

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2024-10-1-59-68>

Дистанционная психотерапия, направленная на модификацию когнитивной предвзятости во внимании и интерпретации у пациентов

Практикующему врачу

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 представлены теоретические основания дистанционной когнитивно-поведенческой терапии (d/i-CBT) наряду с терапией, направленной на модификацию когнитивных сдвигов как со стороны внимания, так и действий (cognitive bias modification, CBM). На основе недавних метаанализов оценивается эффективность данных форм дистанционной психотерапии при депрессии, тревожном спектре расстройств и злоупотреблении алкоголем. Основываясь на обзоре ряда зарубежных исследований (в базах данных PubMed, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ScienceDirect, Cochrane Central) до начала 2023 года, существует достаточно объемная база доказательств эффективности дистанционной формы КПТ при депрессии, тревоге и расстройствах, связанных с употреблением алкоголя, однако, в связи с терапевтическими барьерами и когнитивно-поведенческим профилем пациентов, «стандартных» протоколов недостаточно для поддержания эффективности лечения. В связи с этим рекомендовано делать акцент на специфику социо-когнитивных процессов пациента (формы смещения или сдвигов), в восприятии себя, других, обстановки и на развитие форм гибкой (мультиперспективной) атрибуции, поведенческую модификацию когнитивных сдвигов (не только убеждений), направленных как на внимание, так и на интерпретацию поступающей информации и действия. Показано, что данная тактика приводит к большим масштабам изменений из-за комбинированных аддитивных и интерактивных психотерапевтических эффектов.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия; когнитивные сдвиги; когнитивные смещения; когнитивные процессы; атрибуция; телепсихотерапия; дистанционная когнитивно-поведенческая терапия; психотерапия.

Для цитирования: Мелехин А.И. Дистанционная психотерапия, направленная на модификацию когнитивной предвзятости во внимании и интерпретации у пациентов. Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2024;10(1):59-68; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2024-10-1-59-68>

Distance psychotherapy aimed at modifying cognitive biases in attention and interpretation

Practicing physician

<https://doi.org/10.29188/2712-9217-2024-10-1-59-68>

A.I. Melekhin

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

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

Annotation:

The article presents the theoretical foundations of distance cognitive behavioral therapy (c-CBT) along with therapy aimed at modifying cognitive bias both from attention and action (CBM). Based on recent meta-analyses, the effectiveness of these forms of remote psychotherapy for depression, anxiety spectrum disorders and alcohol abuse are evaluated. Based on a review of

several foreign studies until 2022, there is an extensive evidence base for the effectiveness of the remote form of CBT for depression, anxiety and alcohol-related disorders, however, due to therapeutic barriers, the cognitive-behavioral profile of patients, "standard" protocols are not enough to maintain the effectiveness of treatment. In this regard, it is recommended to focus on the specifics of the socio-cognitive processes of the patient (forms of displacement or shifts), in the perception of oneself, others, the situation and on the development of forms of flexible (multi-perspective) attribution, behavioral modification of cognitive shifts (not only beliefs) aimed at both attention, interpretation of incoming information and actions. It is shown that this tactic leads to large-scale changes due to the combined additive and interactive psychotherapeutic effects.

Key words: cognitive behavioral therapy; cognitive bias; cognitive shifts; cognitive processes; attribution; telepsychotherapy; remote cognitive behavioral therapy; psychotherapy.

For citation: Melekhin A.I. Distance psychotherapy aimed at modifying cognitive biases in attention and interpretation. Russian Journal of Telemedicine and E-Health 2024;10(1):59-68; <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2024-10-1-59-68>

■ ВВЕДЕНИЕ

За последние 10 лет в зарубежной клинической психологии наблюдался рост использования интернет-технологий для распространения дистанционных психотерапевтических мер по укреплению и охране психического здоровья, в связи с распространенностью *тревожного спектра расстройств*, депрессий и алкогольной зависимости [1].

В настоящее время доступно большое разнообразие психотерапевтических дистанционных вмешательств, начиная от психообразования, телескрининга психологического состояния пациента с предоставлением индивидуальных рекомендаций до автоматизированных протоколов когнитивно-поведенческой терапии (Internet-based CBT, computerized CBT, сокр. Д-КПТ) с минимальным участием специалиста, проведение полноценного психологического обследования с составлением заключения, проведение когнитивных тренингов (табл. 1) [2].

Преимущества очевидны, например [1]:

- Дистанционная психотерапия, как форма лечения, доступна повсеместно, в любое время;

- Расширенный доступ к психотерапии, основанной на фактических доказательных данных, протоколах, алгоритмах.

- Обращение к ведущим специалистам напрямую;

- Возможность анонимного обращения и прохождения психотерапии также может быть привлекательной для ряда пациентов, особенно в случае «стигматизированных» психических расстройств, психологических и физических барьеров;

- Использование дистанционных психотерапевтических технологий также может дать пациентам больше контроля и понимания течения и прогресса их лечения.

Следует учитывать, что пациенты с тревожным расстройством сообщают о беспокойстве по поводу побочных эффектов и неверии в эффективность лекарств для лечения эмоциональных (психологических) проблем, часто прибегают к самолечению. Однако, некоторые пациенты из-за дисфункциональных убеждений могут считать дистанционную психотерапию слишком требовательной, «покровительственной», «неживой», «неэффективной», «неразвитой», «сырой», «странной» и могут предпочитать терапию «лицом к лицу».

