

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>

Дезадаптивная тревога о здоровье: применение лечебной дистанционной когнитивно-поведенческой терапии

Клиническое исследование

А.И. Мелехин

НОЧУ ВО «Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина»; д.12/11, корп. 20, ул. 1-я Бухвостова, Москва, 107076, Россия

Контакт: Мелехин Алексей Игоревич, clinmelehin@yandex.ru

Аннотация:

В статье описывается связь тревоги о здоровье с другими типами тревожных расстройств. Показано, что, в отличие от МКБ-11, в DSM-V термин «ипохондрия» был заменен на «расстройство искаженной интерпретации соматических симптомов» и «болезнь-ориентированное тревожное расстройство». Детализировано понятие «интероцептивное осознание» для понимания тревоги о здоровье. Описаны когнитивно-поведенческие модели тревоги о здоровье П. Салковскиса и соавт. и Альберта Чжуньян Хиггинс-Чена и соавт. Систематизированы общие модули дистанционной когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье. Показана общая эффективность дистанционных протоколов КПТ тревоги о здоровье и выделены ее предикторы.

Ключевые слова: ипохондрия; тревога о здоровье; здоровье; психотерапия; когнитивно-поведенческая психотерапия; тревога; тревожные расстройства; дистанционная когнитивно-поведенческая терапия.

Для цитирования: Мелехин А.И. Деадаптивная тревога о здоровье: применение лечебной дистанционной когнитивно-поведенческой терапии. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2023;9(2):29-39; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>

Maladaptive health anxiety: the application of remedial remote cognitive behavioral therapy

Clinical research

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>

A.I. Melehin

Humanitarian Institute named after P.A. Stolypin; 57, st. Polyany, Moscow, 117042, Russia

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

Abstract:

The article describes the relationship of health anxiety with other types of anxiety disorders. It is shown that, unlike ICD-11, in DSM-V, the term hypochondria was replaced by a disorder of distorted interpretation of somatic symptoms and disease-oriented anxiety disorder. The concept of interoceptive awareness for understanding health anxiety is detailed. Cognitive behavioral models of health anxiety by P. Salkovskis et al. are described. and Albert Junyang Higgins-Chen et al. The general modules of remote cognitive behavioral therapy of health anxiety are systematized. The overall effectiveness of remote CBT protocols of health anxiety is shown and its predictors are identified.

Key words: hypochondria; health anxiety; health; psychotherapy; cognitive behavioral psychotherapy; anxiety; anxiety disorders; remote cognitive behavioral therapy.

For citation: Melehin A.I. Maladaptive health anxiety: the application of remedial remote cognitive behavioral therapy. Russian Journal of Telemedicine and E-Health 2023;9(2):29-39; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>

■ ВВЕДЕНИЕ

За последние несколько лет во всем мире среди разновозрастного населения увеличивается *киберипохондрия – дезадаптивная или деструктивная тревога о здоровье*, которая характеризуется постоянным и преувеличенным страхом («а вдруг», «а если...») перед серьезной, чаще всего неизлечимой, инвалидизирующей болезнью (онкология, сердечно-сосудистые, урологические заболевания, тяжелые психические расстройства), основанная на неправильном толковании телесных симптомов, что приводит к функциональной нетрудоспособности («жизнь как во сне», страх тела, болезнь-ориентированное поведение), которая трудно поддается лечению и приводит к высокой степени использования медицинских ресурсов от сдачи анализов до вызовов скорой помощи [1]. Примечательно, что тревога за здоровье не приостанавливается, когда человек действительно болен, и переоценка вероятности и серьезности угроз для своего здоровья продолжают действовать [2].

Пациенты с тревогой о здоровье имеют коммуникативную специфику (определенный механистический, органно-ориентированный язык описания своего состояния) [3], высказывают опасения, сомнения по поводу состояния здоровья различным медицинским работникам, психологам, блогерам, коучам, друзьям и семьям. Те с благими намерениями могут пы-

таться неоднократно успокаивать пациентов или, если они врачи, менять лечение, чтобы уменьшить их тревогу, но, к сожалению, это контрпродуктивно в отсутствие сопутствующей психотерапевтической помощи, которая позволила бы овладеть более продуктивными навыками преодоления трудностей.

Согласно имеющимся когнитивно-поведенческим моделям данного расстройства, облегчение, связанное с успокоением, повышает вероятность того, что пациент будет искать успокоения в ответ на будущие проблемы со здоровьем [2, 4]. Точно так же изменение тактики медицинского лечения, основанное исключительно на тревоге пациента, приводит только к усилению беспокойства по поводу нового плана. Оба действия отвлекают от психотерапевтических вмешательств, нацеленных на лежащие в основе когнитивные искажения, которые в первую очередь вызывают тревогу у пациента.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Говоря про тревогу о здоровье, следует упомянуть и про *ипохондрический синдром*, который характеризуется постоянным и преувеличенным страхом перед серьезной болезнью, основанным на искаженном преувеличенном толковании телесных симптомов. Из-за уничижительных, стигматизирующих коннотаций термина «ипохондрия» и того факта, что появля-



Рис. 1. Связь тревоги о здоровье с другими типами тревожных расстройств
Pic. 1. Linking health anxiety to other types of anxiety disorders

ется все больше свидетельств, указывающих на то, что это расстройство лучше всего концептуализировать как входящее в *тревожный спектр расстройств*, был предложен термин «*дезадаптивная тревога за здоровье*» (*severe health anxiety*) [5], который используется как синоним ипохондрии на протяжении всей данной статьи.

