001$ ) и тревоги (STAI, $p < .001$ ). <b>Ремиссия 6 месяцев.</b>
M. Vonnet, O. Olén, M. Labouni, 2017 [26]	РКИ	Подростки с 13 до 17 лет	Основная группа: протокол экспозиционной терапии (Exposure-based Internet-CBT) 10 модулей для подростков и 5 модулей для родителей. Модули состояли из коротких текстов, примеров, видеороликов. Сопровождались домашними упражнениями. 10 недель Контрольная группа: самоконтроль симптомов (WLC)	GSRs- IBS PedsQL VSI IBS-BRQ	По сравнению с контрольной в основной группе наблюдалось улучшение симптомов СРК (GSRs- IBS), избегающего поведения (IBS-BRQ), качества жизни (PedsQL), висцеральной чувствительности (VSI) и тревожности (SCAS-C) 83 % подростков удовлетворены результатом дистанционного форма КПП Ремиссия 6 месяцев.

*Примечание.* РКИ — рандомизированное клиническое исследование; ПИ — пилотное исследование; IBS-QOL — оценка качества жизни пациента с СРК; IBS-SSS — шкала тяжести симптомов СРК; HADS — Госпитальная шкала тревоги и депрессии; HBI — индекс Харви-Брэдшоу; PedsQL — Педиатрическая оценка качества жизни; GI-COG — опросник специфички мышления при СРК; BDI — шкала депрессии А. Бека; STAI — шкала оценки симптомов тревоги С. Спилберга; GSRs-IBS — шкала оценки желудочно-кишечных симптомов; ASI — индекс чувствительности к тревоге; VSI — индекс висцеральной чувствительности; MADRS-S — Шкала Монтгомери — Асберга для оценки депрессии; GI Symptom Diary — дневник желудочно-кишечных симптомов

• Однако, очные, стандартные протоколы КПП в настоящее время обычно не предлагаются пациентам из-за различных барьеров. В качестве альтернативы, в связи с широким развитием *телемедицины*, начинают внедряться специалист-управляемые и полностью автоматизированные формы дистанционной КПП СРК.

• Дистанционная КПП обладает следующими *преимуществами*: географическая независимость, персонализация лечения, наличие постоянной поддержки пациента, снижение физических и психосоциальных барьеров, большой охват пациентов, клиническая эффективность лечения, и экономическая эффективность.

• Выделяют первую, вторую и третью волны развития протоколов КПП при лечении СРК. Показана эквивалентность эффективности данных протоколов психотерапии наряду с спазмолитической и антидепрессантной терапией при управлении симптомами раздраженного кишечника.

• Мишени КПП выстраиваются с учетом психиатрического, коморбидного статуса пациента, варианта течения СРК. При тревожном варианте акцент делается на желудочно-кишечной специфической тревоге. При

депрессивно-ипохондрическом варианте — тревоге о болезни, гиперактивации, снижении потребности в одобрении и разубеждении. При депрессивно-фобическом и шизоморфном вариантах — снижении канцерофобических и танатофобических переживаний.

• Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия включает в себя: телемедицинский скрининг состояния здоровья пациента и персонализированные модули (4-9), направленные на просвещение пациента об СРК и формирование навыков управления симптомами СРК, усиление психологической устойчивости.

• Обзор зарубежных исследований с 2008 по 2018 год показал, что дистанционные протоколы КПП снижают у пациентов с СРК желудочно-кишечную специфическую тревогу, избегающее поведение, улучшают качество жизни. Более половины пациентов выполняют все модули лечения. Ремиссия сохраняется на протяжении 9—12 месяцев. К ключевому недостатку имеющихся исследований следует отнести вопрос эффективности КПП в рамках моно — и комплексной терапии СРК.