Таблица 1. Формы дистанционной когнитивно-поведенческой терапии применяемые в клинической психологии
Table 1. Forms of distance cognitive behavioral therapy used in clinical psychology

Параметры оценки	Поддерживающий формат	Специалист-управляемая форма	Автоматизированная форма
Определение	Структурные элементы терапии используются для поддержки очной КПТ с помощью мобильных приложений, интернет-ресурсов, электронной почты	Частично автоматизированные протоколы терапии с сопровождением специалиста	Полностью автоматизированные структурированные протоколы без постоянного контакта специалиста и мониторинга
Автоматизация	Ограниченная	Частичная	Полная
Затраты	Время специалиста. Персонализация и дополнение протокола терапии	Время специалиста. Персонализация и дополнение протокола терапии	Персонализация и дополнение протокола терапии
Уровень участия специалиста	Средний (10-40 минут)	Высокий (от 40 мин до 2 часов)	Низкий (От 10 до 20 минут)
Примеры программ	CBT-i Coach, MoodGYM, Online Therapy USER, Sleepio SHUTi и др.		ThisWayUp; The Managing Stress and Anxiety, Managing Your Mood; Online Coping with Depression Course; Wellbeing Plus Course и др.

Дистанционная психотерапия может способствовать сокращению разрыва в лечении относительно большой доли пациентов с психическими расстройствами, теми или иными психологическими трудностями. С этой точки зрения несколько удивительно, что внедрение дистанционных форматов до сих пор не получило более широкого распространения, в России, в частности в регионах с неоптимальным доступом к психологической помощи.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Разработка и внедрение дистанционных психотерапевтических вмешательств сопровождается по сей день в зарубежной практике многочисленными рандомизированными клиническими испытаниями и другими исследовательскими проектами. Доказательства эффективности и рентабельности многих дистанционных протоколов КПТ были продемонстрированы в недавних обзорах и метаанализах. Например, было обнаружено большее улучшение в отношении дисфункциональных установок, поведенческих паттернов, общих телесных симптомов тревоги у пациентов с генерализованным тревожным расстройством по сравнению с прохождением «стандартных» протоколов Д-КПТ. Этот эффект обоснован тем, что компоненты дистанционного психолого-образовательного вмешательства разработаны специально для обучения пациентов и развития у них когнитивно-поведенческих навыков с помощью *мультимедийных взаимодействий и интерактивных упражнений*, это привело к более последовательному и увлекательному образовательному подходу, в отличие от «стандартного» КПТ.

Существует ряд систематических обзоров и метаанализов дистанционной психотерапии при тревожных расстройствах, в которых имеется упоминание про 16–20 исследований, затрагивающих паническое расстройство, пост-травматическое расстройство, социальную фобию [3].

Большинство психотерапевтических вмешательств включали определенный уровень руководства (включенности от специалиста), причем два вмешательства включали «личные» контакты (одна-две очные сессии, в том числе и онлайн). Все вмешательства были основаны на КПТ. Величины эффекта были относительно гетерогенными и варьировались от 0,29 до 1,74 для

пациентов с диагностированным тревожным расстройством [2].

Наши коллеги пришли к выводу, что управляемые специалистом и автоматизированные дистанционные протоколы КПТ при тревожных расстройствах перспективны в качестве тактики лечения [4]. Показано, что нет существенной разницы между дистанционной и «очной» КПТ после лечения (13 исследований) или через 1-3 месяца (3 исследования) или 6 месяцев наблюдения (6 исследований). Показатели отсева пациентов также существенно не различались между дистанционной психотерапией и очной, «лицом к лицу» (8 исследований) [1]. Тем не менее, учитывая высокую распространенность психических расстройств, потенциальные экономические выгоды огромны [5]. Многие из протестированных и внедренных дистанционных вмешательств в области психического здоровья при распространенных на данный момент психических расстройствах основаны только на *когнитивно-поведенческой терапии*, в связи с тем, что она основывается на ряде следующих принципов:

- Основана на постоянно развивающейся формулировке проблем пациентов и индивидуальной, вариативной концептуализации случая каждого;
- Подчеркивает сотрудничество и активное участие пациента;
- Ориентирована на достижение целей и решение проблем;
- Изначально делает акцент на настоящем;
- Носит образовательный характер, направлена на то, чтобы научить пациента быть своим собственным психотерапевтом, и уделяет особое внимание профилактике рецидивов;
- Сессии когнитивно-поведенческой терапии структурированы;
- Учит пациентов выявлять, оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения и реагировать на них;
- Использует различные методы для изменения мышления, настроения и поведения.

Хотя основные принципы применимы ко всем пациентам, Д-КПТ может *варьироваться* в зависимости от конкретного пациента, его проблем или расстройств, возраста или жизненного этапа, пола, интеллектуального уровня и культурного фона. Кроме того, цели, которые ставит пациент, его способность создать прочный терапевтический ►►

альянс, его мотивация добиваться изменений и более ранний терапевтический опыт формируют содержание каждой индивидуальной терапии.

