

<https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14>

Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия стрессового расстройства, связанного с пандемией COVID-19

А.И. Мелёхин

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, улица Бухвостова, 1-я, д.12/11, корп. 20. г. Москва, 107076, Россия

Контакт: Мелёхин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Аннотация:

В статье впервые представлены симптомы связанного с пандемией стрессового расстройства. Описана общая специфика проведения дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии в условиях пандемии COVID-19, выделены ее преимущества и недостатки. Описаны компоненты дистанционного обследования психического состояния пациента с пандемией стрессовым расстройством. Представлены модули и эффективность краткосрочного протокола когнитивно-поведенческой психотерапии Е.М. Андерсона, направленного на воздействие на вирусную тревогу пациента за счет минимизации дисфункциональных стратегий регуляции эмоции (тревожные руминации, катастрофизация, тревога за здоровье) и замена их более гибкими (принятие и ответственность, чувство оптимальной информированности, положительная временная перспектива будущего, декатастрофизация). Представлен протокол дистанционной ориентированной на травму когнитивно-поведенческой психотерапии Дж. Вайлд и его эффективность.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, тревога, тревога за здоровье, киберипохондрия, вирусная тревога, связанное с пандемией стрессовое расстройство.

Для цитирования: Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия стрессового расстройства, связанного с пандемией COVID-19. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2020;(3):3-14; <https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14>

Remote cognitive behavioral psychotherapy for stress disorder associated with the COVID-19 pandemic

<https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14>

A.I. Melehin

Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin, Bukhvostova street, 1st, 12/11, bldg. 20. Moscow, 107076, Russia

Contact: Alexey I. Melekhin, clinmelehin@yandex.ru

Summary:

This article presents for the first time the symptoms of pandemic-related stress disorder. The article describes the general specifics of remote cognitive behavioral psychotherapy in the context of the COVID-19 pandemic, highlights its advantages and disadvantages. The components of remote examination of the mental state of a patient with a pandemic stress disorder are described. The modules and effectiveness of the short-term protocol of cognitive behavioral psychotherapy Anderson's approach is aimed at influencing the patient's viral anxiety by minimizing dysfunctional strategies for regulating emotions (anxiety rumination, catastrophization, health anxiety) and replacing them with more flexible ones (acceptance and responsibility, a sense of optimal awareness, a positive time perspective for the future, decatastrophization). The Protocol of remote trauma-oriented cognitive behavioral psychotherapy and its effectiveness.

Key words: cognitive-behavioral psychotherapy, anxiety, anxiety for health, pandemic-related stress disorder, virus anxiety.

For citation: Melehin A.I. Remote cognitive behavioral psychotherapy for stress disorder associated with the COVID-19 pandemic. Journal of Telemedicine and E-Health 2020;(3):3-14; <https://doi.org/10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14>

■ ВВЕДЕНИЕ

Пандемия (COVID-19, SARS-2) создала ощущение опасности, неопределенности, потери контроля по всему миру, что вызвало существенное негативное влияние на психическое здоровье и поспособствовало глобальной цифровизации психологической помощи, включая телепсихиатрию (digital psychiatry) и телепсихотерапию. Нынешний *пост-пандемийный климат* (post-COVID-19 era) [1, 2], который сопровождается экономическим спадом, является идеальным инкубатором для растущего бремени общественного здравоохранения из-за спектра психических расстройств [3]. Реакция людей на пандемию варьировалась от одного человека к другому, что привело к необходимости кластеризовать симптомы как *связанное с пандемией стрессовое расстройство* (pandemic-related stress disorder, PRSD) [4] (рис. 1).

Неосложненная депрессия, тревога, расстройства пищевого поведения, нарушения сна являются одними из наиболее распространенных психических расстройств во всем мире. Предварительные данные о психологических аспектах COVID-19 также показывают, что женский пол и наличие родственника, инфицированного вирусом, являются факторами риска возникновения дистресса [5]. Большинство негативных последствий для психического здоровья происходит из введения ограничения свободы, а также из неадекватной информации, полученной теми, кто находится в карантине. Пандемия COVID-

19 возродила такую форму расстройства адаптации как *массовая травма*, которая уникальна в том смысле, что существенно влияет на каждый аспект повседневной жизни, является глобальным по масштабам, люди становятся свидетелями неминуемой угрожающей жизни опасности через электронные средства массовой информации [6]. 80% людей были озабочены мыслями о COVID-19 и почти 40% боятся инфекции и/или испытывают дистресс в результате воздействия социальных сетей. Опыт предыдущих эпидемий и пандемий (например, Эбола, H1N1, птичий грипп, атипичная пневмония и др.) показал, что в этот период увеличиваются риски развития тревожного спектра расстройств, а точнее *вирусной тревоги* (virus anxiety), включающей в себя тревогу за здоровье и киберипохондрию как повторяющегося и/или чрезмерного поиска в интернете (социальных сетях) информации, связанной со здоровьем [7, 8, 25].

Люди 30-59 лет и особенно женщины сообщали о высоком уровне тревожности, связанной с пандемией COVID-19, что говорит о большей уязвимости данной группы населения [8]. Напомним, что *тревога за здоровье* – это беспокойство или тревога из-за предполагаемой угрозы здоровья. Понимается как когнитивная конструкция, которая может варьироваться от отсутствия осведомленности о здоровье до патологического беспокойства о здоровье или ипохондрия [5].

