

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА МЕТОДАМИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Есаулов В.И.^{1,2,3}

¹ГБОУ ВПО Российский научный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва;

²НОУ Институт психотерапии и клинической психологии, Москва;

³Центр современных психотехнологий, Москва, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

Целью работы являлось описание опыта психотерапевтической работы с тревожно-фобическими расстройствами в рамках синдрома раздраженного кишечника (СРК). Для проведения исследования были выбраны 107 пациентов СРК, имеющие тревожно-фобическую симптоматику. Все больные прошли комплексное психологическое тестирование, подтвердившее наличие тревожно-фобических расстройств. Из общей группы пациентов с СРК были выделены две группы. В первую, основную группу вошли 58 пациентов с СРК, с которыми проводились психотерапевтические занятия в сочетании с стандартными гастроэнтерологическими методами терапии. Во вторую группу вошли 49 пациентов, которым в дополнение к стандартной терапии были назначены психотропные препараты (антидепрессанты). На протяжении всего курса лечения (состоящего из 6 недель базового лечения и 6 недель поддерживающей терапии) проводилось динамическое исследование состояния пациентов. На начало терапии все пациенты отмечали у себя сочетание тревоги с фобиями, раздражительностью, неустойчивым настроением, а также абдоминальный дискомфорт, разнообразные боли, нарушения стула, а также проявления вегетативной дисфункции, явления астении). В качестве основных мишеней психотерапии при СРК были выбраны: проблемная самооценка, повышенная истощаемость психических процессов, ригидные социальные установки, коммуникативные проблемы, различные аффективные расстройства, часто испытываемый внутренний дискомфорт и напряжение, внутриличностные конфликты, повышенная фиксация на плохом самочувствии с пессимизмом и потерей веры в выздоровление. С 58 пациентами с тревожно-фобическими расстройствами был использован интегративный подход, включающий применение: «абдоминального варианта» гипноза, аутотренинга, релаксационных техник, НЛП, гештальт-терапии, арт-терапевтических техник, элементов когнитивно-поведенческой терапии. Проведенное исследование показало сопоставимость эффектов воздействия как психотерапевтических техник, так и психофармакотерапии на тревожные проявления у пациентов с СРК. Спустя 3 месяца терапии как в основной, так и в контрольной группе отмечалось снижение показателей тревожности, расширение круга интересов и улучшение качества жизни.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, тревожно-фобические расстройства, интегративная психотерапия, психофармакотерапия, эффективность лечения.

THE TREATMENT OF ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH THE HELP OF METHODS OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

Esaulov V.I.^{1,2,3}

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow;

²Institute of Psychotherapy & Clinical Psychology, Moscow;

³Modern Psychotechnology Center, Moscow, e-mail: v-esaulov@yandex.ru

The aim of the work was the experience of psychotherapeutic work with anxiety- phobic disorders as part of irritable bowel syndrome (IBS). 107 IBS patients with anxiety- phobic symptoms were chosen for the study. According to the comprehensive psychological testing, the presence of anxiety-phobic disorders was diagnosed among all the patients. The patients were divided into two groups. The First group of patients consisted of 58 patients with IBS, which conducted psychotherapy sessions in combination with standard gastroenterological therapy. The second group included 49 patients, who were treated not only by standard therapy but also by psychotropic drugs (antidepressants). Throughout the course of treatment (consisting of 6 weeks of basic treatment, and 6 weeks of maintenance therapy) the dynamic study of patients was held. At the beginning of therapy, all patients admitted that they had a combination with phobias anxiety, irritability, unstable mood, as well as abdominal discomfort, various pains, violations of chairs, as well as the manifestations of autonomic dysfunction, fatigue phenomenon). As the main targets of psychotherapy with IBS the following objects were selected, such as critical self-evaluation, higher mental processes, depletion, rigid social attitudes, communication problems, various affective disorders, often faced internal discomfort and tension, intrapersonal conflicts,

increased fixation on you feel unwell with pessimism and loss of faith in the recovery. The integrative approach was used to treat 58 patients with anxiety-phobic disorders. This approach includes the usage of: "abdominal" hypnosis, possibility, relaxation techniques, NLP, Gestalt Therapy, art therapy techniques, elements of cognitive-behavioral therapy. The study showed comparable effects as psychotherapeutic techniques and psychopharmacotherapy on alarming manifestations in patients with IBS. After 3 months of therapy there was a significant decrease of anxiety indicators, the development of the range of interests and the improvement of the quality of life.