Мы в основном наблюдаем процесс ассимиляции на траектории развития от «традиционных» индивидуальных вмешательств при распространенных психических расстройствах к технологиям и вмешательства с использованием интернета за последнее десятилетие.

По аналогии с *теорией когнитивного развития* Ж. Пиаже новая технология в настоящее время включена в существующие когнитивные схемы, не изменяя общих схем лечения. Что касается дистанционной психотерапии, то цифровые технологии часто используются для предоставления «традиционного», ранее существовавшего контента Д-КПТ, который уже предоставлялся в течение многих лет или даже десятилетий для лечения различных психических расстройств. От чего эта область может извлечь выгоду, по той же аналогии с когнитивным развитием, так это от *аккомодации*. Это был бы процесс включения новых разработок путем изменения существующих когнитивных схем, чтобы соответствовать этим новым психотерапевтическим разработкам. Что касается дистанционной формы, то это будет означать, что содержание самих вмешательств будет улучшено для оптимального использования технологий.

Ключевой вопрос: **«Какие виды новых психотерапевтических вмешательств теперь возможны, если мы используем новые дистанционные технологии?»**

Например, пациенты с тревожными расстройствами склонны избирательно обрабатывать информацию, связанную с угрозой, в своем окружении. Выступая в группе, социально тревожный пациент, скорее всего, обратит внимание на угрожающие выражения лица (например, гнев и отвращение), а не на нейтральные выражения. Этот человек также может с большей вероятностью интерпретировать негативное выражение лица как свидетельство отвращения собеседника к говорящему, а не к содержанию разговора. Поскольку информации обычно больше, чем когнитивных ресурсов, доступных для обработки информации, эта привычка избирательно присутствовать (смещение внимания) и интерпретировать (предвзятость в интерпретации) создает *порочный перцептивный круг*, в котором неоднозначный мир воспринимается как угрожающий (рис. 1) [6].

Из рисунка 1 видно, что многочисленные когнитивные процессы функционируют скоординированным образом для поддержки автоматической оценки/ обнаружения значимости и целенаправленного когнитивного контроля (левая и правая стороны рисунка соответственно). Дисбаланс между управляемым ощущением угрозы и целенаправленными способами обработки лежит в основе *симптомов тревоги* (например, субъективное переживание опасности, мысли, связанные с угрозой) и переменных поведенческих проявлений, связанных с тревогой (первоначальная ориентация на угрозу, поддержание внимания на угрозе, отвлечение внимания от угрозы, вмешательство отвлекающего фактора угрозы). Согласно данной модели, предполагается, что у людей с высокой тревожностью механизм автоматической оценки значимости информации чрезмерно реагирует на сигналы угрозы и, будучи активированным, влияет на другие когнитивные процессы (например, торможение, переключение, ориентацию, оповещение, анализ восприятия), способствуя быстрой идентификации угрозы и реагированию на нее. Чрезмерная реактивность автоматической оценки значимости угрозы, функций переключения на основе значимости и ориентирования может способствовать возникновению симптомов сильной тревоги. Кроме того, целенаправленные функции когнитивного контроля могут быть неэффективными или неадаптивными у тревожных пациентов в регулировании обработки информации, основанной на осознании угрозы, что еще больше способствует поддержанию тревоги. Описанная модель обеспечивает обоснование психотерапевтических вмешательств, которые поощряют скоординированное использование множества целенаправленных функций когнитивного контроля (ключевым компонентом которых является целенаправленный контроль тормозящего внимания), чтобы противостоять автоматическим воздействиям на обработку информации, обусловленным осознанием угрозы, и поддерживать адаптивное целенаправленное внимание; например, явно отдавая приоритет обработке информации, не представляющей угрозы, такой как «позитивные», «спокойные», «нейтральные», относящиеся к задаче стимулы, по сравнению с незначительными сигналами угрозы. Каждая из представленных на рисунке 1 когнитивных функций теперь представлена как в режиме обработки, ориентированном

на значимость, так и в режиме целенаправленной обработки.

В связи с этим было разработано несколько методов психотерапевтического лечения, направленных на эти процессы. Например, подходы, основанные на осознанности (Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy), метакогнитивной психотерапии (Metacognitive Therapy), учат пациентов лучше «контролировать» свое внимание с помощью специально подобранных под пациента упражнений [7]. Напомню, что Д-КПТ нацелена на искаженные интерпретации (установки, убеждения, негативные автоматические мысли) с помощью когнитивной реструктуризации и поведенческих экспериментов. Действительно, тревожные пациенты, которые реагируют на лечение, демонстрируют значительное снижение тревожно-

ориентированного внимания и когнитивной предвзятости в интерпретации поступающей информации [8]. Однако когнитивные предубеждения («сдвиги») часто у пациентов носят *автоматический (неосознанный) характер* и не всегда находятся под волевым контролем. Их можно рассматривать как когнитивные привычки, и они могут быть более эффективно и непосредственно изменены путем многократной эмпирической практики при выполнении задач, требующих быстрой обработки. В связи с этим была предложена *терапия модификации когнитивной предвзятости или уклона (cognitive bias modification, CBM; Cognitive Bias Modification-Attention, CBM-A)/Interpretation, CBM-I*, в том числе и дистанционная форма (Web-Based Cognitive Bias Modification Interventions) ключевыми особенностями которой являются [8, 9]: ►