Наличие вирусной тревоги, которая непропорциональна по своей интенсивности или продолжи-



Рис. 1. Симптомы связанного с пандемией стрессового расстройства
Fig. 1. Symptoms of pandemic-related stress disorder

тельности существенно влияет на удовлетворенность качеством жизни, мешает повседневному решению проблем или целенаправленному поведению. Она дисфункциональна и контрпродуктивна как для человека, так и общества в целом. Например, наличие тревоги за здоровье часто приводит к неадекватному обращению за медицинской помощью, что в свою очередь может усилить давление на и без того обремененную в этот период систему здравоохранения [9]. Помимо особых проблем, вызванных страхом заражения, социальной дистанцированности и самоизоляции, психологические и психиатрические услуги стали менее доступными, чем обычно. Эта ситуация настоятельно потребовала внедрения нового способа оказания психологической помощи, учитывая, что в этих условиях очные формы (лицом к лицу) оказались недоступны [10]. Эти ограничения поднимают вопросы о том, как специалисты могут безопасно и эффективно осуществлять психотерапевтическую помощь. К сожалению, система обеспечения психического здоровья как в России оказалась не в состоянии справиться с психологическим стрессом у людей, связанным с пандемией. Учитывая новизну этой ситуации, до сих пор до конца не адаптированы конкретные формы психологического обследования и психотерапевтические протоколы лечения, направленные на устранение связанных с пандемией триггеров, которые приводят и поддерживают состояние дистресса. Телепсихотерапия показала свою широкую эффективность, ее эффекты могут быть эквивалентны эффектам терапии «лицом к лицу» в конкретных областях психического здоровья, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, тревожный спектр расстройств, расстройство адаптации и депрессии [11]. Технический прогресс сделал возможным проведение дистанционной психотерапии. Так учитывая зарубежные клинические рекомендации (National Institute for Health and Care and Clinical Excellence; Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma) по лечению тревожного спектра расстройств, ПТСР потенциальным практическим решением сложившейся проблемы является применение *онлайн или дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии* (Online Cognitive Behavioral Therapy, СВТ-О) [10, 12, 13]. Однако «стандартные» дистанционные протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии тревожного спектра расстройство потребовали модификации в свете появления дополнительных психотерапев-

тических мишеней, связанных с коронавирусом [4]. Например, чувство неопределенности; социальная изоляция и дистанция; страх, связанный с возможной инфекцией; киберипохондрия, являются дополнительными усиливающими факторами тревожного спектра расстройств. Было показано, что во время пандемии если человек не живет в одиночестве, то проведение большого количества времени с членами семьи может привести к дополнительным эмоциональным нагрузкам, приводящим к семейному дистрессу. Однако, эта проблема может также стать потенциальной возможностью для улучшения психического здоровья. Например, некоторые пациенты считают, что проводить больше времени с близкими людьми дома — это поддерживающая и полезная процедура для укрепления психологического благополучия. Во время пандемии может наблюдаться синдром информационного истощения, сопровождающийся тем, что люди тратят много времени на разговоры о коронавирусе («а вдруг...а если...», «если..., то...»), что сопровождается ростом тревоги, нарушений сна, проблемами с приемом пищи. Те пациенты, которые ищут или получают лечение, могут чувствовать себя виноватыми («А вдруг я выживу, а например ребенок умрет») или не заслуживающими лечения («Я прожили жизнь как попало, и, если заражусь коронавирусом я не заслуживаю жить дальше»), особенно в свете чрезмерного внимания средств массовой информации к коронавирусу. Это многократное воздействие средств массовой информации привело к повышенной тревожности и усилению спектра стрессовых реакций у людей, что оказывает негативное воздействие на здоровье, а также приводит к неадаптивному поведению по отношению к здоровью и поиск помощи, что в свою очередь может перегружать медицинские учреждения. В связи с этим появилась необходимость разработки специализированных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии направленных на устранение данной формы дисфункциональной тревоги среди населения [12, 13].

Цель данной статьи познакомить российских специалистов в области психического здоровья (клинических психологов, психиатров, психотерапевтов) со спецификой применения и эффективностью различных протоколов дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии, которые направлены на минимизацию симптомов, связанных с пандемией стрессовым расстройством. ►

■ ПРЕИМУЩЕСТВА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ ТЕЛЕПСИХОТЕРАПИИ

Когнитивно-поведенческая психотерапия или терапия (сокр. КПП/КПТ) хорошо подходит для многих аспектов телепсихотерапии. Это разговорная, практико-ориентированная на освоение, отработку навыков психотерапия, и поэтому она может быть относительно легко интегрирована с помощью онлайн-видеозвонков. Данная форма психотерапии подчеркивает важность когнитивных и поведенческих навыков пациента для минимизации своего психологического неблагополучия [14, 15]. Коллаборативный терапевтический стиль данной психотерапии помогает пациенту построить доверие и поддерживать чувство контроля над выбранными шагами в лечении на протяжении всего процесса. Пациент вносит изменения в свое поведение и работает над конкретными задачами между сеансами, чтобы усиливать эти изменения. При данной психотерапии пациент с меньшей вероятностью приписывает прогресс специалисту и с большей вероятностью имеет улучшенное чувство самоэффективности [16]. По сей день обсуждаемой задачей является проведение полностью дистанционного психотерапевтического лечения без какого-либо первоначального личного контакта с специалистом, поскольку могут возникнуть трудности с построением терапевтического альянса. Однако невербальные коммуникативные аспекты терапевтических отношений (выражение лица, глаза, голос, поза, жесты тела, физическая внешность) учитываются при онлайн психотерапии при условии, что применяется видеосвязь [16, 17].