#### Благодарность

Авторы выражают благодарность за помощь в написании данной статьи главному гастроэнтерологу Центральной дирекции здравоохранения — филиала ОАО «РЖД», врачу-гастроэнтерологу высшей категории, кандидату медицинских наук — Ю.А. Кучерявому.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм ведения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV [Электронный ресурс] / И.В. Маев [и др.] // Русский медицинский журнал. 2017. № 10. С. 718—722. URL: [https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Algoritm\\_vedeniya\\_pacientov\\_s\\_sindromom\\_razdraghennogo\\_kishechnika\\_Rimskie\\_kriterii\\_IV/#ixzz5Mm5ryFYy](https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Algoritm_vedeniya_pacientov_s_sindromom_razdraghennogo_kishechnika_Rimskie_kriterii_IV/#ixzz5Mm5ryFYy) (дата обращения: 10.12.2018).
2. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника [Электронный ресурс] / В.Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014. № 2. С. 92—101. URL: [http://www.gastro.ru/userfiles/Recom\\_SRK.pdf](http://www.gastro.ru/userfiles/Recom_SRK.pdf) (дата обращения: 10.12.2018).
3. *Марилев В.В.* Психосоматозы. Психические заболевания желудочно-кишечного тракта. М.: Миклош, 2007. 152 с.
4. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта. Практический подход на основе клинического опыта / Под ред. Брайана Е. Лейси, Майкла. Д. Кроуэла. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2017. 352 с.
5. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome / E.B. Blanchard [et al.] // Behaviour research and therapy. 2007. Vol. 45. № 4. P. 633—648. doi:10.1016/j.brat.2006.07.003
6. Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial / B. Ljótsson [et al.] // BMC Gastroenterol. 2011. Vol. 11. № 110. 13 p. doi:10.1186/1471-230X-11-110
7. *Andersen M.* Evaluation of a guided self-help intervention for irritable bowel syndrome. An interdisciplinary eHealth approach [Электронный ресурс]: Master Thesis in Clinical Nutrition. Bergen: University of Bergen, 2017. 129 p. URL: [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17705/Master-thesis\\_Mari-Liltvedt-Andersen\\_011217.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17705/Master-thesis_Mari-Liltvedt-Andersen_011217.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата обращение: 10.12.2018).
8. Assessing Cognitive behavioural Therapy in Irritable Bowel (ACTIB): protocol for a randomised controlled trial of clinical-effectiveness and cost-effectiveness of therapist delivered cognitive behavioural therapy and web-based self-management in irritable bowel syndrome in adults / H. Everitt [et al.] // BMJ open. 2015. Vol. 5. № 7. P. 1—15. doi:10.1136/bmjopen-2015-008622
9. Behavioural psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome / R.H. Corney [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. 1991. Vol. 35. № 4—5. № 4. P. 461—469. doi:10.1016/0022-3999(91)90041-L
10. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders / L. Van Oudenhove [et al.] // Gastroenterology. 2016. Vol. 150. № 6. P. 1355—1367. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.027

11. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on state and trait anxiety and the autonomic nervous system during induced rectal distensions — An uncontrolled trial / H. Edebol-Carlman [et al.] // *Scandinavian Journal of Pain*. 2018. Vol. 18. № 1. P. 81—91. doi:10.1515/sjpain-2017-0153
12. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial / E. Andersson [et al.] // *BMC Public Health*. 2011. Vol. 11. P. 1-7. doi:10.1186/1471-2458-11-215
13. Development and pilot testing of an integrated, web-based self-management program for irritable bowel syndrome (IBS) / S.D. Dorn [et al.] // *Neurogastroenterology & Motility*. 2015. Vol. 27. № 1. P. 128—134. doi:10.1111/nmo.12487
14. Diagnosis and Management of IBS in Adults / T. Wilkins [et al.] // *Am Fam Physician*. 2012. Vol. 86. № 5. P. 419—426.
15. Effects of Self-Management Interventions in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review / X. Cong [et al.] // *Western Journal of Nursing Research*. 2018. Vol. 40. № 11. doi:10.1177/0193945917727705
16. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis / A.C. Ford [et al.] // *Gut*. 2009. Vol. 58. № 3. P. 367—378. doi:10.1136/gut.2008.163162
17. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Stress, Resilience and Coping Strategies in Irritable Bowel Syndrome Patients / S.A. Haghayegh [et al.] // *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2017. Vol. 19. № 1. P. 1—7. doi:10.17795/zjrms-5809
18. Eriksson E.M., Andrén K.I., Eriksson H.T. Non-Pharmacological Approach to Irritable Bowel Syndrome [Электронный ресурс] // *INTECH*. 2017. P. 65—85. URL: <https://cdn.intechopen.com/pdfs/53108.pdf> (дата обращения: 10.12.2018).
19. Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry / Eds. Nils Lindefors, Gerhard Andersson. Cham: Springer, 2016. 235 p.
20. Halpert A. Irritable Bowel Syndrome: Patient-Provider Interaction and Patient Education // *Journal of Clinical Medicine*. 2018. Vol. 7. № 1. P. 1-10. doi:10.3390/jcm7010003
21. How does exposure therapy work? A comparison between generic and gastrointestinal anxiety-specific mediators in a dismantling study of exposure therapy for irritable bowel syndrome / H. Hesser [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2018. Vol. 86. № 3. P. 254—267. doi:10.1037/ccp0000273
22. Hunt M.G., Moshier S., Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome // *Behaviour Research and Therapy*. 2009. Vol. 47. P. 797—802. doi:10.1016/j.brat.2009.05.002
23. Hunt M.G., Rodriguez L., Marcelle E. A Cognitive Behavioral Therapy Workbook Delivered Online with Minimal Therapist Feedback Improves Quality of Life for Inflammatory Bowel Disease Patients // *Internal Medicine Review*. 2017. Vol. 3. № 10. P. 1—16.
24. IBS global impact report 2018 : Uncovering the true burden of irritable bowel syndrome (IBS) on people's lives [Электронный ресурс]. 2018. 47 p. URL: <https://badgut-5q10xayth7t3zjokbv.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/IBS-Global-Impact-Report.pdf> (дата обращения: 10.12.2018).
25. Improvement in Gastrointestinal Symptoms After Cognitive Behavior Therapy for Refractory Irritable Bowel Syndrome / J.M. Lackner [et al.] // *Gastroenterology*. 2018. Vol. 155. № 1. P. 47—57. doi:10.1053/j.gastro.2018.03.063
26. Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with functional gastrointestinal disorders — An open trial / M. Bonnert [et al.] // *Internet Interventions*. 2014. Vol. 1. № 3. P. 141—148. doi:10.1016/j.invent.2014.07.002
27. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—a randomized controlled trial / B. Ljótsson [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. Vol. 48. № 6. P. 531—539. doi:10.1016/j.brat.2010.03.003
28. Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial / B. Ljótsson [et al.] // *The American Journal of Gastroenterology*. 2011. Vol. 106. № 8. P. 1481—1491. doi:10.1038/ajg.2011.139
29. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial / J. Bergström, G. Andersson, B. Ljótsson [et al.] // *BMC psychiatry*. 2010. Vol. 10. ID article 54. doi:10.1186/1471-244X-10-54
30. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice / P. Moayyedi [et al.] // *United European Gastroenterol Journal*. 2017. Vol. 5. № 6. P. 773—788. doi:10.1177/2050640617731968
31. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management / The National Institute for Health and Care Excellence. London; Manchester, UK: NICE, 2008. 22 p. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61/resources/irritable-bowel-syndrome-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-975562917829> (дата обращения: 10.12.2018).
32. Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Clinical Management / Eds. Anton Emmanuel, Eamonn M.M. Quigley. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2013. 335 p.
33. Lackner J.M. No brain, no gain: The role of cognitive processes in irritable bowel syndrome // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005. Vol. 19. № 2. P. 125—36. doi:10.1891/jcop.19.2.125.66788
34. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome / B. Ljótsson [et al.] // *Behaviour Research and Therapy*. 2011. Vol. 49. № 1. P. 58—61. doi:10.1016/j.brat.2010.10.006
35. Management of irritable bowel syndrome in primary care: the results of an exploratory randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a self-management website / H. Everitt [et al.] // *BMC Gastroenterol*. 2013. Vol. 13. № 1. P. 1—13. doi:10.1186/1471-230X-13-68

36. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome / M. Simren [et al.] // *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017. Vol. 2. № 2. P. 112—122. doi:10.1016/S2468-1253(16)30116-9
37. *Monsour M.J.* Virtual Reality as a Treatment for Irritable Bowel Syndrome [Электронный ресурс] // *The New School Psychology Bulletin*. 2011. Vol. 8. № 2. P. 34—45. URL: <http://nspb.net/index.php/nspb/article/view/161/90> (дата обращения: 14.12.2018).
38. Patients perspectives on GP interactions after cognitive behavioural therapy for refractory IBS: a qualitative study in UK primary and secondary care / A. Sibelli [et al.] // *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2019. Vol. 68. № 674. P. 654—662. doi:10.3399/bjgp18X698321
39. *Pedersen N.* EHealth: Self-management in inflammatory bowel disease and in irritable bowel syndrome using novel constant-care web applications: EHealth by constant-care in IBD and IBS [Электронный ресурс] // *Danish Medical Journal*. 2015. Vol. 62. № 12. P. 51—68. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/320b/74ff0dcdd85432feeedc2fcdacbc0b2d23e2.pdf> (дата обращения: 14.12.2018).
40. Provoking symptoms to relieve symptoms: a randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome / B. Ljótsson [et al.] // *Behaviour research and therapy*. 2014. Vol. 55. P. 27—39. doi:10.1016/j.brat.2014.01.007
41. *Psychological Co-morbidities of Physical Illness A Behavioral Medicine Perspective* / Ed. Sherry Pagoto. New York: Springer, 2011. 466 p. doi:10.1007/978-1-4419-0029-6
42. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome / I.L. Zijdenbos [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009. Vol. 21. № 1. doi:10.1002/14651858.CD006442.pub2
43. *Radziwon C.D., Lackner J. M.* Cognitive Behavioral Therapy for IBS: How Useful, How Often, and How Does It Work? // *Current gastroenterology reports*. 2017. Vol. 19. № 10. P. 49—67. doi:10.1007/s11894-017-0590-9
44. Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: clinical efficacy, tolerability, feasibility / J.M. Lackner [et al.] // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2008. Vol. 6. № 8. P. 899—906. doi:10.1016/j.cgh.2008.03.004
45. The cost-effectiveness of psychotherapy and Paroxetine for severe irritable bowel syndrome / F. Creed [et al.] // *Gastroenterology*. 2003. Vol. 124. P. 303—317. doi:10.1053/gast.2003.50055
46. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design / A. Erfan [et al.] // *Advanced biomedical research*. 2018. Vol. 72. № 7. doi:10.4103/abr.abr\_113\_16



## Home-based cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: the specifics and effectiveness

**Melehin A.I.,**

*head of the psychological service of clinical hospital № 2 MEDCI, clinical psychologist of the highest category, psychotherapist, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru*

**Ignatenko Yu.S.,**

*student of the Medical faculty of the first MGMU I.M. Sechenov Ministry of health of Russia (Sechenov University), Moscow, Russia, hvala\_korolevna@rambler.ru*