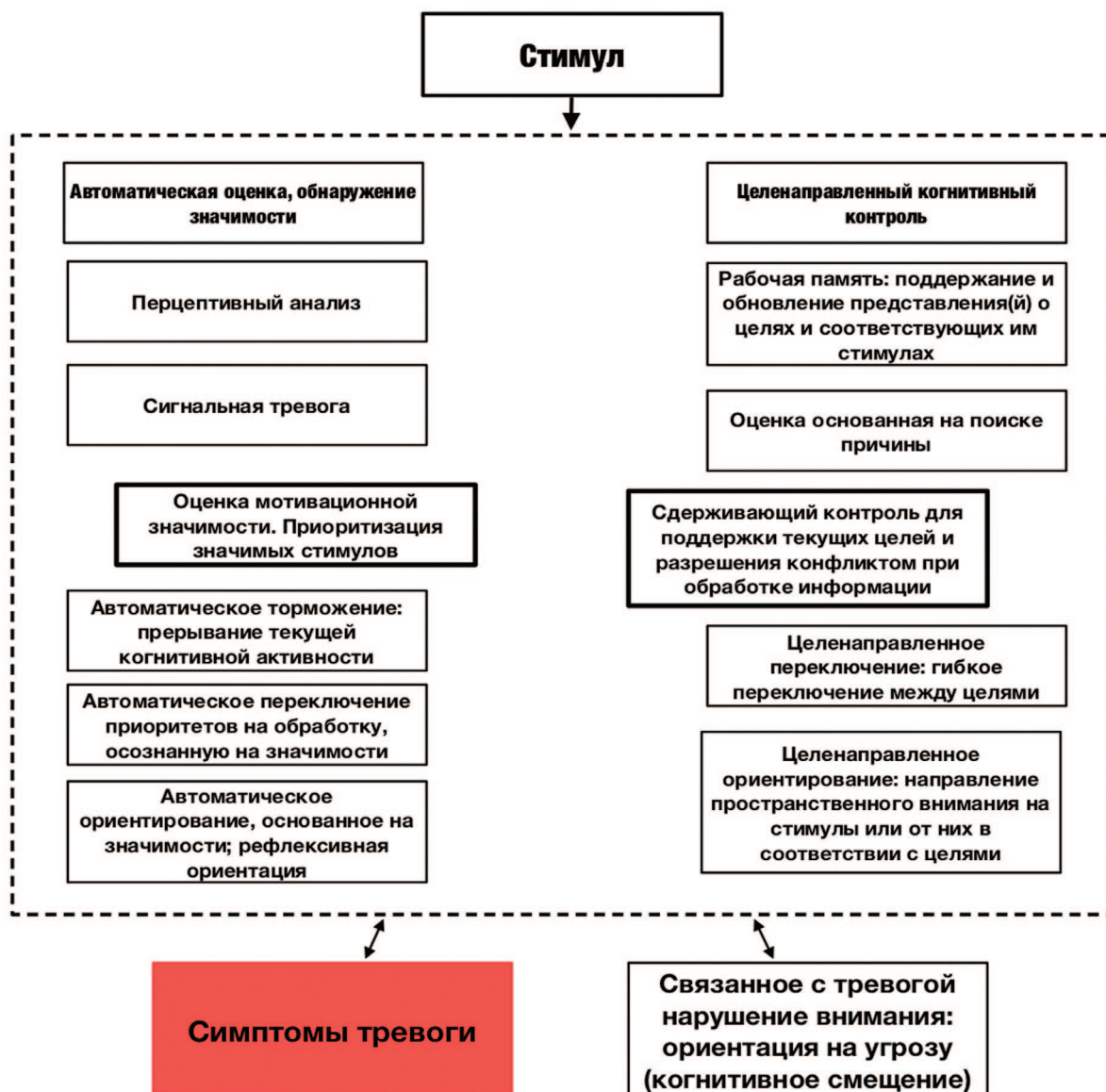


Рис. 1. Когнитивно-мотивационная структура процессов, лежащих в основе тревоги и связанных с угрозой сдвигов во внимании К. Могг и Б. Бредли
 Fig. 1. Cognitive-motivational structure of the processes underlying anxiety and associated with the threat of shifts in attention K. Mogg and B. Bradley

- Прямой целью изменений в каждом случае является когнитивное смещение (предвзятость), которое, как известно, характеризует психическое состояние пациента, клинически значимый симптом или «заостренную» черту личности, связанную с уязвимостью и той или иной дисфункцией;

- Это метод изменения когнитивной предвзятости включает обширную практику выполнения определенных когнитивно-ориентированных практических задач пациентом (в кабине, разработанных для поощрения и облегчения желаемых изменений в повседневной жизни пациента);

- Процедуры данной психотерапии могут изменять когнитивные предубеждения (предвзятости, «сдвиги») посредством более имплицитного, эмпирического процесса лечения по сравнению с эксплицитным, исключительно вербальным процессом в рамках «классической» Д-КПТ. Хотя выполнение задач пациентом является добровольным, процессы, на которые они нацелены, обычно не рассматриваются как работающие под волевым (произвольным) контролем.