Keywords: irritable bowel syndrome, anxious-phobic disorders, integrative psychotherapy, drug therapy, the effectiveness of treatment.

Уже достаточно продолжительное время синдром раздраженного кишечника (СРК) воспринимается как одна из самых распространенных форм психосоматической патологии. В изучении клиники и поисках эффективных схем терапии давно принимают участие как врачи-гастроэнтерологи, так и врачи-психиатры [3,6,8,10]. Нередко к этой патологии, рассматриваемой современными исследователями как био-психо-социальное расстройство [3,6], проявляют интерес и психотерапевты, и клинические психологи. До настоящего времени сохраняется интерес к изучению личностных особенностей и психоэмоциональных проблем, характерных для пациентов с данной функциональной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [3,12].

На протяжении нескольких последних десятилетий многими исследователями были изучены и описаны различные проявления пограничной психической патологии при СРК. Как было отмечено во многих исследованиях, среди пограничных психических расстройств, сопровождающих данную патологию, наибольший удельный вес занимают тревожные, тревожно-фобические, тревожно-депрессивные расстройства [3,4,6,8,10-13].

В ряде публикаций приведено описание успешного применения при СРК психофармакотерапии (преимущественно транквилизаторов и антидепрессантов разных фармакологических групп), с акцентом на использование в последние годы антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также «малых» нейролептиков (эглонил, флюанксол) в небольших терапевтических дозах. Отмечен хороший эффект при применении комбинированных схем лечения, включающих традиционную терапию синдрома раздраженного кишечника в сочетании с психотропными препаратами [7,8,11-13].

С семидесятых годов прошлого века имеется также значительное количество исследований, описывающих применение в лечении СРК различных психотерапевтических техник. В ряду наиболее часто применяемых техник входят релаксационные приемы, различные виды гипносуггестивных техник, аутогенная тренировка, метод биообратной связи, элементы рациональной терапии [5]. В зарубежных публикациях по этой теме немало сообщений по включению в терапию когнитивно-поведенческой терапии [14,15].

При этом в оценках эффективности психотерапии при синдроме раздраженного кишечника отмечается большое разнообразие мнений и расхождений точек зрения (от сообщений о малой эффективности психотерапевтических техник до отзывов о крайне высоком эффекте даже краткосрочной терапии) [5,7].

Целью работы является описание опыта психотерапевтической работы с тревожно-фобическими расстройствами в рамках синдрома раздраженного кишечника.

Материалы и методы: первоначально было обследовано 220 больных с СРК в возрасте 17–55 лет (57 муж., 163 жен.). Диагноз «синдром раздраженного кишечника» был верифицирован врачами-гастроэнтерологами. С целью диагностики психоэмоционального состояния больные прошли тестирование ранжированной шкалой оценки самочувствия (включая оценку функции ЖКТ), психодиагностическое исследование, включающее опросник СМОЛ (Мини-Мульт), опросник на реактивную и личностную тревожность Спилбергера – Ханина, тест цветовых выборов Люшера, а также проективный рисуночный тест оценки состояния психосоматических пациентов «Солнышко».

Психологическое тестирование в целом подтвердило данные психодиагностики пациентов с СРК, изложенные в более ранних авторских публикациях [5].

После первичных осмотра и беседы с психиатром/психотерапевтом, а также данных психодиагностики, показавшей наличие тревожно-фобической симптоматики, из 220 чел. для дальнейшей работы были выбраны 107 человек. Из них с 58 пациентами проводились психотерапевтические занятия в сочетании с стандартными методами терапии (назначенными гастроэнтерологом), а 49 пациентам в дополнении к стандартной терапии были назначены психотропные препараты (антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), и в незначительном числе случаев (у 4 чел.) был добавлен эглонил на несколько недель). Остальные 113 больных с СРК продолжили стандартную терапию у гастроэнтерологов.

