ФПК
Федерация Психологов–Консультантов Онлайн



Психологическое консультирование онлайн

Научно–практический журнал

Теория и методология

Экспериментальные исследования

Технологии телефонного и интернет-консультирования

Этика и супервизия на дистанции

Из личного опыта

А.И. Мелёхин
Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника

В.А. Поджио, М.В. Зверева
Риски профессионального выгорания у практикующих специалистов-психологов

С.В. Шумкова
Супервизорская практика в России: проблемы и обучающий потенциал психоаналитической супервизии

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

Мелёхин А.И.
Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника.....5

Иванов В.Г., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., Трукова А.И.
Психологическая помощь в онлайн-режиме при кризисных состояниях и трудных жизненных ситуациях в связи с болезнью.....32

Калюжный А.А.
Теоретико-методологические особенности исследования имиджа.....48

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поджио В.А., Зверева М.В.
Риски профессионального выгорания у практикующих специалистов-психологов.....62

ТЕХНОЛОГИИ ТЕЛЕФОННОГО И ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Комалова Л.Р.
Язык вражды в публичном дискурсе интернета.....79

Строкатов Д.А.
Скандинавские страны в международных рейтингах в сфере информационно-коммуникационных технологий.....103

ЭТИКА И СУПЕРВИЗИЯ НА ДИСТАНЦИИ

Воробьева А.Е., Скипор С.И.
Психолог в социальных сетях: этика, безопасность и приемлемость.....112

Шумкова С.В.
Супервизорская практика в России: проблемы и обучающий потенциал психоаналитической супервизии.....120

ИЗ ЛИЧНОГО ОПЫТА

Макарова Е.В.
Как психотерапия помогает мне справляться с жизнью.....125

НАШИ АВТОРЫ 130

ИНФОРМАЦИЯ 132

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

А.И. Мелёхин

Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника

Аннотация: *в статье впервые представлено схематическое резюме факторов, которые вовлечены в патофизиологию синдрома раздраженного кишечника в контексте оси «нервная система-кишечник». Описан общий алгоритм лечения синдрома раздраженного кишечника, который включает в себя психологическое обследование пациента и когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП). Наглядно показан порочный круг желудочно-кишечной специфической тревоги. На основе анализа зарубежных клинических рекомендаций по лечению СРК показано, что «золотым стандартом» психологического лечения является «очная» и дистанционная КПП. Представлены преимущества и недостатки дистанционной формы КПП СРК. Систематизированы психотерапевтические мишени и детально описана структура общего протокола КПП. Детализированы формы дистанционных протоколов КПП СРК и их эффективность. Представлен общий и расширенный протокол дистанционного психологического обследования пациента с СРК.*

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия, психотерапия, синдром раздраженного кишечника, телемедицина, телепсихиатрия.

Введение

За последний год значительно увеличилась частота обращений пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами. Например, рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника (р-СРК), 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-гастроэн-

теролога. Это объясняется, что желудочно-кишечный тракт часто выступает «маской», за которой скрываются изменения в психическом здоровье и удовлетворенности качеством жизни пациента [1].

Материалы и методы

Синдром раздраженного кишечника рассматривается как расстройство нарушения кишечно-мозгового взаимодействия (англ. disorders of gut-brain interaction) или разновидность расстройства телесного дистресса (англ. bodily distress disorder), которое характеризуется наличием у пациента рецидивирующими болями 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 [2]. Из-за этих симптомов пациенты жертвуют социальной активностью, работой, досугом, сексуальными отношениями, прибегают к перестраховочным и избегающим формам поведению. СРК часто протекает в структуре фибромиалгии, депрессии и тревожного спектра расстройств [3]. Физиологических диагностических маркеров р-СРК не существует, и данное расстройство уже давно признано биопсихосоциальным. Его следует рассматривать как проявление двунаправленной неупорядоченной связи внутри оси нервная система («мозг»)-кишечник [1] (рис.1), которая влияет на моторику желудочно-кишечного тракта, секрецию и висцеральные ощущения.

В рамках этой конструкции (рис.1) 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.

