



Український інститут
когнітивно-поведінкової
терапії

Європейські стандарти освіти КПТ в Україні!



УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

**Применение майндфулнесс в когнитивно-поведенческой терапии
тревоги о здоровье**

Студентки набора
Киев КПТ-2013
Карпович Екатерины Юрьевны

Минск, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
МОДЕЛЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ.....	6
1.1. Диагностические критерии и происхождение симптомов.	6
1.2. Модель когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье. 7	
1.3. План когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье....	10
ПРИМЕНЕНИЕ МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ.....	12
2.1. Исследования эффективности применения майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье.....	12
2.2. Исследования нейрофизиологических коррелятов применения майндфулнесс	16
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОДХОДА МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ	21
1.1. Программа группового тренинга майндфулнесс для пациентов с тревогой и здоровье	21
3.2. Возможности и ограничения подхода	23
3.3. Рекомендации по применению подхода майндфулнесс в КПТ- терапии тревоги о здоровье.....	25
3.4. Возможные пути исследования подхода майндфулнесс в КПТ- терапии тревоги о здоровье.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31
БИБЛИОГРАФИЯ.....	34

ВВЕДЕНИЕ

Тревога о здоровье, также описанная как ипохондрия, представляет собой тревожное расстройство, ключевым симптомом которого является выраженное беспокойство иметь серьёзное заболевание, несмотря на заверения врачей, что предпосылок к этому заболеванию нет. По разным оценкам, до 9% пациентов поликлиник и до 5% генеральной выборки соответствуют критериям тревоги о здоровье [24, с. 817].

Жизнь пациента с этим расстройством, как правило, сосредоточена вокруг вопросов здоровья: чтения соответствующей литературы, обсуждения с родными и близкими, посещения врачей различных профилей. Пациенты с тревогой о здоровье в среднем тратят средств на медицинское обслуживание на 38% больше, чем люди без этого расстройства [15, с.6].

Также одним из наиболее серьёзных последствий тревоги о здоровье является инвалидизация: по мере того как расстройство становится хроническим, пациент отказывается от трудовой деятельности, а затем и от бытового самообслуживания. Подобное снижение физической активности может приводить ко вторичной депрессии. Однако наиболее часто встречающиеся коморбидности по отношению к тревоге о здоровье – паническое расстройство (коморбидны в 48% случаев) и генерализованное тревожное расстройство (коморбидны в 18% случаев) [15, с. 14].

Таким образом, данное расстройство затрагивает не только пациентов, но и их близких, а также сотрудников сферы здравоохранения, которые вынуждены сталкиваться с недоверием и обвинениями в некомпетентности.

Согласно ряду исследований, когнитивно-поведенческая терапия является намного более эффективной, чем обычные способы лечения общей клинической практики, которые заключаются в регулярных обследованиях пациента с заверениями в том, что он не имеет серьёзных заболеваний [31, 32, 47]. В то же время некоторые исследования сообщают, что только 30% пациентов с тревогой о здоровье соглашаются пройти когнитивно-поведенческую терапию и 25-30% пациентов, начавших лечение, бросает его в ходе исследования [5, 16]. Можно предполагать, что это связано с убеждённостью пациентов в органической природе симптомов, однако в любом случае эти цифры говорят о том, что предложенные способы психологического лечения не принимаются многими пациентами.

Также исследователи отмечают ряд ограничений в исследованиях психологического лечения тревоги о здоровье. Во-первых, чаще всего не представляется возможным определить, какие конкретно специфические факторы повлияли на улучшение состояние пациента и насколько эти

факторы связаны с терапией. Во-вторых, разные типы лечения смешиваются, что затрудняет определить пропорцию пациентов, вылеченных именно благодаря КПТ-терапии (сюда также можно отнести и склонность пациентов заниматься самолечением). В-третьих, недостаточно данных исследований “follow-up” (с последующим долгосрочным наблюдением за пациентами) [24, p. 817].

В данной работе рассматривается применение подхода майндфулнесс, основанного на безоценочном восприятии событий и объектов нашего сознания и заимствующего буддистские практики медитации. Интеграция этого подхода в методы психологического лечения началась в 80-х годах в Массачусетском технологическом институте под руководством Дж. Кабат-Зинна. Эффективность подхода майндфулнесс в первую очередь была доказана для лечения хронической боли, а также депрессии. Эффективность подхода майнфулнесс для тревожных расстройств, и в частности, для тревоги о здоровье, исследована недостаточно [5, 32].