Таким образом, из 107 человек, отобранных для исследования эффективности воздействия психотерапии на тревожно-фобическую симптоматику, были сформированы 2 группы – основная, состоявшая из 58 пациентов с СРК (14 муж., 44 жен.), и контрольная – из 49 пациентов (11 муж., 38 жен.). Пациенты в основной и контрольной группах были идентичны по возрасту, образованию, жалобам, клиническому течению заболевания.

На протяжении курса лечения еженедельно вплоть до завершения основного курса спустя 6 недель от ее начала проводилось динамическое исследование состояния пациентов. Затем проводилось еще одно обследование спустя 2,5–3 месяца от начала терапии (т.е. через 1,5–2 месяца после проведения базового лечения СРК).

Результаты и обсуждение

При первичном обследовании отобранной группы пациентов от подавляющего большинства обследованных (94 из 107 чел.) получены сведения о наличии у них склонности к тревожно-фобическому реагированию еще до установления основного гастроэнтерологического диагноза (СРК).

Тревожные расстройства, как известно, сопровождаются частыми, явно чрезмерно преувеличенными опасениями, возникающими по поводу различных событий и ситуаций, и проявляются выраженным соматическим и психическим дискомфортом [9].

При описании тревожных расстройств пациенты отмечали у себя сочетание тревоги с фобиями, паническими атаками, элементами обсессивно-компульсивного расстройства, раздражительностью, неустойчивым настроением.

Тревожные опасения/страхи проявлялись у пациентов в зависимости от вариантов течения заболевания либо в боязни развития внезапных болевых приступов, либо опасениях не удержать газы в публичном месте, опасениях опозориться из-за возникновения сильного «урчания в животе, которое все вокруг услышат», отказах от «непроверенной еды вне дома» (из-за чего «может все расстроиться»), а также страхе возможного внезапного появления позывов на стул в ситуациях, где близко нет туалета (например, по дороге на учебу или работу). Вследствие этого, многие пациенты предпочитали вести неактивный образ жизни, пореже выходить из дома, ограничить контакты. Примерно у 1/8 части обследованных пациентов с СРК (7 чел.) помимо этого были выявлены канцерофобии с опасениями того, что «врачи им не все говорят», «отмахиваются от них» – по-видимому, из-за того, что «лечение бесполезно» и вместо поставленного диагноза СРК может быть «совсем другая, более тяжелая патология».

Помимо проявлений тревоги на момент начала обследования пациенты жаловались на симптоматику со стороны ЖКТ в виде абдоминального дискомфорта, разнообразных болевых ощущений, расстройств стула, а также проявления вегетативной дисфункции, астеническую симптоматику.

Психологическое тестирование в основной и контрольной группах с помощью опросника СМОЛ (Мини-Мульт) показало у обследованных пациентов с СРК преобладание в личностном профиле 1-ой и 7-ой шкал (шкал ипохондрии и психастении), что подтверждает у них наличие тревожно-фобических переживаний.

В обеих группах в начале терапии у пациентов с СРК наблюдались также повышенные показатели реактивной и личностной тревожности (по опроснику Спилбергера – Ханина).

Как уже отмечалось выше, в основную группу вошли 58 человек, которые наряду со стандартной схемой терапии при СРК (это лечение назначалось гастроэнтерологом) начали

посещать индивидуальные психотерапевтические занятия. Основным курс психотерапевтических занятий проходил в течение 6 недель через день. Продолжительность стандартных занятий составляла около часа, а в ряде случаев эти занятия по необходимости продлевались на более продолжительное время (до 1,5–2 часов). Затем, в течение последующих 1,5–2 месяцев пациенты переходили на поддерживающую амбулаторную психотерапию, с частотой встреч 1–2 раза в неделю.

В качестве основных мишеней психотерапии при СРК были выбраны: проблемная самооценка таких больных, повышенная истощаемость психических процессов с астено-вегетативными проявлениями (вызывающая необходимость ресурсирования), жесткие негибкие (ригидные) социальные установки, имеющиеся коммуникативные проблемы широкого круга (в семье, на работе, с медицинским персоналом, включая и врачей), различные аффективные расстройства (преимущественно тревожно-фобического плана), часто испытываемый внутренний дискомфорт и напряжение, внутриличностные конфликты, «уход в болезнь» с преувеличенной фиксацией на плохом самочувствии, готовностью к созданию различных драматических и систематизированных неадекватных представлений о причинах абдоминальных проблем, возникающие канцерофобические и иные стойкие фобические переживания, сопровождающиеся катастрофизацией и потерей веры в выздоровление.