Данная форма тревоги имеет общие поведенческие и когнитивные особенности с рядом расстройств (рис. 1):

- *Обсессивно-компульсивное расстройство*. Например, повторяющиеся проверки («есть или нет пульса», «глотнули или не глотнула»), ритуалы в отношении тела, а также избегающее поведение (страх поесть, не проглочу);

- *Паническое расстройство*. Например, искаженное толкование телесных симптомов с проявлением катастрофизации («а вдруг закружится голова»). Спектр поведения направлен на обеспечение безопасности и чувства контроля. Может проявляться физически в виде таких симптомов, как одышка, головокружение и учащенное сердцебиение;

- *Генерализованное тревожное расстройство*. Например, чрезмерное беспокойство, нетерпимость к неопределенности и к тому, что тело живое, и его невозможно «выключить».

- Может в некоторой степени рассматриваться как сочетание этих расстройств, но с основным акцентом на специфическую тревогу вокруг здоровья.

Следует отметить, что в тревоге за здоровье чрезмерное беспокойство сосредоточено на настоящем и будущем состоянии здоровья

В отличие от МКБ-11, в DSM-V термин «ипохондрия» был заменен на:

- *Расстройство искаженной интерпретации соматических симптомов* (*disorders somatic symptom*);

- *Болезнь-ориентированное тревожное расстройство* или страх заболевания, характеризующийся озабоченностью, страхом серьезной болезни, несмотря на заверения врача (*illness anxiety disorder*) [3].

Эти два расстройства различаются в том смысле, что для первого необходимо наличие соматических симптомов (например, функциональных нарушений) и основной причины беспокойства, в то время как для второго диагноза

не требуется, чтобы телесные проявления были источником страха. Таким образом, болезнь-ориентированное тревожное расстройство захватывает, например, людей, сильно обеспокоенных развитием рака, инсульта, деменции, инфаркта, но у которых нет отчетливых телесных ощущений и когнитивных изменений, которые рассматриваются как свидетельство органических заболеваний.

У человека индивидуальная способность обнаруживать и интерпретировать interoцептивные сигналы может быть изменена под влиянием накопленного микро/макростресса и неблагоприятного жизненного опыта (например, опыта потери близкого человека, переезд, мобилизация, увольнение). Люди, испытавшие чрезмерный стресс, хронический болевой синдром и/или перенесшие психологическую травму, возможно, перестают доверять и/или гибко учитывать, слушать телесные сигналы, что затрудняет эмоциональную регуляцию и благополучие в целом [6].

В клинической психологии имеются убедительные доказательства, свидетельствующие о связи между «плохим» или «нарушенным» восприятием сенсорной информации у пациента или *интероцептивной осознанностью* (*interoceptive awareness*) и трудностями с регулированием эмоций (раздражительность, обидчивость, гнев, косвенная агрессия [6]).

Интероцептивное осознание – способность человека идентифицировать, получать доступ, понимать и адекватно реагировать на различные паттерны внутренних сигналов от тела, и в целом на телесные сенсации [6].

Говоря про тревогу о здоровье, человеку, чтобы получить доступ к осознанию ощущений от тела, нужно знать, каким образом воспринимать внутренние ощущения, т.е. иметь когнитивную линзу. Однако эта линза может быть искажена, не сформирована или дать сбой. Это часто сопровождается избеганием ощущений (часто характеризуемых как «защита от чувств»), чрезмерной катастрофизацией, страхом перед телом.

Согласно DSM-V, считается, что *расстройство искаженной интерпретации соматических симптомов* больше всего похоже на ипохондрический синдром, но, поскольку оба расстройства являются новыми диагностическими ►►

объектами для Российской психотерапевтической практики, существует очень ограниченное количество исследований этих расстройств во всех аспектах, включая эпидемиологические оценки и бремя болезни, и, что не менее важно насколько известно, до сих пор нет опубликованных исследований по протоколам лечения.

Выраженная степень тревоги о здоровье довольно распространена среди населения в целом, оценки распространенности варьируются от 1 до 4%. До 25–39% пациентов, обращающихся к врачам, могут иметь дезадаптивный уровень беспокойства о здоровье [5]. Как и в случае большинства тревожных расстройств,

патогенез в значительной степени остается неясным, но исследования показали, что факторы риска включают недавнее переживание стрессовых событий в жизни (например, опыт потери родителя, свидетель несчастного случая, расставание, ощущение уязвимости, увольнение, расставание с партнером, переезд в новую квартиру, сепарация от родителей) и соматическое заболевание как у себя, так и у значимых других людей для пациента. Что касается факторов, поддерживающих данное расстройство, то существует ряд исследований, в значительной степени поддерживающих когнитивно-поведенческую модель, предложенную П. Салковским и соавт. (рис. 2) [2].

