

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	7
КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДАННОЙ РАБОЧЕЙ ТЕТРАДЬЮ?.....	10
1. ЧТО ТАКОЕ И ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА?.....	12
2. СИМПТОМЫ, МЫСЛИ, ПОВЕДЕНИЕ И ЭМОЦИИ.....	45
3. ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ СИМПТОМАМИ.....	64
4. ФИЗИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ.....	93
5. НАРУШЕННЫЙ СОН, УСТАЛОСТЬ И СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	108
6. ВЫЯВЛЕНИЕ ТИПОВ АВТОМАТИЧЕСКИХ НЕГАТИВНЫХ МЫСЛЕЙ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМА.....	116
7. ДЕ-КАТАСТРОФИЗАЦИЯ И ГИБКОЕ ОТНОШЕНИЕ К ТЕЛЕСНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ.....	130
8. АССЕРТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ НЕГАТИВНЫМИ ЭМОЦИЯМИ.....	138
9. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ НАРЦИССИЗМ И СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	163
10. СЕПАРАЦИОННАЯ ТРЕВОГА И СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	179
11. АЛЕКСИТИМИЯ И СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	197
12. ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЙ ПЛАН ИЛИ МИНИМИЗАЦИЯ СТРАХА, ЧТО ВСЕ ВЕРНЕТСЯ.....	211
13. ВАША КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АПТЕЧКА САМОПОМОЩИ ПРИ СРК.....	218
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	220

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Про синдром раздраженного кишечника (СРК) писать тяжело... Сложная нозология, главной характеристикой которой сегодня является колоссальный массив постоянно обновляемых научных данных. Еще сложнее работать с пациентом, страдающим от хронических персистирующих симптомов абдоминальной боли и нарушенной кишечной функции, пациентом с тревогой или депрессией, множеством внекишечных и перекрестных проявлений, глубоко погруженным в свою болезнь, часто находящемся в затыжном и бесплодном поиске ответа на вопросы: «Почему это происходит именно со мной?», «Какова причина моей болезни?», «Где найти спасительное средство?». Вопросы, на которые сложно получить хоть какой-то внятный ответ от большинства врачей, не погруженных в эту проблему. Именно мы, врачи, к глубокому моему сожалению, усиливаем эти страхи и индуцируем рождение идеи о необходимости поиска причины. Такой пациент вызывает трудности коммуникации с врачом, зачастую отталкивает от себя специалиста множеством вопросов и ассоциированным с болезнью специфическим психотипом. Такой пациент, порой, больше информирован о своей болезни из профессиональных медицинских источников, чем консультирующий его врач.

Вот только отсутствие медицинского образования у пациента с СРК через призму собственной гиперзаинтересованности в решении проблемы очень часто рождает им самим аномальные идеи, которые гипертрофируются хронической тревогой, депрессией, диссомнией.

Многие мои коллеги, к моему стеснению, открыто заявляют, что стараются избегать таких пациентов, не могут найти в себе силы им помогать. Прорыв в нейрогастроэнтерологии за последние годы приоткрыл завесу тайны над природой заболевания, показав, что пациенты с СРК по-иному реагируют на изменения гомеостаза и висцеральной чувствительности, существенно иначе, чем это отмечается при других, более тяжелых в прогностическом плане нозологиях: хроническом панкреатите, язвенном колите, болезни Крона и др. Таким образом, понимание врачом природы болезни, чуткое отношение к пациенту, умение слушать и слышать являются залогом продуктивной коммуникации, первым шагом к построению конструктивного диалога врач-пациент. Это же можно расценивать и как первый сеанс психотерапии в кабинете гастроэнтеролога. Именно психологическая поддержка, демонстрация знаний, уверенность врача, структурные рекомендации формируют вотум доверия на приеме у гастроэнтеролога. Но и этого оказывается порой недостаточно, так как рутинно назначаемые спазмолитики, препараты для коррекции кишечной микробиоты не всегда дают убедительный эффект, возникает предмет для обсуждения двойной курации с клиническим пси-

хологом. Не каждый пациент с СРК к этому оказывается готов, и не каждый специалист оказывается способным помочь. Поэтому появление новых медицинских изданий по проблематике СРК, систематизирующих накопленный опыт и научные данные можно только приветствовать...