Когнитивные предвзятости («сдвиги», «смещения») принято разделять на:

- **Смещение внимания** (attentional bias). Термин «внимание» может относиться к широкому спектру когнитивных процессов. В области обработки информации смещение внимания обычно относится к тенденции избирательно реагировать на стимулы угрозы, даже когда эти стимулы не имеют отношения к текущим целям и/или, когда они конкурируют за внимание со стимулами, не представляющими угрозы;

- **Смещение при атрибуции** (attribution bias) – негативное приписывания свойств объекту;

- **Смещение в памяти и воспоминаниях** (memory bias);

- **Смещение при интерпретации** (interpretive bias). Тревожные расстройства также характеризуются предвзятостью в интерпретации поступающей информации, склонностью интерпретировать двусмысленные сигналы негативным или катастрофическим образом;

- **Склонность к действию** (action tendency bias).

При данной форме психотерапевтического лечения акцент делается на специфику социо-когнитивных процессов пациента в восприятии себя, других, обстановки и на развитие *адаптивных атрибуций*. В соответствии с комбинированными гипоте-

зами о когнитивной предвзятости при психопатологических состояниях в последнее время в психотерапевтическое лечение включаются процедуры модификации когнитивных сдвигов, направленные как на внимание, так и на интерпретацию предубеждений в рамках одного протокола (например, multisession cognitive bias modification targeting multiple biases [10]). Совместное нацеливание на предубеждения приводит к большим масштабам изменений из-за их комбинированных аддитивных и интерактивных эффектов [11-13].

Теоретическое обоснование терапии модификации когнитивной предвзятости или уклона

Приведем примеры некоторых исследований. Например, С. Маклеод и соавт. отобрали пациентов со средним уровнем тревожности и случайным образом распределили их в одну из двух стимульных ситуаций: одна, в которой их внимание было приучено к *угрожающим стимулам*, и другая, в которой их внимание было приучено *отвлекаться от угрожающих стимулов*. Для регистрации полученных результатов использовался визуальный *зондовый тест* (visual probe test) [14].

В первоначальном тесте зонд, на который реагирует пациент (например, стрелка, указывающая вверх или вниз), одинаково часто появляется в месте воздействия угрожающего стимула и нейтрального стимула. *Смещение или предвзятость внимания* (attentional bias) оценивалась путем вычисления времени реакции на испытания с угрозой из времени реакции на испытания без угрозы. В модифицированной или обучающей версии задачи вводится *непредвиденное обстоятельство*, при котором зонд чаще появляется в месте, занятом стимулом угрозы (чтобы вызвать когнитивное смещение), или чаще в месте, занятом нейтральным стимулом (чтобы уменьшить когнитивное смещение) (табл. 2).

Результаты двух исследований показали, что *модификация смещения внимания* была успешной, что было оценено с использованием различных стимулов в одной и той же задаче (процесс близкого когнитивного обобщения). Дальнейшее обобщение полученных данных было обнаружено в последующей задаче, вызывающей дистресс (например, реакцию тревоги), при этом пациенты в состоянии *угрозы присутствия* стимула демонстрировали больший дистресс, чем пациенты в нейтральном состоянии присутствия. Недавний

метаанализ показал клиническую эффективность психотерапии, направленной на модификацию внимания при тревоге и депрессии [15].




В аналогичном ключе в исследованиях рассматривалась другая когнитивная предвзятость в *интерпретации*. А. Метьюз и Б. Макинтош [16] разработали социо-когнитивный тренинг, основанный на сценарии для изменения его интерпретаций. Пациенты читали неоднозначные социальные сценарии, для которых половина должна была генерировать эмоционально положительные результаты, а оставшаяся половина – отрицательные. Сценарии состояли из трех строк текста и оставались неоднозначными с точки зрения их эмоционального значения вплоть до последнего слова текста. Это последнее слово было фрагментом, завершение которого приводило либо к положительной, либо к отрицательной двусмысленности сценария. Поскольку для каждого фрагмента существовало только одно возможное значимое решение, пациенты были вынуждены устранить неоднозначность фрагмента либо гибким, либо угрожающим когнитивным способом. Их исследования с пациентами со средней степенью тревожности показали, что социо-когнитивный тренинг способен изменять интерпретации социальных стимулов и впоследствии влиять на уровень тревоги. Было показано, что влияние на тревогу было опосредовано изменением в интерпретации [17]. Метаанализ показал, что развитие у пациентов мысленных ресурсных образов и гибкой, мультивариантной перспективы развития событий позволяет снизить тревожные проявления [18].

В области зависимости от алкоголя была рассмотрена третья когнитивная предвзятость –

склонность к действию, направленному на приближение к стимулам, связанным с употреблением. Это смещение наблюдалось с помощью различных инструментов для различных веществ, включая алкоголь, употребление каннабиса и курение сигарет. Применяя ту же логику, что была разработана при модификации внимания, Р. Вирс и соавт. разработали обучающую версию задачи избегания алкогольного влечения [19]. Эта задача началась с такой же непредвиденной ситуации для пациента. На половину картинок с алкоголем и половину картинок с безалкогольными напитками нужно было реагировать, потянув джойстик на себя, другую половину нужно было оттолкнуть. Пациенты реагируют на особенность стимула, не связанную с содержанием, например, на формат или небольшой наклон влево или вправо (табл. 3). Без уведомления условия изменились, так что половина пациентов вытягивала большую часть картинок с алкоголем (приближаться к стимулу алкоголя), а другая половина выталкивала большую часть картинок с алкоголем (избегать стимула алкоголя). Это краткое вмешательство привело к обобщенным эффектам как для неподготовленных картинок в одном и том же задании, так и для другого теста ассоциаций с использованием слов, а не картинок.