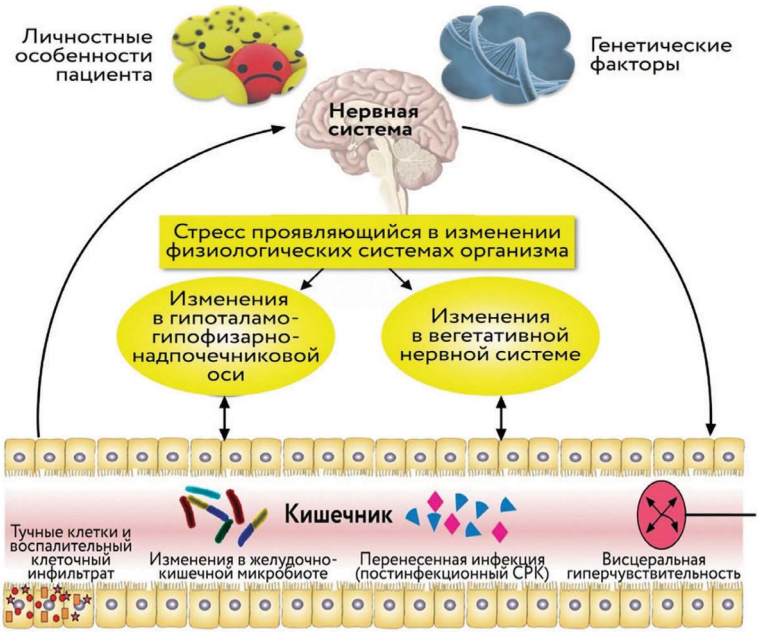


Рис. 1. Схематическое резюме факторов, которые вовлечены в патофизиологию синдрома раздраженного кишечника в контексте оси нервная система-кишечник

Предложенная нами на рис. 1 модель также описывает концепцию висцеральной гиперчувствительности [1,4], при которой болевой порог к ректосигмоидному механическому растяжению ниже у пациентов с р-СРК, чем у здоровых пациентов, что позволяет предположить, что внутренние органы более чувствительны к нормальным изменениям. Повышенная висцеральная гиперчувствительности сопровождается гипервозбудимостью, быстрым формирование фобических ассоциаций. У пациентов наблюдается гипербдительность к телесным ощущениям с переживанием потери контроля над «работой кишечника», нозофобия, канцерофобия, страх приема пищи с/без расстройствами пищевого поведения. Все это приводит к развитию желудочно-кишечной специфической тревоге (gastrointestinal-specific anxiety), которая усиливает абдоминальную боль и изменения в транзите кишечника [3]. Следует учитывать, что патофизиология СРК до конца не изучена, на данный момент мы имеем ряд гипотетических моделей [4].

В клинической практике мы ориентируемся на биопсихосоциальную модель СРК, предложенную Л. Ван Оуданховом (рис. 2) [5].

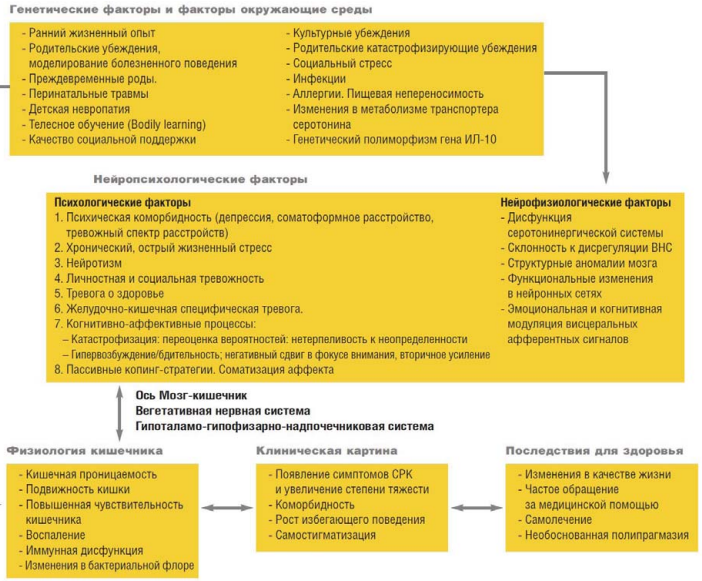


Рис. 2. Биопсихосоциальная модель синдрома раздраженного кишечника Л. Ван Оуданхова. Примечание. ВНС – вегетативная нервная система, ИЛ – интерлейкины

Несмотря на имеющиеся модели и алгоритмы, клиническое лечение СРК может быть затруднено из-за игнорирование врачами-гастроэнтерологами нейропсихологических факторов у пациента, а также терапевтических барьеров (избегать помощи, не принимать фармакотерапию, феномен «лечения в аптеке», «доктор шопинга») [6]. Эти факторы определяют повышенную чувствительность пациента к висцеральным ощущениям, склонность к стресс-индуцированной гипералгезии и сниженному ответу на лечение [2].