*То, что вы держите в своих руках, – уникальный шаг в психологической помощи пациентам с СРК*

**Кучерявый Юрий Александрович**

заведующий гастроэнтерологическим отделением Ильинской больницы  
кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней  
и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО «Московский государственный  
медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации;  
научный сотрудник лаборатории функциональных методов  
исследования в гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва.

# ВВЕДЕНИЕ

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

Синдром раздраженного кишечника рассматривается как расстройство нарушения *кишечно-мозгового взаимодействия* или разновидность расстройства *телесного дистресса*, которое характеризуется наличием у пациента рецидивирующих болей в абдоминальной области и/или связанными с ними изменениями в транзите кишечника, а также спектром дополнительных симптомов (усталость, головная боль, болевые синдромы, дисменорея и др.) без наличия структурных изменений в ЖКТ. Из-за этих симптомов пациенты жертвуют социальной активностью, работой, досугом, сексуальными отношениями, прибегают к *перестраховочным и избегающим формам* поведения. СРК часто протекает в структуре фибромиалгии, депрессии и тревожного спектра расстройств.

Физиологических диагностических маркеров СРК не существует, и данное расстройство уже давно признано биопсихосоциальным. Его следует рассматривать как проявление двунаправленной неупорядоченной связи внутри *оси нервная система («мозг»)-кишечник*, которая влияет на моторику желудочно-кишечного тракта, секрецию и висцеральные ощущения.

В рамках этой конструкции ряд элементов, таких как генетические факторы, личностные особенности, изменения в стрессовых физиологических системах (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось), состояние психического здоровья, накопленный и нерешенный стресс, низкопробные желудочно-кишечные воспаления, изменения в микробиоте, последствия кишечной инфекции (постинфекционное течение СРК) рассматриваются как предрасполагающие, поддерживающие, провоцирующие факторы СРК.

Предложенная нами в России модель также описывает *концепцию висцеральной гиперчувствительности*, при которой болевой порог к ректосигмоидному механическому растяжению ниже у пациентов с СРК, чем у здоровых пациентов, что позволяет предположить, что внутренние органы более чувствительны к нормальным изменениям. Повышенная висцеральная гиперчувствительность сопровождается гипервозбудимостью, быстрым формированием фобических ассоциаций.

У пациентов наблюдается гипербдительность к телесным ощущениям с переживанием потери контроля над «работой кишечника», нозофобия, кан-

церофобия, страх приема пищи с расстройствами пищевого поведения или без них. Все это приводит к развитию *желудочно-кишечной специфической тревоги*, которая усиливает абдоминальную боль и изменения в транзите кишечника.

Следует учитывать, что патофизиология СРК до конца не изучена, на данный момент мы имеем ряд гипотетических моделей. Несмотря на имеющиеся модели и алгоритмы, клиническое лечение СРК может быть затруднено из-за игнорирования врачами-гастроэнтерологами нейропсихологических факторов у пациента, а также терапевтических барьеров (избегать помощи, не принимать фармакотерапию, феномен «лечения в аптеке», «доктор шопинга»). Эти факторы определяют повышенную чувствительность пациента к висцеральным ощущениям, склонность к стресс-индуцированной гипералгезии и сниженному ответу на лечение.

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

В зарубежной гастроэнтерологической практике и ряде клинических рекомендаций, если у пациента в течении 9–12 месяцев при назначении фармако-, самото- и/или психотропной терапии, смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений, *рекомендуется провести психологическое обследование и подобрать, ориентируясь на избегающее и перестраховочное поведение и бесполезные убеждения, протокол когнитивно-поведенческой психотерапии*, которая поможет снизить количество симптомов и улучшить качество жизни. Данная психотерапия показывает эффективность при лечении СРК как в очном, так и в дистанционном формате, а так же в формате самопомощи.