Исследования дистанционной формы психотерапии депрессии и генерализованного тревожного расстройства показали, высокий уровень терапевтического альянса, при условии применения видеосвязи [18]. Отметим, что исследования КПП тревожного спектра расстройств, ПТСР проводимые с помощью телемедицины, были признаны эффективным для пациентов и дали результаты сходные с результатами очной формы. Проведение КПП возможно с помощью различных платформ видеозвонков (Skype, WhatsApp, Google Meet, FaceTime, Zoom). Выбор

платформы зависит от различных факторов включая опыт, доступность и предпочтения пациента и специалиста. Платформы Skype и Zoom имеют функцию общего доступа к экрану, опцию «белая доска», где можно более эффективно проводить психообразование пациента, наглядно показывать предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы тревоги, строить концептуальную модель расстройства пациента в режиме реального времени. Рекомендовано проводить сессии примерно с той же продолжительностью, что и очные (45-60 минут). Аудиовызовы менее рекомендованы с точки зрения эффективности протоколов КПП и построения терапевтического альянса, поскольку не будет возможности обмениваться материалом в ходе сеанса на экране или наблюдать некоторые важные аспекты невербальной коммуникации. Отметим, что в некоторых случаях аудиовызов может быть единственным вариантом, и, вероятно, лучше, чем ничего. Это может быть проще, если пациент и специалист встречались лицом к лицу, но опять же это не всегда возможно. В дистанционном режиме возможно отправка документов (диагностических шкал, выполненных домашних заданий) по электронной почте [17]. Отдельно выделяют телефонную форму КПП тревожного спектра расстройств, которая сопровождается брошюрой самопомощи для пациента. Было показано, что эта форма показывает хорошие результаты при лечении панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства и социальной тревоги [16].

■ ПРОТОКОЛ КРАТКОСРОЧНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА СНИЖЕНИЕ ВИРУСНОГО ДИСТРЕССА

Е.М. Андерсоном был предложен протокол *краткосрочной дистанционной когнитивно-поведенческой психотерапии тревоги, связанной с пандемией COVID-19* (Brief Online-delivered Cognitive-behavioral Intervention for Dysfunctional Worry Related to the Covid-19 Pandemic), который представляет собой структурированную автоматизированную программу, управляемую через интернет-платформу [19].

В основе данного протокола лежит *когнитивно-поведенческая модель тревоги за здоровье и ипохондрии* [20], (рис. 2). Предполагают, что телесные ощущения или доброкачественные симптомы интерпретируются человеком как ухудшение и признаки серьезного заболевания, которое может привести к тревоге за здоровье и впоследствии к увеличению дискомфортных телесных ощущений.

Телесные ощущения, их восприятие и интерпретация могут существенно зависеть от инициирующих событий (например, сообщений СМИ, физиологического возбуждения). Порочный круг телесных ощущений, когнитивных функций и тревоги может с большей вероятностью возникать в случае определенных предрасполагающих факторах (например, общей уязвимости к тревоге) и может поддерживаться перестраховочным или проблемно-ориентированным поведением (например, поведением, направленным на обеспечение безопасности, таким как интернет-исследования

в социальных сетях или онлайн консультации у врачей, сдача анализов) в смысле негативного подкрепления [20]. Что касается процессов интерпретации и атрибуции, то во время вспышки коронавируса более вероятно, что телесные ощущения или симптомы интерпретируются в соответствии с этим контекстом (например, «я дышу как-то не так, возможно, я заражен коронавирусом», «у меня диарея, это первый признак того, что у меня коронавирус»).

Исследователи более ранних пандемий (например, атипичной пневмонии) обнаружили, что переоценка угрозы связана с повышенной тревожностью [6]. Что касается инициирующих событий и поддерживающих факторов тревоги за здоровье, то средства массовой информации могут играть центральную роль в эпидемиях/пандемиях (например, чрезмерное использование интернета, связанного с COVID-19, в качестве поведения, направленного на обеспечение безопасности) [22]. ►

