УДК 616.34-002-053.2-008.6-092+615.851
DOI: 10.56871/UTJ.2025.12.24.016

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИКОМПОНЕНТНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© Сергей Витальевич Иванов[1, 2], Антон Петрович Мироненко[3]

[1] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация
[2] Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2, Российская Федерация
[3] Практикующий психотерапевт

Контактная информация: Антон Петрович Мироненко — практикующий психотерапевт.
E-mail: antmironenko88@gmail.com

Для цитирования: Иванов С.В., Мироненко А.П. Возможности применения мультикомпонентной психотерапии при синдроме раздраженного кишечника: клинический случай. University Therapeutic Journal. 2025;7(2):166–171. DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.12.24.016

Поступила: 07.02.2025 ***Одобрена: 28.03.2025*** ***Принята к печати: 05.05.2025***

РЕЗЮМЕ. Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний и характеризуется выраженным снижением качества жизни пациентов и зачастую недостаточной эффективностью проводимой медикаментозной терапии. Существенное патогенетическое значение неблагоприятного психоэмоционального фона, сопровождающего течение данного заболевания, позволяет рассматривать включение методов психотерапии в лечение СРК как важный аспект лечения в рамках комплексной терапии этой патологии. В статье представлен клинический случай применения мультикомпонентной психотерапии на основе регрессивной гипнотерапии в комплексном ведении пациента с СРК на фоне недостаточной эффективности стандартной лекарственной терапии и выраженного психоэмоционального компонента в восприятии пациентом своего заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром раздраженного кишечника, психотерапия, гипнотерапия, клинический случай

POSSIBILITIES OF MULTICOMPONENT PSYCHOTHERAPY IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME: THE CLINICAL CASE

© Sergei V. Ivanov[1, 2], Anton P. Mironenko[3]

[1] Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation
[2] Almazov National Medical Research Centre. 2 Akkuratov str., Saint Petersburg 197341 Russian Federation
[3] Practicing psychotherapist

Contact information: Anton P. Mironenko — practicing psychotherapist. E-mail: antmironenko88@gmail.com

For citation: Ivanov SV, Mironenko AP. Possibilities of multicomponent psychotherapy in irritable bowel syndrome: the clinical case. University Therapeutic Journal. 2025;7(2):166–171. DOI: https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.12.24.016

Received: 07.02.2025 ***Revised: 28.03.2025*** ***Accepted: 05.05.2025***

ABSTRACT. Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common gastroenterological diseases and is characterized by a pronounced decrease of patients' quality of life and often insufficient effectiveness of drug therapy. The significant pathogenetic role of the unfavorable psycho-emotional background accompanying the course of this disease allows us to consider the

inclusion of psychotherapy methods in the treatment of IBS as an important aspect of treatment within the framework of complex therapy of this pathology. The article presents a clinical case of the multicomponent psychotherapy treatment based on regressive hypnotherapy in the complex management of a patient with the background of insufficient effectiveness of standard drug therapy and a pronounced psycho-emotional component in the patient's perception of his disease.

KEYWORDS: irritable bowel syndrome, psychotherapy, hypnotherapy, clinical case

ВВЕДЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к категории функциональных заболеваний органов пищеварительной системы, встречается не менее чем у 10–13% населения и сопровождается выраженным снижением качества жизни пациентов вследствие регулярно появляющейся симптоматики заболевания, включающей болевой абдоминальный синдром и изменения со стороны характера и частоты стула. Помимо существенного неблагоприятного влияния на качество жизни и социальную активность пациентов, данное заболевание создает существенное экономическое бремя, связанное как с затратами на врачебные консультации, диагностические процедуры и медикаментозную терапию, так и со снижением производительности труда по причине распространенности СРК преимущественно среди пациентов молодого трудоспособного возраста. Патогенез СРК включает изменение микробиоты, нарушение функции слизисто-эпителиального барьера, феномен висцеральной гиперчувствительности и гиперактивацию высших нервных центров, что приводит к усилению эфферентной иннервации кишечника и спазму гладкомышечной мускулатуры кишечника, а также сопутствующие эмоциональные нарушения — тревожность, депрессию и соматизацию. При СРК изменение микробиоты на фоне нарушения функции слизисто-эпителиального барьера кишечника формирует воспалительный процесс в кишечной стенке, что сопровождается развитием феномена висцеральной гиперчувствительности, гиперактивацией ряда высших нервных центров и усилением эфферентной иннервации кишечника, что приводит к спазму гладкой мускулатуры кишечника и возникновению характерной симптоматики заболевания — болевому абдоминальному синдрому в сочетании с изменением частоты и характера стула. В результате в основе клинических проявлений СРК заложен порочный круг, который формируется за счет акцентуации пациента на возникающих дискомфортных ощущениях, вследствие чего они возникают снова и снова, и через ось «кишечник — центральная нервная система» провоцируется дальнейшее нарушение моторики кишечника с закономерным сохранением абдоминального болевого синдрома и расстройств стула [1–4].