Некоторые клинические рекомендации рассматривают психологическую помощь как:

- *«Третью» линию лечения*, когда наблюдается рефрактерность к «первой» (объемообразующие агенты, нейротропные М-холинолитики, пробиотики и др.) и «второй» (психофармакотерапия, СИОЗС/СИОЗСН, ТЦА) линиям (Japanese Society of Gastroenterology, Canadian Digestive Health Foundation, American College of Gastroenterology и др.).
- *«Первую» и «вторую» линию* наряду с медикаментозным лечением (BSQ, Canadian Association of Gastroenterology, NICE, Cochrane и др.).

Данную форму психотерапии рекомендуют применять при «умеренной» и «тяжелой» степенях выраженности СРК с сопутствующими психологическими проблемами, а также во время беременности и лактации.

Однако, возникает проблема доступности квалифицированной психологической помощи пациентам с СРК, оптимального способа доставки и приверженности психотерапии, а также поддержания долгосрочных положительных результатов.

По сей день в России существует ограниченный доступ для пациентов с СРК к когнитивно-поведенческой терапии из-за *отсутствия обученных специалистов*.

Говоря не только про российскую практику, в среднем **40–50 %** пациентов с рефрактерным течением СРК отказываются от психологической помощи из-за:

- 1) неверия в эффективность;
- 2) долгосрочности терапии (от 10 до 18 консультаций);
- 3) финансовых барьеров;
- 4) временных и территориальных обязательств на работе, в семье;
- 5) когортных, культурных установок о психическом здоровье.

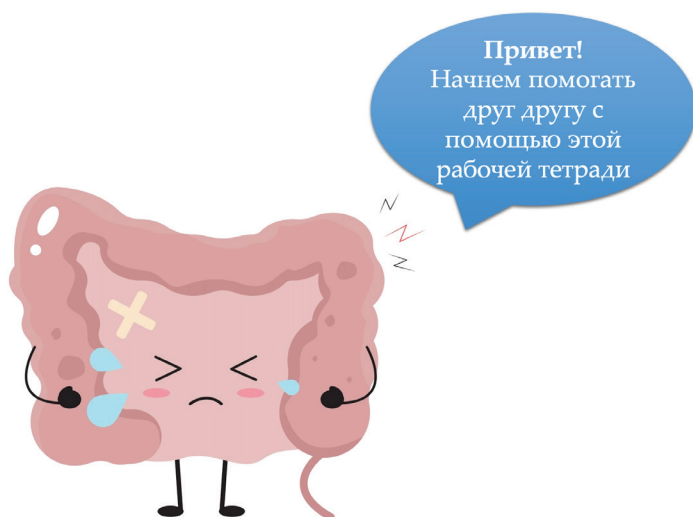
Для минимизации этих барьеров в зарубежной клинической психологии и психотерапии достигнут существенный прогресс в предоставлении психологической помощи квалифицированными специалистами в той или иной области с помощью руководств самопомощи, *телемедицины*, т.е. с использованием информационных технологий (skype, zoom и др). Это направление получило целое название *телепсихотерапия и терапия первичной психологической помощи*.

В рамках имеющихся ограниченных ресурсов формат рабочей тетради психологической самопомощи позволит улучшить доступ пациентам к эффективному лечению с рядом преимуществ: удобное время, место и темп лечения, что соответствует индивидуальным потребностям и ожиданиям пациента. В связи с этим для меня **главной целью** было предоставить пациентам с СРК *аптечку первой психологической помощи*.

**Мелёхин Алексей Игоревич**

Кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог  
высшей квалификационной категории, психоаналитик,  
сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт

# КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДАННОЙ РАБОЧЕЙ ТЕТРАДЬЮ?



Данное руководство содержит ряд глав. Чтение каждой из глав должно занять около 45 минут, и от вас потребуется выполнять определенные упражнения, делать записи, наблюдать за собой по мере их прочтения. Рекомендуется использовать данную тетрадь в рамках прохождения вами когнитивно-поведенческой терапии совместно со специалистом. На вашем первом сеансе с вашим специалистом вы вместе решите, на какой главе сосредоточиться, расставите акценты. Также вы можете самостоятельно выбрать, что для вас на данный момент актуально.