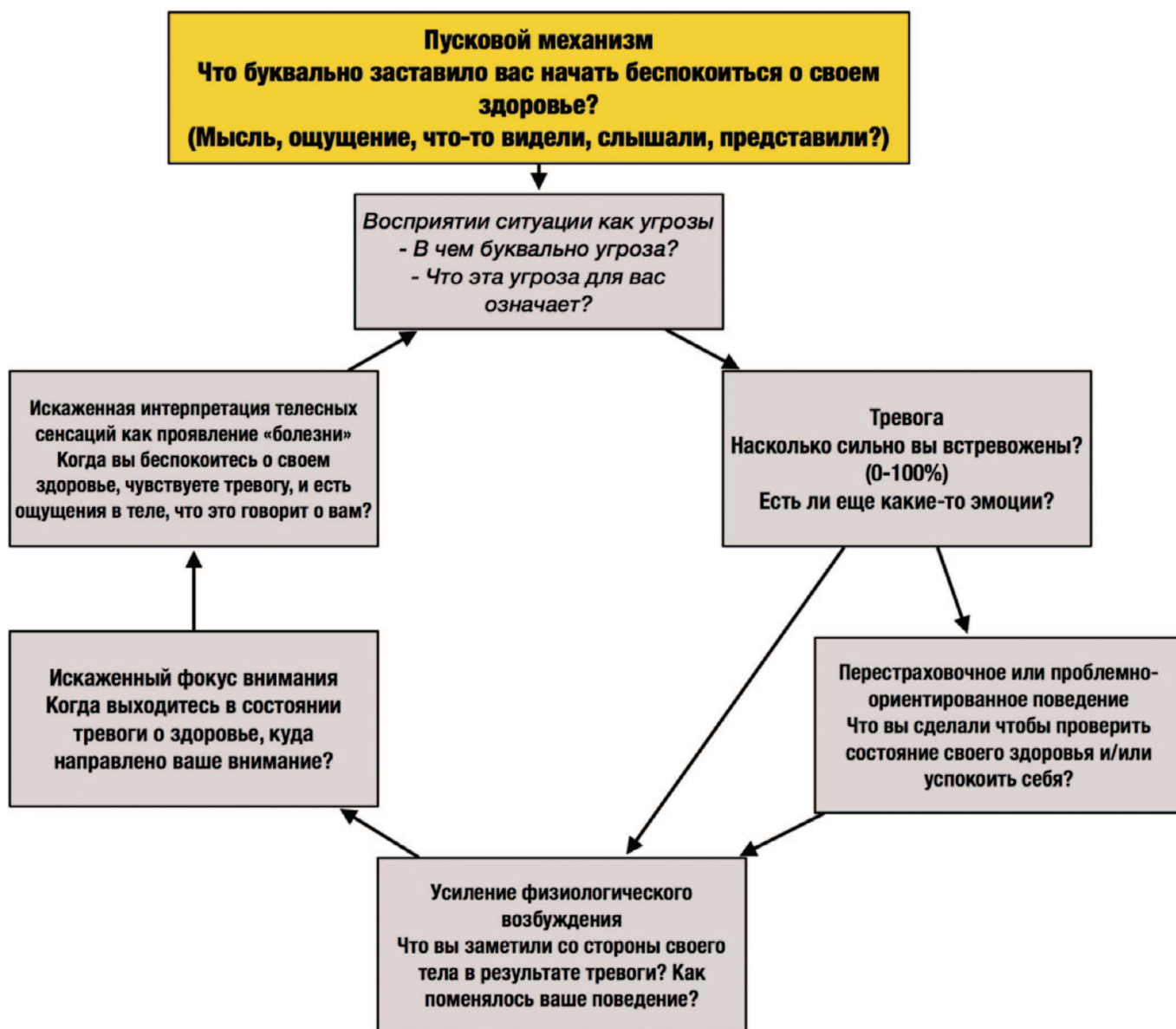


Рис. 2. Когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье (ипохондрического синдрома) П. Салковскиса и соавт. [2]
 Pic. 2. Cognitive-behavioral model of health anxiety (hypochondriac syndrome) by P. Salkovskis et al. [2]

Показано, что сканирование телесных ощущений («нормальный ли пульс», «нормально ли глотнула»), спектр самоуспокаивающего поведения, такого как расспросы врачей о симптомах, поисковое интернет-поведение, самолечение в социальных сетях, обращение к различным врачам, сдача ряда анализов являются факторами, способствующими поддержанию серьезной тревоги о здоровье. Успешное применение экспозиционных техник в рамках когнитивно-поведенческой терапии у данной группы пациентов свидетельствует о том, что спектр избегающего поведения и дисфункциональные убеждения («упустить», «а вдруг я не знаю») с преобладанием режима «что-то не так» играют существенную роль в хронизации тревоги о здоровье [5].