Стратегия лечебных мероприятий при СРК включает подбор диеты и режима питания, медикаментозную терапию и психотерапию. Диетотерапия носит индивидуальный и во многом эмпирический характер, предполагает соблюдение режима питания, ведение «пищевого дневника» для исключения провоцирующих симптоматику заболевания продуктов, а в ряде случаев возможно назначение безглютеновой диеты. Медикаментозная терапия проводится дифференцированно в зависимости от клинического варианта СРК (с диареей, с запором, смешанный вариант) и включает широкий спектр лекарственных средств, к числу которых относятся спазмолитические препараты (тримебутин, мебеверин, гиосцинабутилбромид, алверин/симетикон, пинаверия бромид), антидиарейные препараты (смектит диоктаэдрический, рифаксимин, пробиотики, лоперамид), осмотические слабительные средства (макрогол, лактулоза), а также психотропные препараты (антидепрессанты), назначаемые для уменьшения выраженности абдоминального болевого синдрома и коррекции психоэмоциональных нарушений. При этом подбор медикаментозной терапии проводится индивидуально и основан на эффективности препаратов, использованных в предшествующем лечении [1, 2]. При этом патологические изменения центральных механизмов болевой чувствительности и регуляции кишечной моторики, сопутствующие расстройства настроения и поведения, тревожность и соматоформные расстройства, стресс и психотравматические события рассматриваются как значимые факторы

развития СРК, что определяет применение психотерапевтических методик в комплексной терапии данного заболевания. С точки зрения доказательной медицины свою эффективность продемонстрировали гипнотерапия, когнитивная поведенческая терапия и мультикомпонентная психотерапия, которая, во многом помогая решить проблему восприятия пациентом клинической картины заболевания, также позволяет справиться с фоновыми неблагоприятными психосоциальными факторами, существенно влияющими на проявления и тяжесть течения СРК [1, 5–8].

Гипнотерапия является одним из эффективных способов психотерапии у пациентов с СРК, но ввиду необходимости привлечения соответствующих специалистов и связанными с этим организационными трудностями в обычной клинической практике данный вид психотерапии, как правило, проводится при неэффективности стандартного медикаментозного лечения. Относительно оценки эффективности данного метода лечения с позиции доказательной медицины, особо следует отметить результаты контролируемого исследования ISRCTN22888906, проведенного в период 2011–2016 гг. [9]. В данном мультицентровом исследовании сравнивались результаты применения у пациентов с СРК индивидуальной гипнотерапии (142 пациента) и групповой гипнотерапии (146 пациентов), в сравнении с контрольной группой, в которой проводилась только психологическая поддержка пациентов в формате обучения (54 пациента). Конечной изучаемой точкой была существенная редукция симптоматики СРК. В результате исследования установлено, что через 3 месяца от начала психотерапии на фоне индивидуальной гипнотерапии существенная редукция симптоматики отмечена у 49,9% пациентов (95% доверительный интервал (ДИ) 39,2–60,6%), на фоне групповой гипнотерапии — у 42,7% (95% ДИ 32,3–53,8%), в контрольной группе — только у 16,7% (95% ДИ 7,6–32,6%). Через 12 месяцев данные значения составили 55,5% (95% ДИ 43,4–67,1%), 51,7% (95% ДИ 40,2–63,0%) и 22,6% (95% ДИ 11,5–39,5%) соответственно. При этом в группах индивидуальной и групповой гипнотерапии результаты лечения статистически значимо не различались, но статистически значимо превосходили результаты лечения в контрольной группе как через 3 месяца, так и через 12 месяцев (отношение шансов (ОШ) 2,9 (95% ДИ 1,2–7,4), p=0,024, и ОШ 2,8 (95% ДИ 1,2–6,7), p=0,019 соответственно). Таким образом, гипнотерапия может рассматриваться как эффективный способ лечения пациентов с СРК и включаться в алгоритм курации данной категории пациентов наряду с медикаментозной терапией.

В статье представлен клинический случай успешного применения мультикомпонентной психотерапии на основе регрессивной гипнотерапии в комплексном ведении пациента с СРК на фоне недостаточной эффективности стандартной медикаментозной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., мужчина в возрасте 31 года, обратился к психотерапевту 19 апреля 2023 г. с жалобами на сильные продолжительные боли в животе, возникающие после дефекации, ассоциированные с изменениями консистенции стула и усиливающиеся на фоне психоэмоционального напряжения, связанного со стрессовыми ситуациями.