В то же время необходимость использовать майндфулнесс-подход ставит перед нами целый ряд практических вопросов, таких как:

- Является ли наблюдение за мыслями как за событиями в сознании более эффективным, чем когнитивный анализ содержания мыслей?
- Может ли стать наблюдение частью поддерживающих циклов тревоги о здоровье (например, нейтрализующим поведением)?
- Может ли обучение техникам майндфулнесс повысить лояльность пациентов с тревогой о здоровье к психологическим методам лечения? и др.

Таким образом, актуальность темы исследования обусловлена следующими факторами:

1. Сложность лечения тревоги о здоровье, связанная с высоким процентом коморбидностей и частыми отказами пациентов от психотерапии.
2. Высокая экономическая стоимость данного расстройства, как для пациентов, так и для государства (поскольку хроническая форма приводит к утрате трудоспособности).
3. Недостаточное количество исследований применения подхода майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье (в том числе в рамках когнитивно-поведенческого подхода).
4. Сложность выделения отдельных факторов, влияющих на лечение тревоги о здоровье.

Цель данного дипломного проекта: изучить особенности применения майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье.

Объект исследования: КПТ-терапия тревоги о здоровье.

Предмет исследования: особенности применения майндфулнес в КПТ-терапии тревоги о здоровье.

Методы исследования: теоретический анализ современных исследований.

Задачи исследования:

- 1) Описать модель КПТ-терапии тревоги о здоровье
- 2) Описать современные исследования применения майндфулнес в терапии тревоги о здоровье
- 3) Описать нейрофизиологические механизмы майндфулнес
- 4) Выявить особенности использования майндфулнес в терапии тревоги о здоровье, его возможности и ограничения.
- 5) Сформулировать рекомендации для КПТ-терапевтов по применению майндфулнес в терапии тревоги о здоровье
- 6) Определить возможные пути исследования применения майндфулнес в КПТ-терапии тревоги о здоровье.

Научная новизна данного проекта заключается в выявлении и структурировании особенностей применения специфического метода терапии тревоги о здоровье, а также определении путей дальнейшего исследования проблематики. **Практическая значимость** дипломной работы связана с формулированием конкретных рекомендаций по применению майндфулнес в КПТ-терапии тревоги о здоровье, а также обсуждению возможных путей исследования этого направления.

МОДЕЛЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ

1.1. Диагностические критерии и происхождение симптомов.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-V) тревога о здоровье идёт под кодом 300.7 (F45.21) и носит название “Illness anxiety disorder” (“расстройство тревоги о болезни”). В этой классификации расстройство относится к категории “Соматические симптомы и связанные с ними расстройства” и имеет следующие диагностические критерии:

A. Обеспокоенность иметь или приобрести серьёзное заболевание.

B. Соматические симптомы не представлены или, если представлены, мягко выражены. Если имеется выраженность на клиническом уровне или высок риск развития симптомов, то обеспокоенность чрезмерна либо диспропорциональна.

C. Имеется высокий уровень тревоги о здоровье, и индивидуум легко вовлекается в беспокойство по поводу статуса своего здоровья.

D. Индивидуум выполняет чрезмерные действия относительно своего здоровья (повторно перепроверяет своё тело на предмет симптомов) либо демонстрирует дезадаптивное избегание (например, избегает ложиться в больницу, когда это необходимо).

E. Обеспокоенность болезнью была представлена по меньшей мере в течение 6 месяцев, но специфическое заболевание, которого боится пациент может изменяться в течение этого срока.

F. Поведение, связанное с болезнями, не объясняется другими клиническими состояниями, такими как соматоморфное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, дисморфофобическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство либо делузионное расстройство соматического типа.

Также данная классификация разделяет расстройство на два типа:

- ищущий лечение и
- избегающий лечения.

Соматические симптомы, о которых чаще всего беспокоится пациент с тревогой о здоровье, как правило, являются нормальными телесными ощущениями, которые варьируются в течение дня: артериальное давление, головокружение, сердцебиение, сухость во рту (которая из-за постоянных попыток проглотить слюну у пациентов с тревогой о здоровье превращается

в ком в горле). Болезнь становится центральной чертой личности пациента и его образа Я, частой темой обсуждений и типичным ответом на стрессовые события в жизни. Интенсивные переживания о здоровье влияют на поведение индивидуума и постепенно ограничивают его деятельность: он отказывается от физической активности, от посещения близких, если они больны, и всё больше сосредотачивается на собственных симптомах. Неудивительно, что такое поведение действительно повышает риск заболеваемости.

Тревога о здоровье, как правило, развивается в ранней и средней взрослости, часто после пережитого стресса, связанного с реальной болезнью или смертью кого-то из окружения. Зачастую тревожность является чертой личности, присущей индивидуума с самого детства, нередко унаследованной от одного или обоих родителей. Генетический вклад в развитие тревоги о здоровье довольно высок, по разным оценкам от 25% до 49%. Пережитая в детстве травма или серьёзное физическое заболевание самого пациента или одного из родителей также повышают риск тревоги о здоровье во взрослом возрасте [15, с. 25].