Также следует учитывать когнитивную модель тревоги по поводу болезней предложенная Альбертом Чжуньян Хиггинс-Ченом и соавт. (рис. 3) [4]:

Из рис. 3 видно, тревога о здоровье ухудшается с течением времени из-за самоподкрепляющегося цикла беспокойства и безопадно-ориентированного поведения. Навязчивая мысль или страх перед болезнью вызывают беспокой-

ство, которое побуждает пациента либо искать утешения, либо избегать проблемы. Временное облегчение защитного поведения вознаграждает и укрепляет первоначальную навязчивую мысль и автоматическое поведение, в то же время не позволяя пациенту осознать, что страх был необоснованным. Специфические когнитивные искажения делают пациентов особенно уязвимыми к этому циклу. Повышенная нетерпимость к неопределенности побуждает пациентов обращаться за экспертным мнением, даже если вероятность заболевания ничтожно мала. Повышенная телесная бдительность и катастрофическое неправильное истолкование заставляют их постоянно сканировать свое тело и находить признаки серьезного заболевания. Основные убеждения о здоровье могут быть ошибочными и ригидными, например, «здоровье означает полное отсутствие физических или психических симптомов», «тело не должно ничего испытывать и выражать». Психотерапия систематически изменяет эти мысли и поведение, что показано на рис.3.

До середины и даже конца 90-х годов считалось, что дезадаптивная тревога о здоровье трудно поддается лечению, но сегодня ►



Рис. 3. Когнитивно-поведенческая модель болезнь-ориентированного тревожного расстройства Альберта Чжуньян Хиггинс-Чена и соавт. [4]
 Pic. 3. A cognitive-behavioral model of disease-oriented anxiety disorder by Albert Zhongyang Higgins-Chen et al. [4]

появляется все больше убедительных доказательств того, что с ней можно эффективно бороться с помощью различных протоколов когнитивно-поведенческой терапии «второй» и «третьей» волны (КПТ) в зависимости от состояния пациента. Лекарства могут дополнять лечение психотерапией. Рандомизированные контролируемые исследования подтверждают эффективность СИОЗС при лечении, хотя она и ниже, чем от психотерапии. Отчеты о случаях предполагают, что ТЦА, такие как кломипрамин, также могут быть полезны. Однако пациенты с тревогой о здоровье часто предпочитают психологическое лечение и лучше переносят его, нежели фармакологическое. Следует учитывать, что чрезмерное внимание к лекарствам для лечения тревоги о здоровье на самом деле может усугубить беспокойство пациентов [6].

Когнитивно-поведенческая терапия как форма *немедикаментозной* психотерапии включает в себя психообразование о состоянии пациента с формированием гибкой внутренней картины болезни/здоровья; экспозиционную терапию, направленную на минимизацию избегающего/перестраховочного поведения; техники, направленные на снижение когнитивного и соматического гипервозбуждения; телесно-ориентированные техники, направленные на повышение осведомленности о телесных ощущениях; а также работу с дисфункциональными режимами (поиск одобрения, «жалеть себя», и убеждениями «все здоровы, а я больная», «завидую всем, кто здоров», «боюсь, что я буду больной») [1].

По сей день «золотым стандартом» считается *экспозиционная терапия* (exposure-based therapy) или *терапия, основанная на воздействии, провокации* дезадаптивного ограничительного поведения. Она приводит к угасанию тревоги о здоровья и снижает частоту обращения за медицинской помощью, связанной с повторным контактом с негативными стимулами, вызывающими симптомы [7], что способствует развитию у пациента психологической гибкости в понимании себя, окружения, телесных ощущений. С другой стороны КПТ также включает в себя проведение совместно с пациентом поведенческих экспериментов как на онлайн сессии, так и в реальной жизни с целью проверить и изменить искаженные представления о телес-

ных ощущениях. Ряд рандомизированных контролируемых исследований продемонстрировал, что «очные» протоколы КПТ в отношении тревоги о здоровье обладают рядом терапевтических и экономических преимуществ [8].

За последние несколько лет для удобства как пациентов, так и специалистов в области психического здоровья были адаптированы дистанционные протоколы КПТ тревоги о здоровье (Telephone Administered Cognitive Behavioural Therapy/Internet-delivered cognitive behavioural therapy), а также показана их эффективность [9], в том числе и в наших работах [10,11]. Данные протоколы основаны на модели, подчеркивающей роль отрицательного само- и внешнеподкрепляемого избегающего и безопасно-ориентированного поведения как факторов, поддерживающих тревогу о здоровье. Компоненты 12 модулей дистанционного психотерапевтического лечения (далее сокр. ICBT), которое проводится с помощью Skype или Zoom, 1 раз в неделю по 60 минут представлены нами в таблице 1. В дистанционную, полностью контролируемую специалистом форму входят рабочие листы с заданиями, онлайн система оценки психического и психологического состояния пациента до, во время и после психотерапии (например, 18-item Short Health Anxiety Inventory).