Из анамнеза и представленной медицинской документации известно, что болевой абдоминальный синдром беспокоит с 2016 г., с 2019 г. стал усиливаться, пациент связывал боли в животе с изменением характера стула. С конца 2019 г. по рекомендации гастроэнтеролога начал обследоваться, в ноябре 2019 г. выполнена видеоилеоколоноскопия (без патологии), по данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости клинически значимых изменений печени и желчного пузыря выявлено не было. Принимал колофорт, иберогаст, дицетел, различные пробиотики, без клинического улучшения. С начала декабря 2020 г. появилось чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Периодически выполнял клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, копрограмму — без существенных изменений, которые могли бы указывать на наличие какой-либо органической патологии. В октябре 2021 г. выполнена фиброгастродуоденоскопия — выявлена недостаточность кардии, в остальном — без патологии. Принимал колофорт, иберогаст, дицетел, тримебутин, различные пробиотики, препараты для коррекции стула, без устойчивого клинического улучшения. Боли и нарушения со стороны стула появлялись регулярно, несколько раз в месяц. На основании клинической картины и данных лабораторного и инструментального обследования был установлен диагноз СРК смешанного типа.

В связи с сохранением жалоб обратился к психотерапевту. На момент первой консульта-

ции обратило на себя внимание, что со слов пациента двое из четырех врачей, у которых он наблюдался, отметили, что провокация симптомов заболевания может быть связана с сильными психоэмоциональными переживаниями на фоне стрессовых ситуаций. Пациент отмечал также, что на фоне стрессовых ситуаций медикаментозная терапия не оказывала какого-либо эффекта на его самочувствие. На момент первой консультации пациент оценивал интенсивность абдоминальных болей на 8 из 10 баллов по визуально-аналоговой шкале.

По результатам проведенной первичной психологической диагностики пациента было выяснено, что абдоминальные боли усиливались на фоне ряда определенных стрессовых переживаний: недавней смерти отца, необходимости отправляться в длительные поездки, длительные финансовые проблемы (значительная сумма долга), фактов критики и осуждения со стороны других людей, отказов людям в просьбах, замечаний окружающим людям, если пациенту что-то не нравилось в их поведении и действиях.

Для решения выявленных психологических проблем пациента с целью коррекции его неблагоприятного психоэмоционального статуса как фактора прогрессирования СРК был выбран метод мультикомпонентной гипнотерапии, который включал ряд методик: психологического консультирования, директивного гипноза, возрастной регрессии, эмоционально-образной психотерапии, телесно-ориентированной психотерапии, терапии отправных точек (RPT). Указанная мультикомпонентная психотерапия была выбрана по причине потенциальной возможности быстрого достижения результата и его устойчивости в дальнейшем. Ключевым компонентом назначенной психотерапии в данном случае была регрессивная гипнотерапия, так как данный метод позволяет затронуть и проработать психологическое напряжение по всем элементам психологического невроза — группы нервно-психических расстройств, возникающих по причине острых и хронических психологических травм и характеризующихся отсутствием качественных изменений психической деятельности. Для данного психопатологического состояния характерны негативные рефлекторные реакции, неприятные и остро негативные эмоции, неприятные ощущения в теле, «телесные зажимы», автоматические негативные мысли. Эффективность данного подхода доказана A. Barrios на основании метаанализа существующей на тот момент научной литературы, продемонстрировавшего преимущества гипнотерапии, эффективной в 93% случаев (после шести сеансов) в сравнении с психоанализом и поведенческой терапией (38% после 600 сеансов и 72% после 22 сеансов соответственно) [10].

После первой консультации были проведены пять психологических сеансов длительностью по 3 часа каждый. Перерыв между сеансами составлял от 3 до 8 недель, что было продиктовано необходимостью промежуточных оценок эффективности, чтобы в период между сеансами пациент в своей обычной жизни мог оценить изменения в самочувствии (выраженности клинической картины заболевания) и степени реагирования на обычные стрессовые стимулы на фоне типичных стрессовых ситуаций. На каждом из последовательных сеансов проводился анализ реакций на стрессовые ситуации, которые вызывали симптоматику СРК, поиск психотравмирующих событий из детства и осуществлялась работа с ними по вышеперечисленным элементам невроза. Следует отметить положительную динамику уже после первого сеанса: к моменту второй консультации пациент отметил существенное уменьшение болей в животе. В промежутках между сеансами пациент периодически принимал спазмолитики в режиме «по требованию».