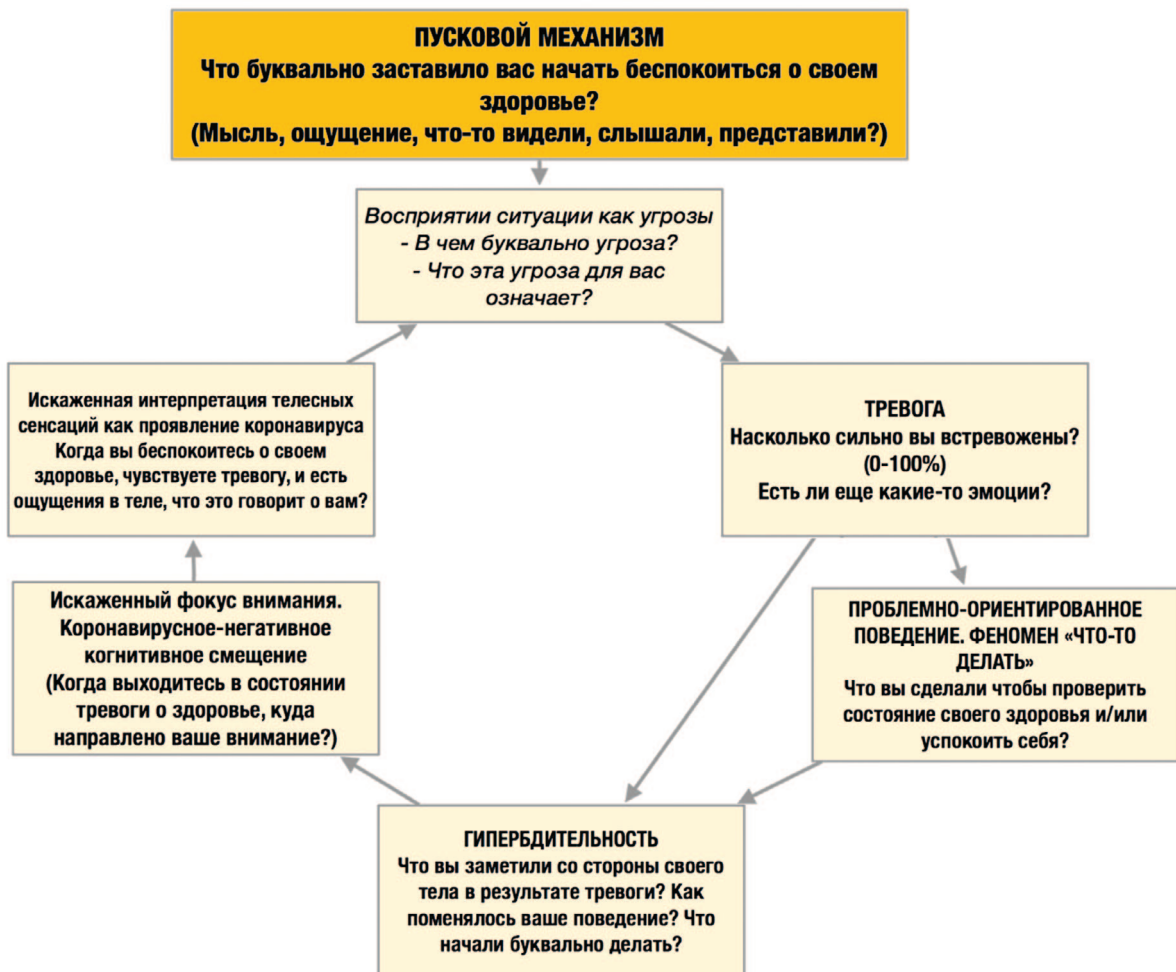


Рис. 2. Когнитивно-поведенческая модель тревоги за здоровье Р. Стерна и Д. Драммонда [21]
Fig. 2. Cognitive-behavioral model of health anxiety by R. Stern and D. Drummond [21]

Целью данного протокола КПП является воздействие на вирусную тревогу пациента за счет минимизации дисфункциональных стратегий регуляции эмоции (руминации, катастрофизация, тревога за здоровье) и замена их более гибкими (принятие и ответственность, чувство оптимальной информированности, положительная временная перспектива будущего, декатастрофизация).

Длительность психотерапевтического протокола – три недели. Состоит из установленных рекомендаций для решения проблем, связанных с тревогой, которые были адаптированы специально для дисфункциональной тревоги связанной с COVID-19. Каждый модуль включает сопроводительный текст-инструкцию (максимум восемь страниц) и одно или несколько заданий, которые пациенты должны практиковать в течение как минимум двух дней [19].

I. Введение. Дистанционного обследования психического состояния пациента. В начале и конце психотерапии пациенты проходят полное обследование, включающее все диагностические мишени (табл. 1).

Шкалы GAD-7 и WSAS заполняются пациентом каждую неделю, что позволяет специалисту отслеживать динамику лечения. Результаты наглядно показываются пациенту (рис. 3) с целью усиления терапевтического альянса, коррекции тактики психотерапевтического лечения для минимизации ухудшения состояния.

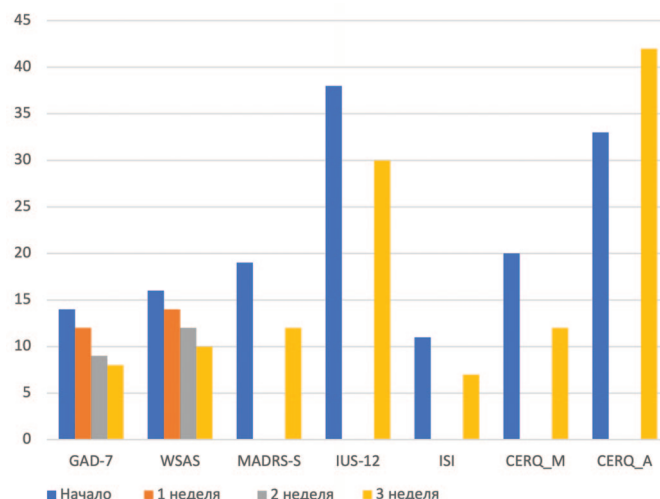


Рис. 3. Динамика психотерапевтического лечения пациентки 31 лет, с генерализованным тревожным расстройством, выраженной вирусной тревогой. Примечание. GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder Scale-7, WSAS – Work and Social Adjustment Scale, MADRS-S – Montgomery Asberg Depression Rating Scale; IUS-12 – Intolerance of uncertainty Scale; ISI – Insomnia Severity Index; CERQ_M – Неадаптивная эмоциональная регуляция Maladaptive emotion regulation; CERQ-A – адаптивная эмоциональная регуляция.

Fig. 3. Dynamics of psychotherapeutic treatment of a 31-year-old female patient with generalized anxiety disorder, expressed viral anxiety. Note. GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder Scale-7, WSAS – Work and Social Adjustment Scale, MADRS-S – Montgomery Asberg Depression Rating Scale; IUS-12 – Intolerance of uncertainty Scale; ISI – Insomnia Severity Index; CERQ_M – Maladaptive emotion regulation; CERQ-A – Adaptive Emotional Regulation.