Из таблицы 1 видно, что основная стратегия при КПТ тревоги о здоровье – это систематическое моделирование ситуаций или событий, связанных с тревогой у пациента, в сочетании с гибким предотвращением реакции с помощью специальных техник. Например, в рамках экспозиционной терапии применение определенных подобранных под пациента физических упражнений с целью минимизации страха перед неопределенностью телесных ощущений, а для снижения перестраховочного поведения применяется протокол угашения (габитуации) реакции (например, мониторинга пульса на часах и тонометре). Другой пример, это *совместный* с пациентом просмотр эпизодов сериалов (например, «Доктор Хаус») где основная тема – болезнь, которую боится пациент, для формирования де-катастрофизации, снижения негативных когнитивных ярлыков и искаженной внутренней картины болезни/здоровья.

Кроме того, из таблицы 1 видно, что КПТ содержит специальные упражнения, предназна-

ченные для того, чтобы столкнуться с пациентами с дисфункциональными мыслями о болезни, где часто эффективным является позволить пациенту *написать свою историю болезни*, содержащую все опасные последствия заболевания. Например, пациент пишет историю обо всем плохом, что могло бы случиться, если бы у него развился боковой амиотрофический склероз: как он становится слабым, как не может позаботиться о себе, как партнер вынужден поместить его в хоспис, как в конце концов он теряет способность говорить.

Мы видим, что психотерапевтическое лечение опирается на *систематическую дистанционную экспозиционную терапию*, направленную как на ситуации, так и на тело (подход «тигры сверху и снизу»). Все упражнения, связанные с воздействием, повторяются несколько раз и в разных контекстах, и пациенту дается указание следить за мыслями, эмоциями, поведенческим сопротивлением, выгодой от избегания во время упражнений.

С начальной фазы лечения в качестве средства используется тренировка осознанности в отношении телесных ощущений (техника

«глаза новичка»). Следует отметить, что данная техника используется для усиления экспозиционных аспектов лечения. Это означает, что усиление осознанности используется не как отдельное психотерапевтическое вмешательство, но как способ повысить вероятность того, что пациенты смогут управлять тревогой о здоровье во время экспозиции, не будут использовать данную технику с целью отвлечения от тревожных ощущений.

В ходе психотерапии подчеркивается, что лечение не направлено на развитие навыков позитивного мышления и обучение техникам отвлечения или переключения внимания. Таким образом, данный подход отличается от лечения в рамках КПТ, направленной на усиление осознанности (*mindfulness-based cognitive therapy* [6]), где техники осознанности используются как основное вмешательство. В данном подходе (см. таблицу 1) тренировка осознанности включает в себя ежедневные упражнения по направлению внимания к различным раздражителям, включая тело, при наблюдении за мыслями и эмоциями. При этом пациент, не пытаясь их изменить, снижает проблемно-ориентированное, ►►

Таблица 1. Общие модули дистанционной когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье
Table 1. General modules of distant cognitive-behavioral therapy of health anxiety

Модуль	Аспекты	Домашнее задание
1	Введение в КПТ для пациента. Разбор дистанционного кадра психотерапии. Когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье. Техники усиления осознанности в отношении тела – разбор видео, совместное с клиническим психологом выполнение. Электронный дневник тревоги о здоровье.	Тренировка осознанности. Ведение дневника. Анализ модели тревоги о здоровье в реальной жизни пациента.
2	Дополнение модели тревоги о здоровье на основе наблюдений пациента. Разбор трудностей при выполнении техники «осознанное тело». Идиосинкразическая модель тревоги о здоровье: выгоды и издержки. Разбор электронного дневника тревоги о здоровье: выявление провоцирующих, поддерживающих факторов.	Тренировка осознанности.
3	Техника «Телесная грамотность». Катастрофизирующее мышление в отношении телесных ощущений. Выделение когнитивных ярлыков. Тренинг рассеивания внимания. Протокол де-катастрофизации.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.
4	Специфика избегающего и перестраховочного поведения у пациента и применение interoцептивной экспозиционной терапии. Тренинг рассеивания внимания и усиления доверия к телесным ощущениям.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.
5	Экспозиционная терапия, направленная на стимулы-провокаторы в отношении тревоги о здоровье.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.
6	Экспозиционная терапия в отношении мыслей о болезнях.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.
7-10	Разбор трудностей в проведении interoцептивной и экспозиционной терапии у пациента.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.
11-12	Подведения итогов лечения. Акцент на наиболее полезные техники. Разбор трудностей. Составление противорецидивного плана и усиление сохранения достижений.	Отработка навыков в повседневной жизни пациента.

поисковое поведение – «что-то делать», «знать», «понимать», «маркировать». Этот подход ближе к *телесно-ориентированной терапии, основанной на осознанности* (Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy, МАВТ [6]), которая направлена на формирование interoцептивной осведомленности посредством комбинации психообразования и соматических подходов, направленных на решение проблем с interoцептивной обработкой у пациента.