The irritable bowel syndrome (IBS) is a common debilitating functional disorder of the gastrointestinal tract. In the article are described, for the first time, the biopsychosocial model and the vicious circle of IBS development. Therapeutic route of maintenance IBS patients that includes pharmacological and non-pharmacological approaches is presented. Based on the analysis of foreign recommendations for the treatment of IBS, it is shown that the “gold standard” of non-drug treatment is full-time and remote cognitive behavioral psychotherapy (CBT). The advantages of the remote form of cognitive-behavioral psychotherapy of IBS are presented, psychotherapeutic targets are systematized, and the structure is described in detail. A protocol for monitoring symptoms of irritable bowel is presented. Based on the analysis of foreign studies, in the article are presented the effectiveness and limitations of remote-control protocols in the treatment of IBS.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, cognitive behavioral psychotherapy, psychotherapy, biopsychosocial approach.

### Acknowledgement

The authors express their gratitude for the help in writing this article to the chief gastroenterologist of the Central Directorate of health, the branch of the Russian Railways, the doctor-gastroenterologist of the highest category, PhD, Yu.A. Kucheryavy`j.

### REFERENCES

1. Maev I.V. et al. Algoritm vedeniya patsientov s sindromom razdrzhennogo kishechnika. Rimskie kriterii IV [Elektronnyi resurs] [The algorithm of management of patients with irritable bowel syndrome. Rome criteria IV]. *Russkii meditsinskii zhurnal [Russian Medical Journal]*, 2017, no. 10, pp. 718—722. Available at: [https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Algoritm\\_vedeniya\\_pacientov\\_s\\_sindromom\\_razdrzhennogo\\_kishechnika\\_Rimskie\\_kriterii\\_IV/#ixzz5Mm5ryFYy](https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Algoritm_vedeniya_pacientov_s_sindromom_razdrzhennogo_kishechnika_Rimskie_kriterii_IV/#ixzz5Mm5ryFYy) (Accessed 10.12.2018). (In Russ.; Abstr in Engl.).
2. Ivashkin V.T. et al. Klinicheskie rekomendatsii Rossiiskoi gastroenterologicheskoi assotsiatsii, Assotsiatsii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu bol'nykh s sindromom razdrzhennogo kishechnika [Elektronnyi resurs] [Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association, the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome]. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]*, 2014, no. 2, pp. 92—101. Available at: [http://www.gastro.ru/userfiles/Recom\\_SRK.pdf](http://www.gastro.ru/userfiles/Recom_SRK.pdf) (Accessed 10.12.2018). (In Russ.).
3. Marilov V.V. Psikhosomatozozy [Psychosomatosis]. *Psikhicheskie zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta [Mental diseases of the gastrointestinal tract]*. M.: Miklosh, 2007. 152 p. (In Russ.).
4. Funktsional'nye rasstroistva zheludochno-kishechnogo trakta. Prakticheskii podkhod na osnove klinicheskogo opyta [Functional disorders of the gastrointestinal tract. A practical approach based on clinical experience]. In E. Braiana, Maikla Leisi, D. Krouela (eds.). M.: GEOTAR-Media, 2017. 352 p. (In Russ.).
5. Blanchard E.B. et al. A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 2007, vol. 45, no. 4, pp. 633—648. doi:10.1016/j.brat.2006.07.003
6. Ljótsson B. et al. Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial. *BMC Gastroenterol*, 2011, vol. 11, no. 110, 13 p. doi:10.1186/1471-230X-11-110
7. Andersen M. Evaluation of a guided self-help intervention for irritable bowel syndrome. An interdisciplinary eHealth approach [Elektronnyi resurs] : Master Thesis in Clinical Nutrition. *University of Bergen*, 2017. 129 p. Available at: [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17705/Master-thesis\\_Mari-Liltvedt-Andersen\\_011217.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/17705/Master-thesis_Mari-Liltvedt-Andersen_011217.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (Accessed 10.12.2018).
8. Everitt H. et al. Assessing Cognitive behavioural Therapy in Irritable Bowel (ACTIB): protocol for a randomised controlled trial of clinical-effectiveness and cost-effectiveness of therapist delivered cognitive behavioural therapy and web-