В качестве психотерапевтического подхода, примененного к 58 пациентам с тревожно-фобическими расстройствами, был использован интегративный (мультимодальный) подход, включающий комплексное применение: техник гипнотерапии («абдоминальный вариант» гипноза), аутотренинга, релаксационных техник, некоторых приемов нейро-лингвистического программирования (НЛП), гештальт-терапии, арт-терапевтических техник, элементов когнитивно-поведенческой терапии.

Гипнотические техники включали использование ресурсных трансовых состояний, терапевтических метафор, техники «вставленных» сообщений. При этом использовались разнообразные пошаговые внушения, акцентированные на позитивные изменения и разрешения на включение внутренних ресурсов. На первых занятиях преимущественно использовались ресурсные трансы с «путешествием в ресурсное место», «сопровождением в ресурсные воспоминания» [1,2]. Часть сеансов проходила с использованием персональных метафор здоровья, описанных перед началом сеансов самими пациентами, или рождающихся прямо по ходу занятий в режиме эпистемологической метафоры [1]. В ходе «абдоминального варианта» гипноза после наведения транса внушалось появление тепла, комфорта, расслабленности в теле, и особенно в абдоминальной зоне. Помимо этого в ходе занятий закреплялись как способность решать значительный круг проблем, предписывалось

постепенное пошаговое формирование навыков управления своим самочувствием, так и постепенный рост своей уверенности.

При использовании релаксационных приемов и самовнушения, овладением приемов аутотренинга пациенты тренировались вызывать у себя комфортные ощущения в теле за счет формирования навыков управления собственным мышечным тонусом и уровнем напряжения. Это способствовало формированию навыка регуляции различных функций своего организма, включая уменьшение напряжения брюшной стенки, в том числе и снятие спастических дискомфортных ощущений в животе (возникающих в ситуациях тревоги и страха), и позволяло в итоге уменьшать тревожные опасения и ожидания.

При применении нейролингвистического программирования работа шла с опорой на персональные стратегии пациентов, использованием позитивных, помогающих выздоровлению внутренних убеждения и коррекцией «блокирующих», затрудняющих терапию установок. За счет использования техник НЛП более четкой становилась работа с детальным описанием понятий «болезнь»/«здоровье», а также «тревоги»/«успокоения» (контрастный анализ субмодальностей), четкой и конкретной формулировки целей лечения и выздоровления («Хорошо сформулированный результат», «выравнивание нейрологических уровней»), созданию и конкретизации нового образа себя, обладающего способностью справиться с тревогой и страхами («Новый "я"»; «Генератор нового поведения»), доступа к ресурсным состояниям и переживаниям (использование техник «якорения»), проработке прежних проблемных ситуаций и работе с конфликтующими внутренними частями («реимпринт формата», «диалог с конфликтующими частями», различные виды рефрейминга, «четырёхпозиционное описание»), структурирования этапов выздоровления (с использованием «нейрологических уровней», «временной линии»). Весьма полезным в работе с тревожно-фобическими переживаниями являлись использование диссоциативных техник НЛП, позволяющих в ряде случаев снизить/прервать начинающиеся приступы тревоги, и при желании пациентов – обучить их технике отстраненного, диссоциированного восприятия ряда ситуаций из позиции эмоционально невключенного внешнего «наблюдателя».

В ряде случаев (с 7 пациентами с тревожными расстройствами при СРК) при фиксации пациентов на прежних негативных незавершенных переживаниях с их согласия проводилась работа по выходу из болезненного эмоционального «застревания» с помощью техник гештальт-терапии. Применялся целый ряд приемов и упражнений, описанных в классическом гештальт-подходе, включая использование известной гештальт-техники «двух стульев», где воссоздавался в режиме «здесь и сейчас» диалог между фигурами из негативного прошлого. Проводилась работа, помогающая выражению заблокированных

чувств и уменьшению давления от гнета прошлого. Аналогичный прием работы с «двумя стульями» использовался и при наличии внутриличных конфликтов в случаях тревожно-фобического варианта СРК, при котором одной из частей обычно была боязливая, тревожная, зажато-беспомощная маленькая часть – «жертва», которая не осмеливалась выражать свои потребности из-за выраженного жесткого следования установкам другой, надзидательной «нормативной части "Я"» с большим количеством запретных интроектов.