В середине и конце лечения в рамках экспозиционной терапии пациенту предлагается использовать навыки осознанности для повышения толерантности к авersiveм внутренним реакциям со стороны телесных проявлений и мыслей. Хотя по сей день в клинической психологии не совсем ясно, как осознанность достигает своего психотерапевтического эффекта, было высказано предположение, что это происходит за счет повышения осведомленности о множественных условных триггерах тревоги. Как описано в таблице 1, помимо экспозиционной терапии и техник усиления осознанности, КПТ включает в себя психообразование на основе когнитивно-поведенческих моделей тревоги о здоровье (рис.2,3), составлении противорецидивного плана. Онлайн-курсы для пациентов с тревогой о здоровье, как ThisWayUp, имеют дополнительное преимущество.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность дистанционного протокола КПТ тревоги о здоровье

Вышеописанный дистанционный протокол был впервые протестирован в открытом клиническом исследовании с использованием обычного формата личной беседы и был признан эффективным в снижении тревоги о здоровье, а также общей тревоги и депрессивных симптомов [12]. Далее был протестирован в двух рандомизированных контролируемых исследованиях.

В первом исследовании (N пациентов = 81) лечение сравнивалось с базовым состоянием контроля внимания без активного лечения. Результаты показали, что протокол ICBT оказал значительное влияние на первичный результат тревоги о здоровье (по шкале Health Anxiety In-

ventory, сокр. HAI). Психотерапевтическое лечение также привело к значительным улучшениям внутри группы пациентов по тому же показателю (до и после $d=1,94$; до и после 6-месячного наблюдения $d=2,09$) и по показателям общей тревожности, депрессивных симптомов и чувствительности к тревоге (диапазон d до и после $=0,90-1,19$). При 6-месячном наблюдении 80% пациентов, проходивших данный протокол лечения, больше не соответствовали диагностическим критериям серьезной дезадаптивной тревоги о здоровье [9]. Одним из основных ограничений этого исследования было отсутствие активного психотерапевтического лечения в контрольной группе, только психообразование.

Поэтому в последующем исследовании (N пациентов=158) наши зарубежные коллеги противопоставили лечение поведенческому управлению стрессом, включающему в основном прикладную релаксацию и базовые психотерапевтические вмешательства, направленные на снижение стресса [8]. Было установлено, что прикладная телесно-ориентированная релаксация эффективна при психотерапевтическом лечении как панического расстройства, так и генерализованного тревожного расстройства. Оценки достоверности психотерапевтического лечения и рабочего альянса клинический психолог-пациент показали, что два метода лечения были равны в этих отношениях. В соответствии с прогнозом было обнаружено, что дистанционный протокол КПТ с подключением экспозиционной терапии, дает значительно большие улучшения первичного результата по сравнению с «базовым» поведенческим управлением стрессом у пациентов. Внутригрупповые улучшения у пациентов при применении протокола ICBT были значительными при первичном исходе тревоги о здоровье (по шкале HAI до и после $d=1,78$), но поскольку пациенты, получавшие базовое поведенческое управление стрессом, также добились существенных улучшений, величина межгруппового эффекта после лечения была явно меньше, чем в предыдущих исследованиях ($d = 0,26$).

Полученные результаты можно считать важными, поскольку они демонстрируют, что эффект от применения систематической экспозиционной терапии превышает эффект от за-

служивающего доверия и активного психологического лечения, влекущего за собой систематическое изменение поведения [8]. Что касается долгосрочных эффектов от психотерапии, показано, что ICBT при тяжелой тревоге о здоровье может привести к улучшению, которое сохраняется в течение, по крайней мере, одного года после лечения [13]. Величина эффекта (до 1 года наблюдения) по данным шкалы тревоги о здоровье (HAI) составила $d = 1,95$, что в значительной степени совпадает с d до и после лечения, равным 1,94. Такая же стабильность улучшений была обнаружена при измерении общей тревожности, депрессивных симптомов и чувствительности к тревоге [13]. Таким образом, представляется, что дистанционный протокол при сильном беспокойстве о здоровье может привести к значительным улучшениям, которые сохраняются в долгосрочной перспективе.

Предикторы эффективности дистанционного протокола КПТ тревоги о здоровье

Несмотря на то, что протокол КПТ эффективен, не все пациенты достаточно хорошо реагируют на психотерапевтическое лечение, и поэтому важно исследовать предикторы улучшения, которые могли бы облегчить клиническому психологу принятие решений о выборе тактики лечения. В прогностическом исследовании, основанном на РКИ, описанном нами выше, обнаружено, что большее беспокойство о здоровье на исходном этапе предсказывает большее беспокойство при 6-месячном наблюдении, но также и большие улучшения, что указывает на эффективность протокола ICBT для пациентов с более тяжелыми психологическими симптомами [14]. Однако было обнаружено, что депрессивные симптомы являются отрицательным предиктором в том смысле, что большее количество депрессивных проявлений на исходном уровне лечения предсказывало меньшее улучшение тревоги о здоровье. Таким образом, клинически важно, чтобы пациенты с коморбидной депрессией находились под тщательным наблюдением во время лечения, чтобы можно было своевременно устранить признаки отсутствия реакции и обсудить дополнительные варианты психотерапевтического лечения.