Для каждого человека это может быть по-разному, и вы можете обнаружить, что вам не нужно читать все главы. Задания в каждой главе помогут вам сосредоточиться на наиболее важных для вас аспектах.

В первой главе данного руководства содержится краткое изложение информации о СРК. Поскольку может быть трудно запомнить всю информацию, вы можете обнаружить, что по мере прохождения руководства вам нужно вернуться и перечитать эту главу. Каждая глава объединяет конкретную информацию с согласованными задачами, которые могут быть включены в ваш повседневный график. Время, затрачиваемое на выполнение этих ежедневных задач, может варьироваться от человека к человеку, но часто должно занимать *не более 20 минут в день*.

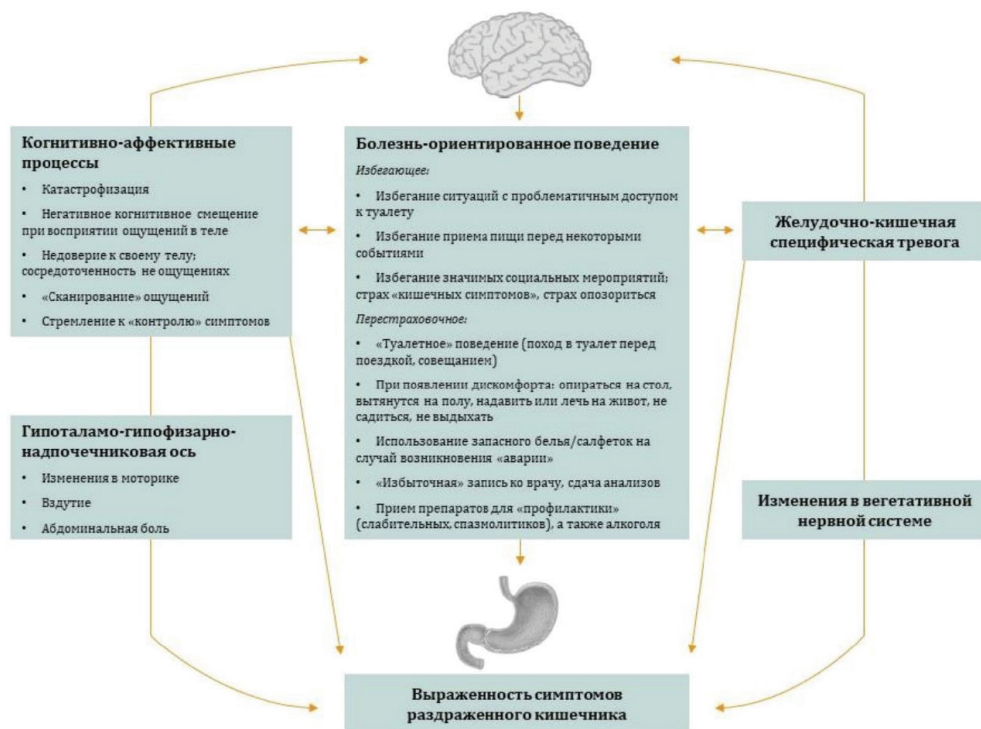
Пожалуйста, постарайтесь вписать это в свою повседневную жизнь. В предыдущих исследованиях было показано, что люди, которые занимаются эти-

ми согласованными задачами, демонстрируют большие улучшения в лечении СРК. Чтобы помочь вам в этом, я предоставил наглядные таблицы задач в каждой главе. Это позволит вам записывать свой прогресс и заполнять личную информацию для вас.

В конце каждой главы есть таблицы целей, которые вы должны заполнить в течение нескольких недель между сессиями.

Таблицы целей предназначены в первую очередь для того, чтобы помочь вам отслеживать свой собственный прогресс на протяжении всей программы.

*Работает ли самоуправление?* Существует ряд клинических исследований, показывающих, что самостоятельные протоколы когнитивно-поведенческой терапии (см. рисунок) помогают людям с СРК лучше управлять своим образом жизни и симптомами, приводят к значительному уменьшению симптомов СРК и их влиянию на жизнь людей.



**НАЧЕМ!**