Более того, те пациенты, которые больше пили, чье предвзятое отношение к подходу было успешно переучено на избегание, выпили меньше алкоголя [19]. В первом клиническом применении этого подхода – *парадигмы переобучения с когнитивным уклоном* [20], 210 пациентов с алкогольной зависимостью были случайным образом распределены в одно из двух экспериментальных условий, в которых их обучали избегать употребления ►

Таблица 2. Оценка когнитивной предвзятости во внимании и переобучение
Table 2. Assessment of cognitive bias in attention and retraining

Этапы	Стимульная ситуация
I. Изображение алкогольного и безалкогольного напитка одновременно отображается на экране	
II. На месте расположения одной из картинок появится стрелка. пациенту необходимо как можно быстрее и точнее указать, указывает ли стрелка вверх или вниз	
III. Когда дается правильный ответ, начинается следующее испытание	
IV. В версии для оценки стрелка одинаково часто появляется в месте расположения изображения алкоголя и безалкогольных напитков. В обучающей версии появляется стрелка (почти) всегда на месте изображения безалкогольного напитка	

алкоголя (с четкими инструкциями или без них, которые не отличались по результатам), или в одно из двух контрольных условий, в которых они не проходили никакого когнитивно-поведенческого обучения или фиктивного обучения (которое также не отличалось по результатам). Четыре сеанса обучения предшествовали регулярному стационарному лечению, в первую очередь Д-КПТ. Только в экспериментальных условиях предвзятость пациентов к подходу сменилась предвзятостью избегания алкоголя. Этот эффект был обобщен на неподготовленные картинки в использованном задании, в котором слова «алкоголь» и «безалкогольные напитки» были классифицированы как «подход» и «избегание». Пациенты в экспериментальных условиях показали лучшие результаты лечения через год (на 15-20% меньше рецидивов).

Клинические эффекты сохранялись через 1 год после прекращения психотерапевтического вмешательства (на 9% меньше рецидивов). Недавнее исследование не выявило различий в эффектах данной формы психотерапии (переобучение внимания или переобучение с предвзятостью подхода) по сравнению с плацебо-тренингом [21]. Это говорит о том, что комбинация терапии модификации когнитивной предвзятости или уклона с Д-КПТ необходима для получения дифференциальных эффектов в лечении. По этой причине комбинация дистанционных протоколов КПТ с подключением модификации когнитивной предвзятости представляется нами многообещающей тактикой и в настоящее время тестируется в ряде зарубежных РКИ [22].

Эффективность терапии модификации когнитивных предубеждений

В зарубежной клинической практике терапия модификации когнитивной предвзятости или уклона добавляется к Д-КПТ при тревожных расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и депрессии, в ряде исследований, все из которых показали улучшенные исходы у пациентов, по сравнению с пациентами, которые не получали психотерапии или получали плацебо/фиктивный контроль. Однако при использовании в качестве автономного веб-вмешательства, без управления специалистом, терапия модификации когнитивной предвзятости не уменьшила употребление алкоголя и проблемы в большей степени, чем разно-

видность плацебо-тренинга [21]. Обратим внимание, что другой тип дистанционного когнитивного тренинга, тренировка рабочей памяти, продемонстрировал некоторые отличительные эффекты в снижении употребления алкоголя и проблем в подгруппе участников с сильными автоматически активируемыми положительными ассоциациями с алкоголем (умеренное посредничество) [23], и то же психотерапевтическое вмешательство также показало перспективность в клинической выборке пациенты с расстройствами, связанными с употреблением стимуляторов [24]. Однако этот тип обучения гораздо более длительный (обычно 25 сеансов по сравнению с терапией модификации когнитивной предвзятости 4-12 сеансов) и более утомительный, что ограничивает его применимость. Таким образом, на данный момент картина такова, что терапия модификации когнитивной предвзятости является полезным дополнением к КПТ в клиническом лечении тревожного спектра расстройств, депрессий и алкогольной зависимости. Однако пока нет доказательств того, что эта форма может работать как самостоятельное психотерапевтическое вмешательство, и его скорее следует рассматривать как полезное дополнение к обычной КПТ.

Практическое применение

Одним из преимуществ терапии модификации когнитивной предвзятости является то, что она может быть особенно полезна пациентам, для которых одного «стандартного» протокола Д-КПТ недостаточно, потому что им трудно добиваться своих целей высшего порядка (оставаться воздержанными) перед лицом провоцирующих стимулов. Захватывающее потенциальное применение данной формы психотерапии заключается в профилактике. Исследования уже продемонстрировали, что модификация когнитивной предвзятости может защитить «здоровых» людей и лиц, находящихся в группе риска, от стрессовых ситуаций. Более того, исследования детей и подростков демонстрируют, что когнитивные предубеждения податливы в молодости. Дети и подростки из группы риска являются особенно важными группами населения, на которые нацелена данная психотерапия, учитывая, что многие тревожные расстройства возникают в это время.