Интересным выводом исследования было отсутствие связи демографических характеристик и навыков работы с компьютером (skype, zoom) с результатами лечения, а это означает, что протокол ICBT одинаково хорошо подходит для пожилых и молодых, мужчин и женщин, а также для тех, кто хорошо владеет компьютером, или нет.

Когда дело доходит до переменных, связанных с процессом психотерапии, единственным фактором, оказывающим существенное влияние на результат, была приверженность лечению, выраженная в количестве завершенных модулей, которых в сумме 12 [14]. В соответствии с исследованиями предикторов из других областей, это указывает на важность того, чтобы пациент действительно участвовал в прохождении упражнений на протяжении всего лечения, начиная с общения с клиническим психологом на приеме, вплоть до лично-совместной и самостоятельной деятельности. Что касается медиаторов эффективности лечения, до сих пор было опубликовано только одно исследование, посвященное дистанционным протоколам КПТ при тяжелой тревоге за здоровье [15]. Обнаружено, что нетерпимость (интолерантность) к неопределенности, снижение внимания к телесным симптомам и снижение воспринимаемого риска заболевания опосредовали последующее уменьшение симптомов тревоги о здоровье. Полученные данные подтверждают когнитивно-поведенческую модель деструктивной тревоги о здоровье (рис. 1). Кроме того, они демонстрируют влияние психотерапевтического лечения, в значительной степени ориентированного на экспозицию и предотвращение реакций, на эти в основном когнитивные медиаторы, которые, в свою очередь, связаны с благоприятным исходом лечения. Интересным местом для будущих клинических исследований в этой области является изучение потенциальной роли сниженного избегания как механизма изменений.

Экономическая эффективность

Экономический аспект был исследован в проспективном исследовании «обратного» типа (piggyback), описанном нами выше, где протокол ICBT сравнивали с основным контрольным ►►

состоянием пациентов, которые не получали активного психотерапевтического лечения [13]. Была использована социальная перспектива. Это означает, что были приняты во внимание как прямые затраты (например, расходы на медицинское обслуживание), так и косвенные (например, расходы по безработице). Результаты исследования показали, что дополнительное соотношение затрат и эффективности составило 1244 фунта стерлингов в пользу протокола ICBT. Это означало, что каждый случай ремиссии от серьезного беспокойства о здоровье, вызванного ICBT, приносил общую чистую социальную экономию в размере 1244 фунтов стерлингов [13]. Такие результаты обнадеживают, поскольку они указывают на отсутствие конфликта между ресурсами и улучшением, вызванным лечением, так как общество получает чистую выгоду от каждого успешно пролеченного случая. Поскольку большинство пациентов достигают ремиссии от тяжелой тревоги о здоровье, это означает, что даже если бы общество было готово заплатить 0 фунтов стерлингов за случай ремиссии, все равно было бы экономически выгодно предоставлять лечение с помощью ICBT пациентам с тяжелой тревогой о здоровье.

■ **ВЫВОДЫ**

Поскольку ICBT при тяжелой тревоге о здоровье является довольно новой областью исследований, существует много аспектов, которые еще предстоит изучить. Прежде всего, существуют только зарубежные РКИ ICBT для лечения тяжелой тревоги о здоровье, и оба были проведены одной и той же исследовательской группой. Таким образом, необходимы дополнительные исследования независимых исследовательских групп, чтобы подтвердить эффективность лечения.

Кроме того, ICBT при тяжелой тревоге о здоровье следует непосредственно сравнивать с очным психотерапевтическим лечением в РКИ. При других психических расстройствах, таких как социальное тревожное расстройство и паническое расстройство, результаты РКИ свидетельствуют о том, что под руководством клинического психолога ICBT на самом деле

может быть столь же эффективным, как и очное психотерапевтическое лечение [16].

Одним из важных аспектов такого рода сравнения также является возможность исследовать потенциальные психотерапевтические факторы, влияющие на исход, т.е. существуют ли специфические для лечения предикторы. Эта информация может иметь большое значение при составлении рекомендаций по психотерапии, а также потенциально привести к увеличению общего числа лиц, ответивших на терапию, поскольку каждому пациенту будет рекомендовано лечение, от которого его состояние улучшится. Данные исследований других тревожных расстройств демонстрируют, что, хотя многие предикторы, по-видимому, являются общими для обоих форматов предоставления психотерапии, есть некоторые указания на то, что сопутствующие психиатрические симптомы могут играть большую роль при дистанционной, нежели очной форме общения [17]. Другим направлением будущих исследований является изучение возможности обеспечить ICBT при тяжелой тревоге о здоровье с сохранением размеров эффекта в других контекстах и для других групп населения.