Следует учитывать индивидуальное, вариабельное течение СРК у каждого пациента, что требует применения мультимодального, согласованного подхода (matched approach [4]) врача-гастроэнтеролога и клинического психолога, с учетом личностных особенностей (нейротизм, соматизация, алекситимия, негативная аффективность и др.), и психический статус (тревога, депрессия, соматоформное расстройство и др.) для построения соответствующего протокола лечения [7].

В зарубежной гастроэнтерологической практике и ряде клинических рекомендаций если у пациента в течении 9-12 месяцев при назначении фармакотерапии (самото- и/или психотропной), смене образа жизни и питании не наблюдается улучшений, то рекомендуется провести психологическое обследование и подобрать протокол когнитивно-поведенческой психотерапии (IBS-specific CBT), который поможет снизить количество симптомов, улучшить качество жизни, ориентируясь на бесполезные убеждения, избегающее и перестраховочное поведение [8, 9]. КПП показывает эффективность как в очном, так и дистанционном формате при лечении СРК [10-12].

Некоторые клинические рекомендации рассматривают психологическую помощь как «Третью» линию лечения, когда наблюдается рефрактерность к «первой» (объемообразующие агенты, нейротропные м-холинолитики, пробиотики и др.) «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» степени выраженности СРК или с сопутствующими психологическими проблемами и, а также во беременности, лактации [4,12]. 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 р-СРК к очным протоколам КПП из-за отсутствия обученных специалистов. Говоря не только про российскую практику, то показано, что 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 установкок о психическом здоровье [1,13-15].

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 телемедицины, т.е. с использованием информационных технологий (skype, zoom и др). Это направление получило целое название телепсихотерапия [1].

В рамках телемедицины «золотым стандартом» краткосрочного психологического лечения является дистанционная («онлайн», «цифровая») специалист-управляемая (англ. telephone/skype delivered CBT web-CBT) или полностью автоматизированная (англ. internet-delivered cognitive behavior therapy, at-home cognitive therapy) когнитивно-поведенческая психотерапия (англ. d/eCBT-I, Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy) [16-19].

В рамках имеющихся ограниченных ресурсов дистанционный формат позволит улучшить доступ пациентам к эффективному лечению с рядом преимуществ: удобное время, место и темп лечения, что соответствует индивидуальным потребностям, ожиданиям пациента. В связи с этим целью данной статьи является ознакомить врачей-гастроэнтерологов, психиатров, психотерапевтов и клинических психологов со спецификой, эффективностью проведения дистанционного психологического лечения пациентов с р-СРК, включающего в себя обследование и общие модули когнитивно-поведенческой психотерапии.

Результаты

Порочный когнитивно-поведенческий круг пациента с синдромом раздраженного кишечника

Наличие симптомокомплекса при рефрактерном СРК у пациента можно рассматривать как эквивалент тревоги («панической атаки»). Такая реакция на те или иные стрессовые ситуации во многом связан с наличием у пациента изменений в когнитивно-аффективных процессах (катастрофизация, «чтение мыслей», «гадание», «использование ярлыков», «обесценивание», «ориентация на сожаление») или преобладающем когнитивном стиле восприятии информации (например, дихотомическое мышление). Также склонности пациента к соматизации, алекситимии, которые способствуют развитию и поддержанию данного функционального расстройства ЖКТ. Тревожные расстройства имеют симптомы, которые имитируют то, что происходит у пациентов с СРК. Например, суетливость, гипербдительность к телесным

сенсациям, перестраховочное поведение, интолерантность к неопределенности. Кроме того, пациенты с тревожным спектром расстройств подвержены высокому риску болезнь-ориентированного поведения (сдача всех возможных анализов, обращение к специалистам, поиск «лучшего гастроэнтеролога») несмотря на заверение от врачей, что в их физическом здоровьем никаких изменений не выявлено. Пациент попадает в порочный круг симптомов, боли и стресса, что мы называем желудочно-кишечной специфической тревогой (рис. 3).