1.2. Модель когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье.

Большинство пациентов не хотят навешивать на себя ярлык “ипохондрик” так как этот термин подразумевает, что их симптомы нереальны и болезнь существует только “в их голове”. В связи с этим термин “ипохондрическое расстройство” был пересмотрен в 2001 году, и были предложены термины “чрезмерные переживания о здоровье” и “тревога о здоровье” [15, с. 8].

Примерно в это же время была опубликована первая когнитивно-поведенческая модель тревоги о здоровье, разработанная А. Barsky [5, 15]. Эта модель подчёркивала роль тенденции неверно интерпретировать телесные симптомы, а также указывала на поведение как на вторичное последствие когнитивных и перцептивных искажений.

Однако наиболее часто цитируемой моделью тревоги о здоровье является модель, разработанная П. Салковским и его коллегами из Оксфорда [15, с.36]. Эти исследователи указывали на следующие факторы, формирующие ТЗ:

- катастрофическая интерпретация физических симптомов, которая приводит к усилению возбуждения и усилению самих симптомов (рис. 1)

- тенденция фокусировать внимание на информации, которая подтверждает опасения (рис.2)
- поведение, ориентированное на поиск гарантий и безопасности вследствие нетолерантности тревоги (рис.3).
- понимание здоровья как полного отсутствия симптомов (рис. 4).