На сегодняшний день все пациенты были приняты в работу и прошли лечение в Европе, и поэтому важно выяснить, будут ли результаты такими же высокими у пациентов в других странах и в других системах здравоохранения. И последнее, но не менее важное: как отмечалось выше, исследования на тему эффективности и распространении ICBT при тревоге о здоровье полностью отсутствуют. Изучение лечения, проводимого в рамках обычной психиатрической помощи или «первичной» медико-санитарной помощи, имеет большое значение, поскольку нельзя считать само собой разумеющимся, что терапия одинаково хорошо работает при оказании обычной медицинской помощи. Однако, судя по доказательствам эффективности при других распространенных психических расстройствах, существует высокая вероятность того, что результаты могут сохраняться и в медицинских учреждениях [13]. ▀

ЛИТЕРАТУРА

1. JM Newby и E McElroy. «The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria». *J Anxiety Disord* 2020;69:102-50; <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>.
2. P Salkovskis и H Warwick. «Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis», *Behaviour research and therapy* 1986;24(5); [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90041-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90041-0).
3. TB Gehrt, L Frostholm, M-L Obermann, и D Berntsen. «Thought characteristics in patients with severe health anxiety: A comparison with obsessive-compulsive disorder and healthy controls». *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice* 2023;10:76-87; <https://doi.org/10.1037/cns0000325>.
4. AT Higgins-Chen, SB Abdallah, JB Dwyer, AP Kaye, GA Angarita, и MH Bloch. «Severe Illness Anxiety Treated by Integrating Inpatient Psychotherapy With Medical Care and Minimizing Reassurance». *Front Psychiatry* 2019;10:150; <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00150>.
5. S Bhattacharya, C Goicoechea, S Heshmati, JK Carpenter, и SG Hofmann. «Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature». *Curr Psychiatry Rep* 2023;25(1):19-30; <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>.
6. CJ Price и C Hooven. «Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT)». *Front Psychol* 2018;9:798; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00798>.
7. H Seivewright, J Green, P Salkovskis, B Barrett, U Nur, и P Tyrer. «Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial». *Br J Psychiatry* 2008;193(4):332-7; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052936>.
8. Hedman E, Axelsson E, Gorling A, Ritzman C, Ronnheden M, El Alaoui S, и др. «Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial». *Br J Psychiatry* 2014;205(4):307-14; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.140913>.
9. Hedman E, Andersson G, Andersson E, Ljotsson B, Рuck C, Asmundson GJG, и др. «Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial». *Br J Psychiatry* 2011;198(3):230-6; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086843>.
10. А.И. Мелехин. «Вирусная тревога (virus Anxiety): обследование и психотерапевтическая тактика». Материалы Научно-практической конференции, Тула, 16 октября 2020 года, Под редакцией Д.М. Ивашиненко. Тула: Тульский государственный университет 2020:46-54. EDN AETFYT.
11. А.И. Мелёхин. «Дистанционная Когнитивно-Поведенческая Психотерапия Вирусной Тревоги, Связанной С Пандемией Covid-19». *Национальный Психологический Журнал* 2020;3(39); <https://doi.org/10.11621/npj.2020.0306>.
12. E Hedman, B Ljotsson, E Andersson, C Рuck, G Andersson, и N Lindefors. «Effectiveness and cost offset analysis of group CBT for hypochondriasis delivered in a psychiatric setting: an open trial». *Cogn Behav Ther* 2010;39(4):239-50; <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.496460>.
13. E Hedman, E Andersson, N Lindefors, G Andersson, C Рuck, и B Ljotsson. «Cost-effectiveness and long-term effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety». *Psychol Med* 2013;43(2):363-74; <https://doi.org/10.1017/S0033291712001079>.
14. Hedman E, Lindefors N, Andersson G, Andersson E, Lekander M, Рuck C, и др. «Predictors of outcome in Internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety». *Behav Res Ther* 2013;51(10):711-7; <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.009>.
15. Hedman E, Andersson E, Andersson G, Lindefors N, Lekander M, Рuck C, и др. «Mediators in internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety». *PLoS One* 2013;8(10):e77752; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077752>.
16. G Andersson, P Cuijpers, P Carlbring, H Riper, и E Hedman. «Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis». *World Psychiatry* 2014;13(3):288-95; <https://doi.org/10.1002/wps.20151>.
17. Hedman E, Andersson E, Ljotsson B, Andersson G, Andersson E, Schalling M, и др. «Clinical and genetic outcome determinants of Internet- and group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder». *Acta Psychiatrica Scand* 2012;126(2):126-36; <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01834.x>.

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; PИHЦ AuthorID 762868; <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>

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: 24.04.2023

Рецензирование: 27.05.2023

Принята к публикации: 02.06.2023

Information about author:

Melehin 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; RCSI AuthorID 762868; <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>

Author Contribution:

Melehin 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: 24.04.2023

Reviewing: 27.05.2023

Accepted for publication: 02.06.2023