II. Первый модуль охватывает психообразование о тревоге, беспокойство и эволюционную функцию тревожных мыслей (например, почему беспокойство иногда может быть полезным, а иногда бесполезным). Пациенту предлагается вести электронный дневник тревоги в течение нескольких дней и пометать каждую мысль беспокойства

Таблица 1. Компоненты дистанционного обследования психического состояния пациента с тревогой за здоровье с пандемией COVID-19

Table 1. Components of a remote mental health examination of a patient with health anxiety with the COVID-19 pandemic

Диагностические мишени	Шкалы
Симптомы вирусной тревоги /страха пандемии	• Coronavirus Anxiety Scale (CAS) • Fear of COVID Scale (FC-19S)
Симптомы генерализованного тревожного расстройства	• COVID-19-adapted version of the self-rated Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7)
Симптомы депрессии. Киберипохондри	• Montgomery Asberg Depression Rating Scale – Self report (MADRS-S) • Cyberchondria Severity Scale (CSS- 15)
Симптомы нарушения сна	• Insomnia Severity Index (ISI)
Воздействие пандемии COVID-19 на удовлетворенность качеством жизни	• CoRonavlrus Health Impact Survey (CRISIS)
Функциональный статус. Социальная адаптация	• Adapted Covid-19 version of the Work and Social Adjustment Scale (WSAS)
Когнитивная регуляция эмоций	• The Short Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ- short)
Толерантность к неопределенности	• Intolerance of uncertainty Scale (IUS)

как полезную или бесполезную, используя следующие инструкции: «Помогает ли эта мысль беспокоить вас решать проблемы или принимать соответствующие меры предосторожности? Если да, пожалуйста, обозначьте это как полезную мысль для беспокойства. В противном случае, пожалуйста, обозначьте это как бесполезную мысль». Цель первого модуля состоит в том, чтобы помочь пациенту лучше осознать свою тревогу и научиться различать функциональные и дисфункциональные формы тревоги. Дополнительно формируется чувство оптимальной информированности (конкретная/точная, заслуживающая доверия информация, избегая внушающих страх слов, посланий), которое обладает буферным эффектом на вирусную тревогу.

III. Второй модуль посвящен техникам решения проблем для разрешимых задач. Здесь пациенту предлагается определить тревожные мысли о разрешимых проблемах и активно работать над их решением (например, когда у вас возникает тревожная мысль, которая разрешима, пожалуйста, запланируйте временной интервал на тот же или следующий день, чтобы работать над этой мыслью) и применять простые техники решения проблем (например, начните с определения природы проблемы, а затем придумайте столько решений проблемы, сколько сможете придумать. Выберите решение, которое вы считаете наиболее разумным, попробуйте его и оцените, действительно ли оно решило проблему. Если нет, вернитесь и рассмотрите другое решение, без критики к себе и оценивая себя). Делается акцент на поведенческие навыки решения функциональных проблем с тревогой (контроль времени, план работоспособности, подготовка к возможным негативным результатам и поиск альтернативных решений).

IV. Третий модуль нацелен на чрезмерную проверку и поисковое перестраховочное поведение. Пациенту рекомендуется выявлять любые бесполезные формы поведения (например, измерять температуру несколько раз в день без каких-либо симптомов лихорадки или повторно проверять новости о смертности от COVID-19). Затем пациенту предлагается воздержаться от бесполезной проверки и поиска подтверждения безопасности, либо уменьшив их (например, измеряя свою температуру только один или два раза в день), либо отложив их (например, при получении

push-уведомления о covid-19 на вашем смартфоне подождите не менее 60 минут, а затем спросите себя, действительно ли вам нужно прочитать эту новость. Какие преимущества вы получите для себя?).

V. Четвертый модуль содержит техники отстранения от бесполезных тревожных мыслей. Более конкретно, пациенты выполняют упражнение под названием «диспетчер полетов», в котором их инструктируют сначала быть «на связи» в течение нескольких часов и реагировать на каждую тревожную мысль, которая приходит в голову. Затем тот, кто беспокоится, исследует, каково это-быть «не на службе», то есть не реагировать на тревожные мысли, а просто оставить их как «шум», который не нуждается в дальнейшем внимании, оценке, интерпретации. Затем данные этих двух периодов сравниваются, и пациенту предлагается сделать выводы о том, как эти различные стратегии повлияли на уровень его тревоги. Данный модуль также включает усиление поиска радости в повседневных ситуациях. В конце дня пациента просят назвать 5 вещей, которые принесли удовольствие за день.

VI. Пятый модуль состоит в том, чтобы побудить пациента заниматься здоровыми, осознанными привычками, несмотря на пандемию и тревогу по этому поводу. В этом модуле пациенту предлагается пересмотреть свои привычки, определить и расширить полезные виды деятельности, такие как приготовление пищи, занятие хобби, физические упражнения (что совместимо с текущими ограничениями), обращение за помощью к другим и помощь другим по мере необходимости. Этот модуль также включает стабилизацию гигиены сна с целью минимизации проблем со сном из-за беспокойства о covid-19. Краткое изложение предыдущих модулей и стратегии профилактики рецидивов.

Эффективность. По сравнению с поддерживающей психотерапией, у пациентов наблюдается снижение симптомов общей тревоги и депрессии, тревоги о здоровье, трудовая и социальная адаптация, переносимости неопределенности, но не по симптомам бессонницы. Психотерапевтические техники были в высшей степени приемлемыми, и никаких серьезных побочных явлений зарегистрировано не было. Небольшое число пациентов сообщили о легких побочных явлениях, которые носили преходящий характер [19]. ►

■ ПРОТОКОЛ ДИСТАНЦИОННОЙ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ТРАВМУ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Данный дистанционный протокол психотерапии для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (Д-КПП-ПСТР) [23] во время пандемии COVID-19 основан на психологической модели А. Элерса и Д.Кларка [24], представленной на рисунке 4.

Эта модель предполагает, что ПТСР характеризуется ощущением серьезной текущей угрозы, которая имеет два источника: природу памяти о травме (что приводит к вторжению травмы и другим симптомам повторного переживания) и чрезмерно негативную оценку травмы и/или ее последствий (рис. 4). Также наличие у пациента предполагаемых когнитивных и поведенческих стратегий, чтобы контролировать чувство угрозы. Чрезмерное использование этих стратегий поддерживает психическое неблагополучие пациента за счет, например, избегающего поведения, подавления воспоминаний и чрезмерного тревожного размышления.