По результатам последнего сеанса психологического консультирования (от 15 января 2024 г.) симптоматика заболевания существенно редуцировалась, болевой абдоминальный синдром снизился до 3 баллов по 10-балльной визуально аналоговой шкале. Контрольный телефонный контакт с пациентом состоялся через 6 месяцев: интенсивность болевого абдоминального синдрома составляла 1 балл по визуально-аналоговой шкале, пациент отметил, что СРК уже не оказывает существенного влияния на его социальную жизнь и работу. Пациент отметил также, что в тех ситуациях, когда он ранее испытывал типичные для себя стрессовые ощущения, боли в животе отсутствовали, и пациенту стало гораздо проще действовать в стрессовых ситуациях, интенсивность негативных переживаний значительно снизилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение пациентов с СРК — сложный и труднопрогнозируемый процесс, при котором требуется учитывать необходимость коррекции пищевых привычек пациента, применять

индивидуальный последовательный подбор медикаментозной терапии и проводить коррекцию психоэмоциональной сферы. Мультикомпонентная психотерапия в данном контексте позволит не только уменьшить дискомфортные ощущения пациента, но и уменьшить триггерное воздействие жизненных стрессовых ситуаций на симптоматику СРК, как было продемонстрировано в данном клиническом наблюдении.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие пациента на публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Синдром раздраженного кишечника. Колопроктология. 2022;21(1):10–25. DOI: 10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А. и др. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(5):74–95. DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95.
3. Ливзан М.А., Гаус О.В. Новые подходы к ведению пациентов с синдромом раздраженного кишечника. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021;5(6):391–397. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-6-391-397.
4. Макарова А.А., Ручкина И.Н., Парфенов А.И. и др. Роль висцеральной гиперчувствительности в патогенезе синдрома раздраженного кишечника. Терапевтический архив. 2021;93(8):969–974. DOI: 10.26442/00403660.2021.08.200916.
5. Fukudo S., Okumura T., Inamori M. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable-bowel syndrome. J Gastroenterol. 2021;56(3):193–217. DOI: 10.1007/s00535-020-01746-z.
6. Laird K.T., Tanner-Smith E.E., Russell A.C. et al. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;51:142–152. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.11.001.
7. Whorwell P.J., Prior A., Faragher E.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. Lancet. 1984;2:1232–1234. DOI: 10.1016/S0140-6736(84)92793-4.
8. Shinozaki M., Kanazawa M., Kano M. et al. Effect of autogenic training on general improvement in patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. Appl Psychol Physiol Biofeedback. 2010;35:189–198. DOI: 10.1007/s10484-009-9125.
9. Flik C., Rood Y., Laan W. et al. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A multicentre randomized controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019;4(1):20–31. DOI: 10.1016/S2468-1253(18)30310-8.
10. Barrios A.A. Hypnotherapy: A reappraisal. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1970;7(1):2–7. DOI: 10.1037/h0086544.

REFERENCES

1. Ivashkin V.T., ShelyginYu.A., Baranskaya E.K. i dr. Irritable bowel syndrome. Coloproctology. 2022;21(1):10–25. (In Russian). DOI: 10.33878/2073-7556-2022-21-1-10-25.
2. Ivashkin V.T., Maev I.V., ShelyginYu.A. i dr. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia. Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2021;31(5):74–95. (In Russian). DOI: 10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95.
3. Livzan M.A., Gaus O.V. New approaches to the management of patients with irritable bowel syndrome. Russian

Medical Journal. Medical review. 2021;5(6):391–397. (In Russian). DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-6-391-397.
4. Makarova A.A., Ruchkina I.N., Parfenov A.I. i dr. The role of visceral hypersensitivity in the pathogenesis of irritable bowel syndrome. Terapevticheskiy arkhiv. 2021;93(8):969–974. (In Russian). DOI: 10.26442/00403660.2021.08.200916.
5. Fukudo S., Okumura T., Inamori M. et al. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable-bowel syndrome. J Gastroenterol. 2021;56(3):193–217. DOI: 10.1007/s00535-020-01746-z.
6. Laird K.T., Tanner-Smith E.E., Russell A.C. et al. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;51:142–152. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.11.001.
7. Whorwell P.J., Prior A., Faragher E.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. Lancet. 1984;2:1232–1234. DOI: 10.1016/S0140-6736(84)92793-4.
8. Shinozaki M., Kanazawa M., Kano M. et al. Effect of autogenic training on general improvement in patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. Appl Psychol Physiol Biofeedback. 2010;35:189–198. DOI: 10.1007/s10484-009-9125.
9. Flik C., Rood Y., Laan W. et al. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome: A multicentre randomized controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019;4(1):20–31. DOI: 10.1016/S2468-1253(18)30310-8.
10. Barrios A.A. Hypnotherapy: A reappraisal. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1970;7(1):2–7. DOI: 10.1037/h0086544.