- based self-management in irritable bowel syndrome in adults. *BMJ*, 2015, vol. 5, no. 7, pp. 1—15. doi:10.1136/bmjopen-2015-008622
9. Corney R.H. et al. Behavioural psychotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991, vol. 35, no. 4—5, no. 4, pp. 461—469. doi:10.1016/0022-3999(91)90041-L
  10. Oudenhove L. Van et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 2016, vol. 150, no. 6, pp. 1355—1367. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.027
  11. Edebol-Carlman H. et al. Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on state and trait anxiety and the autonomic nervous system during induced rectal distensions — An uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 2018, vol. 18, no. 1, pp. 81—91. doi:10.1515/sjpain-2017-0153
  12. Andersson E. et al. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 2011, vol. 11, pp. 1—7. doi:10.1186/1471-2458-11-215
  13. Dorn S.D. et al. Development and pilot testing of an integrated, web-based self-management program for irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterology & Motility*, 2015, vol. 27, no. 1, pp. 128—134. doi:10.1111/nmo.12487
  14. Wilkins T. et al. Diagnosis and Management of IBS in Adults. *Am Fam Physician*, 2012, vol. 86, no. 5, pp. 419—426.
  15. Cong X. et al. Effects of Self-Management Interventions in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 2018, vol. 40, no. 11. doi:10.1177/0193945917727705
  16. Ford A.C. et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut*, 2009, vol. 58, no. 3, pp. 367—378. doi:10.1136/gut.2008.163162
  17. Haghayegh S.A. et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Stress, Resilience and Coping Strategies in Irritable Bowel Syndrome Patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 2017, vol. 19, no. 1, pp. 1—7. doi:10.17795/zjrms-5809
  18. Eriksson E.M., Andr n K.I., Eriksson H.T. Non-Pharmacological Approach to Irritable Bowel Syndrome [Elektronnyi resurs]. INTECH, 2017, pp. 65—85. Available at: <https://cdn.intechopen.com/pdfs/53108.pdf> (Accessed 10.12.2018).
  19. Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry. In Nils Lindfors, Gerhard Andersson (eds.). Cham: Springer, 2016. 235 p.
  20. Halpert A. Irritable Bowel Syndrome: Patient-Provider Interaction and Patient Education. *Journal of Clinical Medicine*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 1—10. doi:10.3390/jcm7010003
  21. Hesser H. et al. How does exposure therapy work? A comparison between generic and gastrointestinal anxiety-specific mediators in a dismantling study of exposure therapy for irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol*, 2018, vol. 86, no. 3, pp. 254—267. doi:10.1037/ccp0000273
  22. Hunt M.G., Moshier S., Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 2009, vol. 47, pp. 797—802. doi:10.1016/j.brat.2009.05.002
  23. Hunt M.G., Rodriguez L., Marcelle E. A Cognitive Behavioral Therapy Workbook Delivered Online with Minimal Therapist Feedback Improves Quality of Life for Inflammatory Bowel Disease Patients. *Internal Medicine Review*, 2017, vol. 3, no. 10, pp. 1—16.
  24. IBS global impact report 2018 [Elektronnyi resurs] : Uncovering the true burden of irritable bowel syndrome (IBS) on people's lives, 2018. 47 p. Available at: <https://badgut-5q10xayth7t3zjokbv.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/IBS-Global-Impact-Report.pdf> (Accessed 10.12.2018).
  25. Lackner J.M. et al. Improvement in Gastrointestinal Symptoms After Cognitive Behavior Therapy for Refractory Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 2018, vol. 155, no. 1, pp. 47—57. doi:10.1053/j.gastro.2018.03.063
  26. Bonnert M. et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with functional gastrointestinal disorders — An open trial. *Internet Interventions*, 2014, vol. 1, no. 3, pp. 141—148. doi:10.1016/j.invent.2014.07.002
  27. Ljótsson B. et al. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. 48, no. 6, pp. 531—539. doi:10.1016/j.brat.2010.03.003
  28. Ljótsson B. et al. Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *The American Journal of Gastroenterology*, 2011, vol. 106, no. 8, pp. 1481—1491. doi:10.1038/ajg.2011.139
  29. Bergström J., Andersson G., Ljótsson B. et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC psychiatry*, 2010, vol. 10, ID article 54. doi:10.1186/1471-244X-10-54
  30. Moayyedi P. et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol Journal*, 2017, vol. 5, no. 6, pp. 773—788. doi:10.1177/2050640617731968
  31. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. The National Institute for Health and Care Excellence. London; Manchester, UK: NICE, 2008. 22 p. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61/resources/irritable-bowel-syndrome-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-975562917829> (Accessed 10.12.2018).
  32. Emmanuel A., Quigley E.M.M. (eds.) Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and Clinical Management. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2013. 335 p.
  33. Lackner J.M. No brain, no gain: The role of cognitive processes in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2005, vol. 19, no. 2, pp. 125—36. doi:10.1891/jcop.19.2.125.66788