Психотерапевтический протокол имеет три цели: 1) разработать и обновить память о травме, чтобы уменьшить повторное переживание симптомов, 2) изменить негативные оценки и 3) изменить стратегии, которые поддерживают чувство угрозы пациента, в то же время помогая пациенту восстановить/перестроить деятельность в своей жизни, которая обеспечивает чувство ценности и смысла [23]. Д-КПП-ПСТР обычно проводится в течение 8-10 сессий (60-90 минут) с тремя дополнительными бустерными сессиями, разнесенными на один месяц.

Основными стратегиями в ходе лечения являются [23]:

- Индивидуализированная формулировка случая, которая служит основой для терапии;
- Восстановление / перестройка жизненных ценностей;
- Обновление травматических воспоминаний-трехэтапный процесс, призванный связать менее угрожающие смыслы, интерпретации;
- Обучение различию и минимизаций триггеров повторного травматического переживания;
- Изменение проблемных оценок травм и их последствия, которые тесно интегрированы с помощью процедуры обновления памяти;



Рис. 4. Когнитивно-поведенческая психотерапия ПТСР Элерса и Кларка. Примечание. В скобках указаны мишени психотерапии (по Ehlers, 2013)
Fig. 4. Cognitive-behavioral psychotherapy for PTSD by Ehlers and Clark. Note. Targets of psychotherapy are indicated in parentheses (after Ehlers, 2013)

- Отбрасывание бесполезного поведения и когнитивных дисфункциональных процессов оценки ситуации (катастрофизация, чтение будущего, негативный фильтр), включая поведенческие эксперименты

- Противорецидивный план.

Следует учитывать, что многие пациенты с ПТСР в период пандемии испытывали коморбидную депрессию и суицидальные мысли до или во время курса лечения. В связи с этим мы рекомендуем отслеживать уровень симптомов депрессии и тревожного спектра расстройства каждую сессию, включая наличие и/или изменение суицидальных мыслей. Это можно контролировать с помощью опросника здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), уделяя пристальное внимание пункту 9.

Эффективность. В США клинические испытания показывают, что удаленное предоставление травмо-ориентированных методов лечения ПТСР, с применением техник направленных на когнитивную обработку травмы и длительную экспозиционную терапию также эффективно, как и очные методы [23].

■ ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ДИСТАНЦИОННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ

- **Шаг 1** состоит в том, чтобы установить психотерапевтическую сцену. Специалист и пациент должны договориться о платформе, используемой для видеоконференции (например, с высококачественной передачей видео и оптимальной безопасностью). Использование проводного соединения может быть предпочтительнее беспроводного соединения, поскольку проводные соединения имеют лучшую скорость, задержку, стабильность и безопасность. Конфиденциальность контакта должна быть гарантирована, и сеанс, очевидно, не может быть записан, если пациенты не дадут явного согласия на это. Важно, чтобы специалист объяснил пациенту, что они должны предпочтительно искать тихое место для сеансов, что они имеют регулярную (например, 45-60 минут) продолжительность и что сеанс будет возобновлен достаточно быстро, если он будет прерван техническими проблемами. Можно обмениваться телефонными номерами можно обмениваться с паци-

ентом, чтобы быстро вернуться на связь, когда интернет отключен более чем на несколько минут.

- **Шаг 2** заключается в поощрении участия поддерживающего (доверительного) лица; друг или член семьи может быть приглашен присоединиться к одному из начальных сеансов—либо удаленно, либо «вживую» из дома пациента. Роль этого человека заключается в том, чтобы выступать в качестве рупора, консультанта и компаньона, в то время как пациент проходит терапию и выполняет свои задания. Пациенту рекомендуется проинформировать доверительное лицо о планировании сеансов и связаться с ним после очень эмоционального сеанса, чтобы поразмыслить о сеансе, обобщить извлеченные выводы и просмотреть домашние задания, планы и мероприятия за несколько дней до следующего сеанса.

- **Шаг 3** включает в себя объяснение обоснования проведения когнитивных и поведенческих техник. Ключевые элементы этого обоснования заключаются в том, что при столкновении с стрессом (а также с внутренними и внешними сигналами, связанными с ним) требуется поддержание адаптивного взгляда на себя, собственную жизнь и будущее, а также постоянное участие в деятельности, которая приносит удовольствие. Тревожные и депрессивные стратегии избегания, а также жесткие, дезадаптивные модели мышления препятствуют достижению этих целей и являются мишенью для психотерапевтического лечения.

- **Шаг 4** включает в себя экспозиционную терапию, которая лежит в основе лечения. Предполагает постепенное столкновение со специфическими внутренними и внешними стимулами, связанными с тревогой (например, воспоминания, объекты и ситуации), которых избегает человек; это делается для того, чтобы уменьшить это избегание и осознать реальность тревоги. Общие упражнения в рамках экспозиционной терапии включают в себя побуждение пациентов представлять тревожные ситуации, ощущения в теле, без ответа на эти представления. Кроме того, специалисты могут показывать различные материалы из интернета о коронавирусе, чтобы способствовать гибкой оценке ситуации, увеличивая конфронтационный контекст шаг за шагом. Например, с помощью Google Earth можно постепенно увеличивать окружение места, где большое количество смертей людей от коронавируса. Точно так же, когда у пациента кто-то из окружения заболел от коронавируса, можно ►►