Тревога является индивидуальной формой когнитивно-поведенческого ответа, то есть реакцией на возникающие нормативные желудочно-кишечные ощущения, которые могут быть дискомфортными и связанные с ними ситуации, которые могут провоцировать эти ощущения (рис.3). В связи с этим основной целью психо-терапевтического лечения является разорвать этот когнитивно-поведенческий порочный круг.



Рис. 3. Порочный круг желудочно-кишечной специфической тревоги

Алгоритм диагностики и лечении синдрома раздраженного кишечника

В 2020 году Canadian Digestive Health Foundation и American College of Gastroenterology [2, 4] представили общий алгоритм диагностики и лечения СРК (рис.4)

Тактика очного и дистанционного обследования пациента с СРК строится путем сопоставления жалоб пациента с результатами клинико-психологического обследования (рис. 4). Из-за психологических особенностей пациента, наличие терапевтических барьеров лечение пациентов с р-СРК обязательно начинается с оптимизации терапевтического альянса врач-пациент через наглядное информирование об СРК. Например, с помощью биопсихосоциальная модель синдрома раздраженного кишечника Л. Ван Оуданхова. (рис.2) и порочного круга желудочно-кишечной специфической тревоги (рис.3) которая адаптируется под конкретного пациента.

Общение с пациентом строиться с опорой на следующий алгоритм [16].:

- «F»- функциональное состояние пациента (какие сферы жизни затрагивает расстройство);
- «I» – Специфика мыслей и убеждений о здоровье. Внутренняя картина болезни и здоровья;
- «F» – наличие соматизированной тревоги, недоверия к собственному телу, страхов;
- «E» – Ожидания пациента (реалистичные/нереалистичные).

Таблица 1. Факторы, влияющие на синдром раздраженного кишечника

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ	ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ	ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ФАКТОРЫ
Генетические особенности	Психологический дистресс	Когнитивно-аффективные изменения
	Психологическая травма Повседневные события	Сканирующее поведение (внимание к телу, к симптомам) Эмоциональные изменения Катастрофизация (изменения в оценке ситуации Болевое поведение
Ранний опыт пациента	Изменения в социальной поддержке	Периферийные факторы
		Изменения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси
Личностные особенности	Воспалительные заболевания кишечника Гормональные изменения	Абдоминальные боли и другие болевые проявления

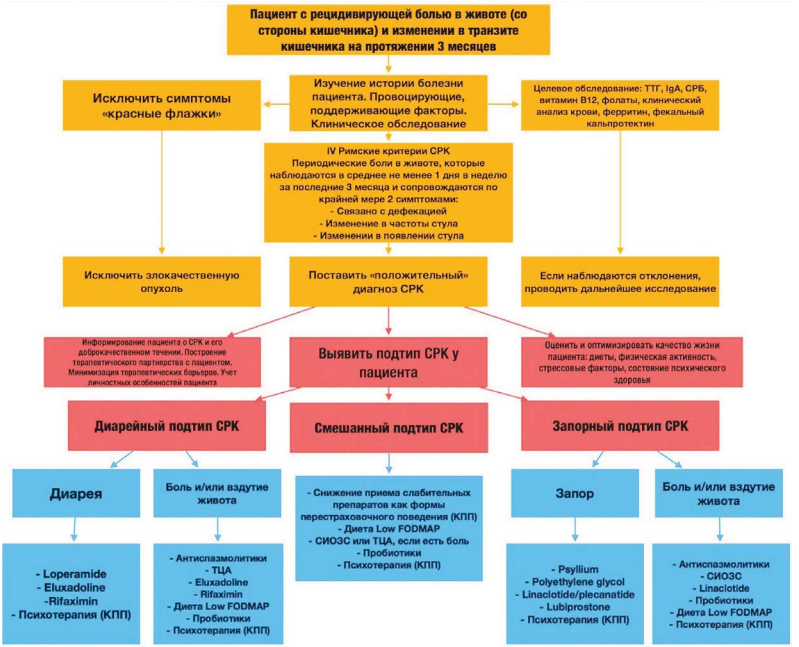


Рис. 4. Алгоритм лечения синдрома раздраженного (перевод А.И. Мелёхин). Примечание. ТТГ – Тиреотропный гормон, IgA-иммуноглобулины А, ТЦА – трициклические антидепрессанты, СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

В зависимости от подтипа СРК (СМ, З, Д) врачом-гастроэнтерологом подбирается фармакотерапия, назначаются дополнительные консультации и обследования [2;4].