34. Ljótsson B. et al. Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 2011, vol. 49, no. 1, pp. 58—61. doi:10.1016/j.brat.2010.10.006
35. Everitt H. et al. Management of irritable bowel syndrome in primary care: the results of an exploratory randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a self-management website. *BMC Gastroenterol*, 2013, vol. 13, no. 1, pp. 1—13. doi:10.1186/1471-230X-13-68
36. Simren M. et al. Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2017, vol. 2, no. 2, pp. 112—122. doi:10.1016/S2468-1253(16)30116-9
37. Monsour M.J. Virtual Reality as a Treatment for Irritable Bowel Syndrome [Elektronnyi resurs]. *The New School Psychology Bulletin*, 2011, vol. 8, no. 2, pp. 34—45. Available at: <http://nspb.net/index.php/nspb/article/view/161/90> (Accessed 14.12.2018).
38. Sibelli A. et al. Patients perspectives on GP interactions after cognitive behavioural therapy for refractory IBS: a qualitative study in UK primary and secondary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 2019, vol. 68, no. 674, pp. 654—662. doi:10.3399/bjgp18X698321
39. Pedersen N. EHealth: Self-management in inflammatory bowel disease and in irritable bowel syndrome using novel constant-care web applications [Elektronnyi resurs]: EHealth by constant-care in IBD and IBS. *Danish Medical Journal*, 2015, vol. 62, no. 12, pp. 51—68. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/320b/74ff0dcdd85432feeedc2fcdacbc0b2d23e2.pdf> (Accessed 14.12.2018).
40. Ljótsson B. et al. Provoking symptoms to relieve symptoms: a randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther*, 2014, vol. 55, pp. 27—39. doi:10.1016/j.brat.2014.01.007
41. Pagoto Sh. (ed.) Psychological Co-morbidities of Physical Illness A Behavioral Medicine Perspective. New York: Springer, 2011. 466 p. doi:10.1007/978-1-4419-0029-6
42. Zijdenbos I.L. et al. Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, vol. 21, no. 1. doi:10.1002/14651858.CD006442.pub2
43. Radziwon C.D., Lackner J. M. Cognitive Behavioral Therapy for IBS: How Useful, How Often, and How Does It Work? *Curr Gastroenterol Rep*, 2017, vol. 19, no. 10, pp. 49—67. doi:10.1007/s11894-017-0590-9
44. Lackner J.M. et al. Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: clinical efficacy, tolerability, feasibility. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008, vol. 6, no. 8, pp. 899—906. doi:10.1016/j.cgh.2008.03.004
45. Creed F. et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and Paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2003, vol. 124, pp. 303—317. doi:10.1053/gast.2003.50055
46. Erfan A. et al. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced biomedical research*, 2018, vol. 72, no. 7. doi:10.4103/abr.abr\_113\_16