показывать все более явные изображения, напоминающие о болезни, начиная от нейтральных изображений медицинского персонала и заканчивая изображениями коронапациентов в перегруженном отделении интенсивной терапии вовремя коронакризиса. Видеоконференции открывают новые возможности для воздействия на конкретные избегаемые объекты. Например, пациентов можно попросить показать фотографии или видеозаписи беспокоящих его объектов, пройтись по дому, показывая места или предметы, имеющие определенное значение. Пациентам может быть рекомендовано выполнять эти упражнения в присутствии фигуры поддержки и использовать телефон вместо видеозвонков, чтобы обеспечить конфиденциальность в общественных местах и избежать проблем с подключением к интернету. Функция чата может использоваться для мониторинга уровня дистресса (например, пациента могут попросить оценить его/ее уровень дистресса по шкале 0-10 баллов каждые 15 минут). Экспозиционные техники во время сеансов могут быть дополнены письменными заданиями.

• **Шаг 5** включает в себя когнитивную реструктуризацию, которая направлена на выявление и изменение дезадаптивных когнитивных установок, которые препятствуют конфронтации с реальностью и ориентации на благополучное будущее, а также поддерживают негативные эмоции и бесполезное перестраховочное поведение. Дезадаптивные когнитивные способности включают в себя негативные представления о себе, смысле жизни и будущем, а также катастрофически неверные интерпретации ситуации и телесных ощущений и, особенно после чрезмерной сенсорной перегрузки информацией о коронавирусе наблюдается изменения в ощущении безопасности мира, его предсказуемости, управляемости со склонностью к самообвинению и недоверию. Цель когнитивной реструктуризации состоит не в том, чтобы помочь пациентам позитивно мыслить об этих проблемах или убедить их в том, что их когнитивные представления неверны. Вместо этого цель состоит в том, чтобы помочь пациентам принять то, что тревога разрушила некоторые убеждения и что для того, чтобы перейти от нездорового к здоровому поведению, важно изменить неадаптивные убеждения на полезные убеждения, отражающие уверенность, доверие к собственному телу, ситуации и надежду. В видеосессиях

совместное использование экрана может использоваться для объяснения записей мыслей, то есть форм, которые пациенты могут использовать для записи и оспаривания бесполезных мыслей. Общие параметры рабочего пространства (например, «белая доска» в skype) могут быть использованы для очень точной формулировки негативных когнитивных установок пациента и для поддержки применения методов оспаривания когнитивных установок. В качестве примеров можно привести технику «двух столбцов» (ориентированную на различие доказательств в пользу и доказательств против конкретной негативной мысли) и технику «пирог» (ориентированную на определение завышенной ответственности пациента за нежелательное событие-например, заражение родственника короной-путем перечисления всех возможных причин события, а затем взвешивания и графического представления этих причин, с формированием того, что помимо заражения может произойти).

• **Шаг 6** формирование градуированной поведенческой активация, которая включает в себя помощь пациентам постепенно увеличивать свою вовлеченность в обычные виды деятельности, которые предлагали радость, смысл и удовольствие. Акцент должен быть сделан на разработке новых целей и ролей. Пациенту оказывается помощь в осознании личностных ценностей, например, в социальной, рекреационной и образовательной/профессиональной сферах функционирования, а также в формулировании конкретных целей, связанных с этими ценностями, и шагов по их достижению. В этой части психотерапии проводится видеосессия, которая предлагает возможности для обмена целями с помощью совместного использования экрана для разработки и совместного использования шагов для достижения целей вместе с помощью доски, для привлечения доверительного лица (или других лиц) непосредственно к обдумыванию и планированию мероприятий, а также для записи запланированных мероприятий непосредственно с помощью инструмента формирования повестки дня и планирования.

Важно отметить, что на всех этапах психотерапевтической помощи пациентов можно попросить записывать сеансы и просматривать их несколько раз, чтобы увеличить эффект обучения. Например, сеансы, в которых используется

образное воздействие, можно наблюдать неоднократно, чтобы стимулировать обработку эмоциональных воспоминаний. Сеансы, на которых дневники используются для выявления и изменения негативных мыслей, можно наблюдать несколько раз, чтобы получить хорошее представление о тонкостях когнитивной реструктуризации [1, 12].

Мы также признаем, что дистанционная психотерапия может создавать проблемы для самих специалистов, и помним, что многие проводят лечение из собственных домов. Мы призываем специалистов распространять сострадание, которое они проявляют к пациентам, на самих себя, делать перерывы после разговора с пациентами и проводить четкое различие между работой и личной жизнью. Это может помочь поставить удаленные инструменты терапии (ноутбук, рабочий мобильный телефон) прочь после звонков и предпочтительно в другой комнате. Слышать о травме пациента дома может быть особенно неприятно, если есть параллели с личной жизнью специалиста, которые могут стать более распространенными с травмой, связанной с COVID-19, и тяжелой утратой, затрагивающей значительную часть населения во многих странах. Специалисты могут счесть полезным использовать различие «тогда» и «сейчас» дома, когда они сворачивают, если это необходимо, выявляя, что отличается в их домашней обстановке и ситуации от травмы пациента [13, 17].