Некоторые режимы фармакотерапии вызывают у пациентов временное облегчение симптомов на протяжении 3-6 месяцев. Чаще всего фармакотерапия не предусматривают подключения психологического лечения для учета и управления предрасполагающими, провоцирующими и поддерживающими факторами (табл. 1).

С нейрогастроэнтерологической точки зрения, психологическое лечение направлено больше на префронтальные отделы (метафора «сверху-вниз»), в то время как психофармакотерапия направлена больше на лимбическую систему (метафора «снизу-вверх») [1]. По сей день обсуждается вопрос плохого ответа на медикаментозное лечение пациентами с р-СРК. Соматотропная и психофармакотерапия

ограничена тем, что не оказывает универсальный эффект на желудочно-кишечную специфическую тревогу и часто сопровождается значительными нежелательными побочными эффектами. Вероятность купирования симптомов СРК при исключительно медикаментозной терапии составляет 22-30%, а ремиссия носит краткосрочный характер (1-3 месяца) [10]. Наличие низкой вероятности купирования актуальных для пациента симптомов и короткой ремиссии вызвало острую необходимость в разработке поведенческих, таргетных методов лечения (англ. IBS-specific treatments), применяемые в комплексе с медикаментозным подходом [1]. К этим специфическим поведенческим методам лечения СРК относят различные протоколы, формы когнитивно-поведенческой психотерапии (рис. 5).



Рис. 5. Формы когнитивно-поведенческой психотерапии СРК

Преимущества дистанционной КПП при лечении СРК:

- Географическая независимость, т.е. проведение консультации, где бы специалист и пациент не находились;
- Удобный формат (аудио и/или видео);
- Персонализация лечения и протоколов лечения;
- Быстрая интеграция в повседневную клиническую практику. Лечение осуществляется в удобное время и в темпе, который соответствует потребностям и возможностям пациента, и специалиста;
- Наличие постоянной поддержки пациента и его семьи.
- Отслеживание динамики состояния.
- Снижение физических и психосоциальных барьеров (самостигматизации). Помогает интровертированным, тревожно-мнительным пациентам с СРК быть более открытыми и восприимчивыми к психологическому лечению;

- Экономическая эффективность. Средний курс «очной» КПП СРК состоит из 16-24 сессий, в отличие от дистанционной «полной» – 8-10 сессий, «минимальной» (3-4 сессии) и «экспресс» (1-2 сессии).

Недостатки дистанционной КПП при лечении СРК:

- Наличие изменений в когнитивном функционировании пациента;
- Хроническая полиморбидность;
- Управление коморбидными психическими состояниями (острое суицидальное состояние, выраженная алкогольная зависимость, биполярное расстройство);
- Зависимость от психофармакотерапии.
- Технические проблемы. Например, качество связи и видеосигнала

В таблице 2 мы представили различия между поддерживающим, специалист-управляемым и автоматизированным форматом дистанционной КПП при лечении СРК.

Цель и мишени дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии срк

Нами выделены общие тенденции в тактике проведения когнитивно-поведенческой психотерапии СРК (рис. 6) С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификацию глубинных негативных убеждений (потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм).

Таблица 2. Формы дистанционных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии синдрома раздраженного кишечника

Параметры оценки	Поддерживающий формат (mHealth)	Специалист-управляемая/синхронная форма (digital face-to-face)	Автоматизированная форма
Определение	Элементы терапии используются для поддержки очной КПП с помощью мобильных приложений, интернет-ресурсов, электронной почты, чат (WhatsApp, Telegram)	Частично автоматизированные протоколы терапии с сопровождением специалиста	Полностью автоматизированные структурированные протоколы без постоянного контакт и мониторинга (например, ICBT «Mind Over Mood», Requl8 web-based self-management sessions)
Автоматизация	Ограниченная	Частичная	Полная
Затраты	Время специалиста. Персонификация и дополнение протокола терапии.	Время специалиста. Персонификация и дополнение протокола терапии.	Персонификация и дополнение протокола терапии.
Масштабы	Ограничено наличием обученных специалистов; Отсутствие адаптации на русский язык		
Уровень участия специалиста	Средний (10-40 минут)	Высокий (от 40 мин до 2 часов)	Низкий (От 10 до 20 минут)