Есть данные о том, что у пациентов с относительно слабым исполнительным контролем автоматически активируемые когнитивные процес-


сы являются более важным предиктором употребления психоактивных веществ и проблем, чем у тех, у кого хорошо развиты функции исполнительного контроля. Это позволяет предположить, что данная форма психотерапии особенно полезна для участников с относительно слабыми функциями исполнительного контроля. Однако это не было подтверждено в крупном исследовании [25], в то время как лучшие результаты были получены у пожилых участников (что могло бы подавить эффекты исполнительного контроля, используемая мера также не была оптимальной). Во-вторых, добавление *терапии модификации когнитивной предвзятости*, казалось бы, особенно полезно для тех, у кого сильная когнитивная предвзятость (сдвиг). Это было подтверждено в крупном исследовании [26], но следует отметить, что надежность показателей относительно невелика, что пока не позволяет прогнозировать на индивидуальном уровне. Возможно, новые алгоритмы оценки, основанные на дисперсии [27], могли бы повысить полезность подбора пациентов для целевой психотерапевтической тактики по их баллам предвзятости перед тестированием. Что касается недостатков, то одним из важных предостережений относительно полезности данной формы психотерапии в качестве дополнения к дистанционной КПТ является то, что многие пациенты считают обучение скучным и бесполезным, особенно переподготовку внимания с использованием разновидностей теста визуального зондирования [8, 9]. Одним из выходов является повышение мотивации

к обучению путем предоставления информации о последствиях автоматически запускаемых процессов в стиле мотивационного интервью, тем самым повышая мотивацию к обучению [28]. Другой способ заключается в разработке более увлекательных игровых разновидностей обучения и/или введении игровых элементов [29]. Однако, хотя это может повысить мотивацию к обучению, мы считаем, что также важно связать обучение с дальнейшими целями лечения, как это активируется при КПТ.

■ ВЫВОДЫ

В данной статье были обсуждены теоретические основы и эффективность клинического применения дистанционных протоколов Д-КПТ и терапии модификации когнитивной предвзятости. Основываясь на зарубежных данных, можно заключить, что существует достаточно веская база доказательств эффективности данных вмешательств при депрессии, тревоге и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Накапливаются доказательства экономической эффективности. Доказательная база для самостоятельных мер по укреплению доверия не очень сильна, поскольку результаты исследований неоднородны. Доказательная база для терапии модификации когнитивной предвзятости в качестве дополнения к Д-КПТ накапливается. Одной многообещающей разработкой в будущем является оптимизация интеграции Д-КПТ и терапии ►

Таблица 3. Задание по минимизации склонности к действию
Table 3. Action Propensity Minimization Task

Этапы	Стимульная ситуация
I. На экране отображается изображение алкогольного или безалкогольного напитка, слегка наклоненное влево или вправо	
II. Пациенты должны как можно быстрее и точнее отреагировать на ориентацию изображения. Изображения, наклоненные влево, следует нажимать (и изображения уменьшаются в размере), изображения, выложенные плиткой вправо, следует тянуть (и изображения увеличиваются в размере)	
III. Когда дается правильный ответ, начинается следующее испытание	
IV. В версии для оценки стрелка одинаково часто появляется в месте расположения изображения алкоголя и безалкогольных напитков. В обучающей версии появляется стрелка (почти) всегда на месте изображения безалкогольного напитка	

когнитивной предвзятости. В какой степени это может создать синергию, необходимую для вмешательства в доминирующие тенденции к действию в актуальной эмоциональной ситуации для пациента? В целом, попытки ответить на этот вопрос приведут к прогрессу в проведении мероприятий в области

психического здоровья. Основываясь на имеющихся в настоящее время доказательствах, терапия модификации когнитивной предвзятости – интересный инструмент для дальнейшего изучения в качестве дополнения к Д-КПТ при лечении распространенных психических расстройств. █