■ ВЫВОДЫ

Имеющиеся данные показывают, что в век цифровизации применение адаптированных дистанционных протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии может быть эффективной тактикой снижения дисфункциональной вирусной тревоги за счет продвижения стратегий адаптивной регуляции эмоций, что имеет значительный потенциал для улучшения общественного здравоохранения в России. В отличие от иных психотерапевтических тактик лечения, когнитивно-поведенческая психотерапия намного короче (3 против 10 недель), имеет фиксированную и в то же время гибкую структуру в соответствии с психическим состоянием и потребностями пациента. Эта форма психотерапии легко масштабируется и может быть доступна для населения в целом с помощью цифровых платформ, широкодоступных в большинстве передовых систем здравоохранения. Забегая вперед, можно сказать, что после окончания коронакризиса дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии может оставаться альтернативой очной терапии, когда очная помощь менее доступна из-за нехватки времени у пациента, наличие транспортных проблем. Кроме того, интересно подумать о ее более широком применении в России, учитывая новые варианты оказания эффективной психологической помощи. //

ЛИТЕРАТУРА

1. Boelen Paul A., Eisma C., Geert S. Remotely Delivered Cognitive Behavior Therapy for Disturbed Grief During the COVID-19 Crisis: Challenges and Opportunities. *Journal of Loss and Trauma* 2020. DOI: 10.1080/15325024.2020.1793547.
2. Türközler, H.B., ...ngür, D. A projection for psychiatry in the post-COVID-19 era: potential trends, challenges, and directions. *Mol Psychiatry* 2020. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0841-2>.
3. Gentile, A., De Berardis, D., Tomasetti, C., Ventriglio, A. Digital psychiatry in COVID-19 pandemic: An Italian perspective. *Psychiatry research* 2020. 292, 113316. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113311>.
4. Sanderson W.C., Arunagiri V., Funk A.P. et al. The Nature and Treatment of Pandemic-Related Psychological Distress. *J Contemp Psychother* 2020 <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09463-7>.
5. Bailer J., Kerstner, T. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, and Coping* 2016. 29(2), 219–239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>.
6. Blakey S.M., Abramowitz J.S. Psychological predictors of health anxiety in response to the Zika virus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2017. 24(3-4), 270–278. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9514-y>.
7. Brown R.J., Skelly N., Chew–Graham C.A. Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2019. 9(2), 85. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12299>.
8. Jungmann S.M., Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders* 2020. 73. 11–19.
9. Zhang Y., Ma Z.F. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020. 17(7), <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>.
10. Waller G., Pugh M, Mulkens, S, et al. Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible.

ЛИТЕРАТУРА

- Int J Eat Disord* 2020 53: 1132–1141. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>
11. Liu S., Yang L., Zhang C. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020. 7(4). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
12. Murphy R., Calugi S., Cooper Z. Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. *Cognitive Behaviour Therapist* 2020. 13. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000161>.
13. Swartz H.A. The Role of Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic. *Am J Psychother.* 202073(2):41-42. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20200015.
14. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность. *Современная зарубежная психология* 2018. – Том 7. – № 4. С. 56–74. doi:10.17759/jmfp.2018070407. [Melyohin A.I. Distantionnaya kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya sindroma razdrzhennogo kishechnika: spetsifika i effektivnost. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya = Contemporary foreign psychology* 2018. – Том 7. – № 4. С. 56–74. doi:10.17759/jmfp.2018070407. (In Russian)].
15. Мелёхин А. И. Дистанционная форма когнитивно-поведенческой психотерапии рефрактерного синдрома раздраженного кишечника. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения* 2020. – Т. 12, – № 2. – С. 30–46. [Melyohin A. I. Distantionnaya forma kognitivno-povedencheskoy psihoterapii refrakternogo sindroma razdrzhennogo kishechnika. *Zhurnal telemeditsiny i elektronogo zdavoohraneniya = Telemedicine and eHealth Journal* 2020. – Т. 12, – № 2. – С. 30–46. (In Russian)].
16. Alavi N., Omrani M. Online Cognitive Behavioral Therapy An e-Mental Health Approach to Depression and Anxiety. *Springer* 2019. p. 170
17. Wahlund T., Mataix-Cols D. Brief online cognitive behavioural intervention for dysfunctional worry related to the COVID-19 pandemic: *Pre-specified interim results from a randomised trial*. 2020. <https://doi.org/10.31234/osf.io/rdka2>.
18. Hadjistavropoulos H.D., Pugh N.E., Hesser H. Therapeutic alliance in internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression or generalized anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2017. 24, 451–461. doi: 10.1002/cpp.2014.
19. Andersson E. Brief online-delivered cognitive-behavioural therapy for dysfunctional worry related to the COVID-19 pandemic: A randomised trial. 2020. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EXH47>.
20. Witthöft M., Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010. 6, 257–283. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.12108.131505>.
21. Stern R. S., Drummond, L. M. The practice of behavioural and cognitive psychotherapy. New York: Cambridge University Press 1991.
22. Garfin D.R., Silver R. C., Holman E. A. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology* 2020. 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>.
23. Wild Jennifer, Emma Warnock-Parkes, Hannah Murray, Alice Kerr, Graham Thew, Nick Grey, David M. Clark & Anke Ehlers Treating posttraumatic stress disorder remotely with cognitive therapy for PTSD, *European Journal of Psychotraumatology* 2020 11:1, DOI: 10.1080/20008198.2020.1785818.
24. Ehlers A., Clark, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000. 38(4), 319–345.
25. Jalloh M.F., Li W. Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health. *BMJ Global Health* 2018. 3(2), e000471. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000471>.

Сведения об авторе:

Мелехин А.И. – кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт. Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина. Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru, РИНЦ AuthorID 762868

Вклад автора:

Мелехин А.И. – дизайн исследования, разработка протоколов, написание статьи, 100%.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Статья поступила: 07.09.20

Принята к публикации: 07.10.20

Information about author:

Melekhin A.I. – psychologist, psychotherapist, PhD in Psychology, candidate of psychological Sciences, associate Professor, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive behavioral psychotherapist. Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin. Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>

Author contributions:

Melekhin A.I. – research design, protocol development, article writing, 100%.

Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Received: 07.09.20

Accepted for publication: 07.10.20