Включение в лечение тревожных больных с СРК приемов арт-терапии позволяло в метафорической рисуночной форме изобразить образы «здоровья» и «болезни», создать в своем воображении, а затем и наглядно отразить на бумаге ресурсные образы («мир гармонии», «мои ресурсы»). Использовались различные рисуночные автопортреты («я – как стихия», «если бы я был бы определенным предметом/растением, я был бы...»), триптихи («я в прошлом, настоящем, будущем», «я – обычный, я – в беде/неприятной ситуации, и я – успешно преодолевший эту ситуацию»). Для более активного выражения себя, презентации себя и преодоления неуверенности делался рисунок «здравствуй, это я». Широко использовалась также рисуночная техника «силуэт чувств», в которой пациентам последовательно предлагалось нарисовать вначале свое нынешнее состояние, затем – желаемое состояние, а вслед за этим – промежуточное состояние между нынешним и желаемым. Таким образом, создавалась цепочка рисунков, позволяющая не только видеть альтернативу болезни, но и запустить динамику процесса ухода от болезни к состоянию здоровья, выразив и описав постепенный процесс улучшения самочувствия и необходимые для этого условия. Больные также рисовали рисунки своих страхов и опасений, и альтернативных им состояний (чаще всего рисуночные метафоры покоя и уверенности). В качестве арт-техники, помогающей войти в ресурсное состояние, использовалась рисуночная техника «круг ресурсов и заботы», где рисовались те фигуры из окружения пациента, от которых можно получить поддержку и принятие, необходимые ресурсы. Хорошим терапевтическим ресурсом обладали и терапевтические занятия с использованием специально подобранной релаксационной музыки.

Использование в терапии приемов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) включало в себя разбор различных ситуаций и реакций на них пациентов. При работе с тревожными пациентами с СРК акцент делался в начале занятий на распознавании приступов тревоги и страхов и создании персональных шкал тревоги/страхов, затем – описании интенсивности и частоты приступов тревоги, ведении дневников самоконтроля и оценки состояния. В дальнейшем, спустя несколько занятий пациенты пробовали научиться четче различать дисфункциональные мысли при тревожных состояниях, и менять их на более адаптивные мысли и оценки своего состояния, переключаться на более позитивное

состояние, управлять своими состоянием и эмоциями.

Описанный интегративный курс психотерапии применялся в режиме регулярных занятий по 3 раза в неделю в течение 6 недель.

По результатам повторного тестирования опросником Спилбергера – Ханина за этот шестинедельный период отмечено снижение показателей реактивной и личностной тревоги как в группе из 58 пациентов, проходящих психотерапию, так и у 49 человек, получающих лекарственную терапию психотропными препаратами в дополнении к основному лечению.

В обеих группах пациенты при динамических опросах отмечали субъективное улучшение самочувствия, уменьшение/или исчезновение мышечного напряжения, существенное уменьшение фиксации на состоянии здоровья. Исчезли/или существенно уменьшились астено-вегетативные жалобы. Однако примерно 1/4 часть пациентов, получающих лекарственную терапию, спустя первые 6 недель высказывала опасения возобновления тревожности и страхов после отмены приема препаратов, тогда как в группе проходящих психотерапию и не принимавших антитревожные лекарственные средства таких опасений не возникало. Следует отметить, что к концу первого этапа исследования (через 1,5 мес. от начала) в обеих группах (основной и контрольной) пациенты были настроены на дальнейшее продолжение терапии, отмечая ее пользу для себя.

В течение последующих 1,5 месяцев пациенты из основной группы продолжали получать поддерживающую психотерапию на фоне базового, назначенного гастроэнтерологом лечения в более экономном по времени режиме. Частота психотерапевтических занятий была уменьшена вначале до 2 занятий во второй месяц терапии, а затем и до 1 занятия в неделю. Увеличился удельный вес домашних заданий, самостоятельных занятий с использованием выученных ранее навыков саморегуляции. В терапии продолжали использоваться приемы суггестивной поддержки, арт-терапия, гештальт-терапия, элементы КПТ.