ЛИТЕРАТУРА

- Blanco C, Wall MM, Olfson M. Implications of Telepsychiatry for Cost, Quality, and Equity of Mental Health Care. *JAMA Psychiatry* 2022;79(12):1147–8. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3330>.
- Wright JH, Owen J, Eells TD, et al. Effect of Computer-Assisted Cognitive Behavior Therapy vs Usual Care on Depression Among Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e2146716. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46716>.
- Zhang M, Ying J, Song G, Fung D, Smith H. Web-Based Cognitive Bias Modification Interventions for Psychiatric Disorders: Scoping Review. *JMIR Ment Health* 2019;6(10):e11841. <https://doi.org/10.2196/11841>.
- Wallace P, Murray E, McCambridge J, Khadjesari Z, White IR, Thompson SG, et al. On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One* 2011;6(3):e14740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014740>.
- Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H, Cunningham J, Clarke S, Wiers R, et al. Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(6):e99912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>.
- Mogg K, Bradley BP. Anxiety and Threat-Related Attention: Cognitive-Motivational Framework and Treatment. *Trends Cogn Sci* 2018;22(3):225–40. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.01.001>.
- Cunningham JA. Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14(4):e107. <https://doi.org/10.2196/jmir.2090>.
- Beard C, Weisberg RB, Primack J. Socially anxious primary care patients' attitudes toward cognitive bias modification (CBM): a qualitative study. *Behav Cogn Psychother* 2012;40(5):618–33. <https://doi.org/10.1017/s1352465811000671>.
- Beard C. Cognitive bias modification for anxiety: current evidence and future directions. *Expert Rev Neurother* 2011;11(2):299–311. <https://doi.org/10.1586/ern.10.194>.
- Lisk S.C., Pile V., Haller S.P.W. et al. Multisession Cognitive Bias Modification Targeting Multiple Biases in Adolescents with Elevated Social Anxiety. *Cogn Ther Res* 2018;42(5):581–97. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9912-y>.
- Boettcher J, Leek L, Matson L, Holmes EA, Browning M, et al. (2013) Internet-Based Attention Bias Modification for Social Anxiety: A Randomised Controlled Comparison of Training towards Negative and Training Towards Positive Cues. *PLoS ONE* 2013;8(9):e71760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071760>.
- Nieto, I., Vazquez, C. 'Relearning how to think': A brief online intervention to modify biased interpretations in emotional disorders—study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2021;22(1):510. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05459-3>.
- Liu H, Li X, Han B, Liu X. Effects of cognitive bias modification on social anxiety: A meta-analysis. *PLoS ONE* 2017;12(4):e0175107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175107>.
- MacLeod C, Rutherford E, Campbell L, Ebsworthy G, Holker L. Selective attention and emotional vulnerability: assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *J Abnorm Psychol* 2002;111(1):107–23.
- Mogoșe C, David D, Koster EH. Clinical efficacy of attentional bias modification procedures: an updated meta-analysis. *J Clin Psychol* 2014;70(12):1133–57. <https://doi.org/10.1002/jclp.22081>.
- Mathews A, Mackintosh B. Induced emotional interpretation bias and anxiety. *J Abnorm Psychol* 2000;109(4):602–15.
- Salemink E, van den Hout M, Kindt M. How does cognitive bias modification affect anxiety? Mediation analyses and experimental data. *Behav Cogn Psychother* 2010;38(1):59–66. <https://doi.org/10.1017/s1352465809990543>.
- Menne-Lothmann C, Viechtbauer W, Hühn P, Kasantova Z, Haller SP, Drukker M, et al. How to boost positive interpretations? A meta-analysis of the effectiveness of cognitive bias modification for interpretation. *PLoS One* 2014;9(6):e100925.
- Wiers RW, Rinck M, Kordts R, Houben K, Strack F. Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction* 2010;105(2):279–87. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02775.x>.
- Wiers RW, Eberl C, Rinck M, Becker ES, Lindenmeyer J. Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychol Sci* 2011;22(4):490–7. <https://doi.org/10.1177/0956797611400615>.
- Wiers RW, Houben K, Fadardi JS, van Beek P, Rhemtulla M, Cox WM. Alcohol cognitive bias modification training for problem drinkers over the web. *Addict Behav* 2015;40:21–6. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.08.010>.
- van Deursen DS, Salemink E, Smit F, Kramer J, Wiers RW. Web-based cognitive bias modification for problem drinkers: protocol of a randomised controlled trial with a 2x2x2 factorial design. *BMC Public Health* 2013;13:674. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-674>.
- Houben K, Wiers RW, Jansen A. Getting a grip on drinking behavior: training working memory to reduce alcohol abuse. *Psychol Sci* 2011;22(7):968–75. <https://doi.org/10.1177/0956797611412392>.
- Bickel WK, Yi R, Landes RD, Hill PF, Baxter C. Remember the future: working memory training decreases delay discounting among stimulant addicts. *Biol Psychiatry* 2011;69(3):260–5. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.08.017>.
- Eberl C, Wiers RW, Pawelczack S, Rinck M, Becker ES, Lindenmeyer J. Approach bias modification in alcohol dependence: do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Dev Cogn Neurosci* 2013;4:38–51. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.11.002>.
- Postel MG, de Haan HA, ter Huurne ED, Becker ES, de Jong CA. Effectiveness of a web based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2010;12(4):e68. <https://doi.org/10.2196/jmir.1642>.
- Zvielli A, Bernstein A, Koster EH. Temporal dynamics of attentional bias. *Clin Psychol Sci* 2014;3(5):772–88. <https://doi.org/10.1177/2167702614551572>.
- Boffo M, Pronk T, Mannarini S, Wiers RW. Combining cognitive bias modification training with motivational support in alcohol dependent outpatients: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Trials* 2015;16:63. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0576-6>.
- Boendermaker WJ, Prins PJ, Wiers RW. Cognitive Bias Modification for adolescents with substance use problems – Can serious games help? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015;49(Pt A):13–20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.008>.

Сведения об авторе:

Мелехин А.И. – кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории; Москва, Россия; PИHЦ AuthorID 762868

Вклад автора:

Мелехин А.И. – дизайн исследования, написание текста, 100%

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Статья поступила: 14.03.24

Результат рецензирования: 12.05.24

Принята к публикации: 11.06.24

Information about author:

Melekhin A.I. – PhD, Associate Professor, clinical psychologist of the highest qualification category; Moscow, Russia; RSCI AuthorID 762868

Author Contribution:

Melekhin A.I. – research design, text writing, 100%

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

Financing. The study was performed without external funding.

Received: 14.03.24

Review result: 12.05.24

Accepted for publication: 11.06.24