Пациенты из контрольной группы в последующие 1,5 месяца также продолжили принимать назначенные препараты (антидепрессанты группы СИОЗС).

Через 2,5–3 месяца от начала терапии позитивный эффект от проводимой терапии по-прежнему наблюдался как в основной, так и в контрольной группе. Субъективно и по данным анкетирования, врачебных осмотров, у пациентов после 3 месяцев терапии вне зависимости от выбранного типа терапии в случаях ее продолжения держались сниженные показатели тревожности, расширение круга интересов и качества жизни, существенное уменьшение/или исчезновение абдоминальной симптоматики.

Однако, так же как и спустя первые 1,5 месяца, часть пациентов контрольной группы (хотя их число уменьшилось вдвое до 1/8) высказывали опасения перед завершением курса

терапии и были настроены на дальнейшее продолжение приема препаратов в течение еще последующих нескольких месяцев с постепенной их отменой. При примерно равных показателях тревожности пациенты, прошедшие курс психотерапии, отмечали несколько более высокую инициативность и меньшую фиксацию на самочувствии по сравнению с прошедшими курс психофармакотерапии.

Выводы

Проведенное исследование показало сопоставимость эффектов воздействия как психотерапевтических техник, так и психофармакотерапии на тревожно-фобическую симптоматику у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Шестинедельный курс терапии пациентов с СРК с включением психотерапевтических техник привел к снижению показателей тревоги, субъективному улучшению самочувствия, формированию начальных навыков самоуправления, уменьшению коммуникативных проблем, значительному снижению/или полному исчезновению напряжения, уменьшению фиксации на состоянии здоровья. Спустя 2,5–3 месяца от начала терапии позитивный эффект от проведенной терапии наблюдался как в основной, так и в контрольной группе, сохраняясь и дальше при условии продолжения занятий/либо приеме лекарств. У пациентов после 3 месяцев терапии вне зависимости от выбранного типа терапии в случаях ее продолжения держались сниженные показатели тревожности, расширение круга интересов и качества жизни.

Таким образом, для повышения лечебного эффекта и улучшения самочувствия при наличии у пациентов с СРК тревожно-фобических расстройств может быть использована как психотерапия, так и психофармакотерапия (с применением антидепрессантов из группы СИОЗС).

Список литературы

1. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. – М.: Психотерапия, 2015. – 357 с.
2. Доморацкий В.А. Краткосрочные методы психотерапии. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2008. – 304 с.
3. Елфимова Е.В., Елфимов М.А., Березкин А.С. Психосоматические взаимоотношения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта на модели синдрома раздраженного кишечника // Экспериментальная и клин. гастроэнтерология. – 2015. – № 4 (116). – С. 83-88.
4. Есаулов В.И. О некоторых эмоционально-личностных характеристиках пациентов с синдромом раздраженного кишечника // European research. – 2015. – № 5(6). – С. 76-78.

5. Есаулов В.И. Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25468>.
6. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белхушт С. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 6. – С.2-10.
7. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – № 2. – С. 92-101.
8. Климушева Т.А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т.18, № 4. – С.82-86.
9. Левин О.С., Ляшенко Е.А. Тревога и коморбидные состояния // Нервные болезни. – 2016. – № 1. – С.28-34.
10. Марилов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздраженной толстой кишки. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 21-27.
11. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. и др. Междисциплинарный подход к синдрому раздраженного кишечника // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т.21, № 13. – С. 702-704.
12. Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки: какова его истинная сущность? // Клиническая медицина. – 2014. – № 7. – С.19-29.
13. Ford A.C., Talley N.J., Schoenfeld P.S., et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and metaanalysis // Gut. – 2009. – Mar. 58(3). – P.367–378.
14. Lackner, J.M., Jaccard, J., Krasner, S.S., et al. Self-administered cognitive behavior therapy for moderate to severe irritable bowel syndrome: clinical efficacy, tolerability, feasibility // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2008. 6 (8). – P.899-906.
15. Li L., Lishou X., Schenghong Zh., et al. (2014) Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome : A meta-analysis // Journal of Psychosomatic Research. – 2014 July. – Vol. 77. – Issue 1. – P. 1-12.