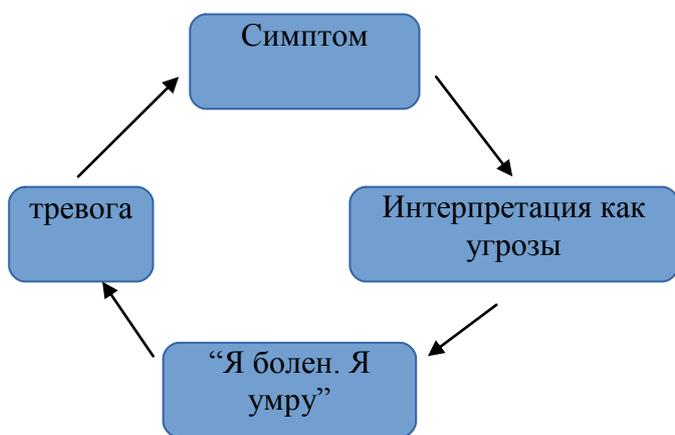


Рис.1. Цикл катастрофизации

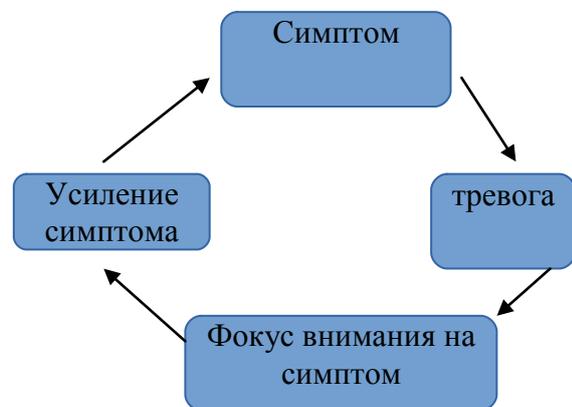


Рис.2. Цикл фокуса внимания

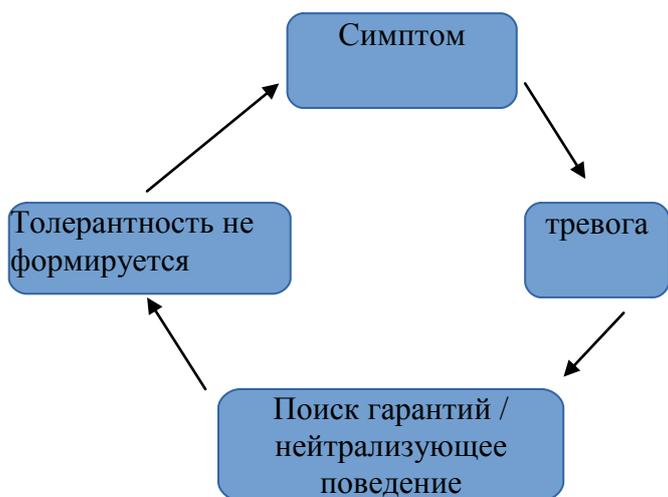


Рис. 3. Цикл защитного поведения

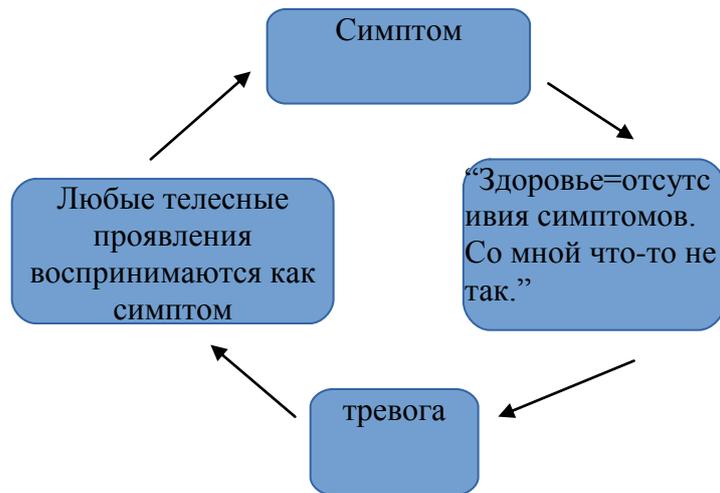
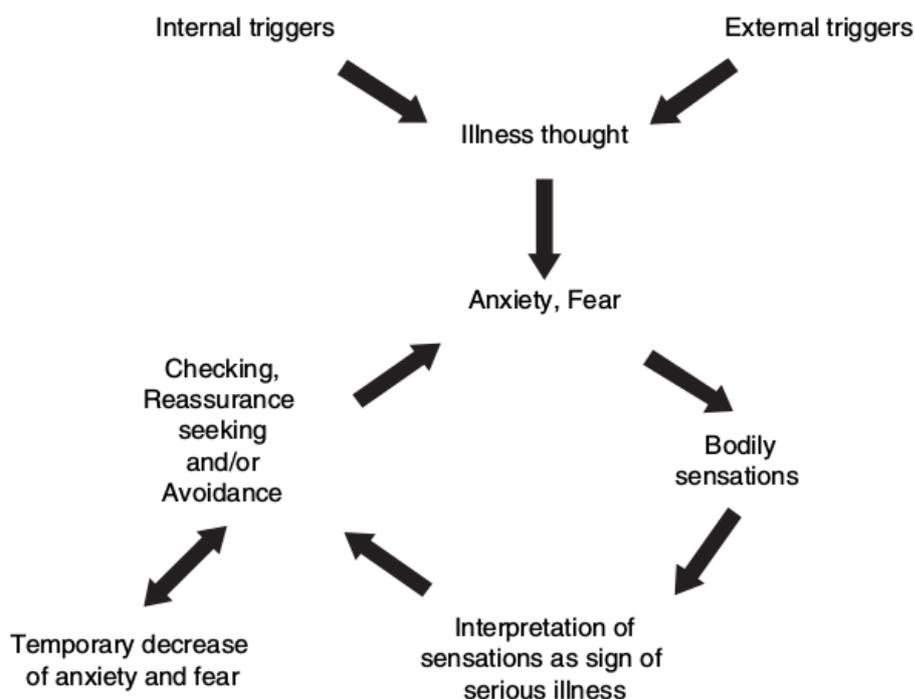


Рис. 4. Цикл здоровья как отсутствия симптомов

Здесь представлены четыре основных цикла, описанных в оксфордской модели тревоги о здоровье. У пациента могут наблюдаться и другие дополнительные к этим, циклы: инвалидизации (“я болен, я ни на что не способен” → отказ от активностей), цикл фобии болезней и смерти (избегание всего, что с этим связано → страх смерти не интегрируется), цикл

непереносимости тревоги и стресса (“я не смогу этого вынести”→нейтрализующие действия) и др.

Модель П. Салковскис и коллег была модифицирована П. Фюрер и представлена в таком виде (рис.5):



© 2004 by Furer and Walker

Рис. 5. КПТ-модель тревоги о здоровье Р. Furer (2007) [15].

Отличительной чертой этой модели является выделение внутренних и внешних триггеров, запускающих поддверживающие циклы тревоги о здоровье. К первым П. Фюрер относит симптомы собственнотного тела, ко вторым – внешние события. Ниже приведены примеры триггеров (Табл.1).

Внутренние триггеры	Внешние триггеры
<ul style="list-style-type: none"> • Сыпь, боль • Обычные болезни, такие как грипп, ОРВИ • Ушибы и растяжения • Беременность 	<ul style="list-style-type: none"> • Новости СМИ • Истории из телепередач, интернета, книг • Болезнь кого-то из близких • Сообщения о врачебных ошибках

Табл. 1. Внутренние и внешние триггеры, Р. Furer, 2007 [15].

Таким образом, все вышеописанные когнитивно-поведенческие модели выделяют несколько ключевых компонентов:

1. Интерпретация физических симптомов как угрозы жизни (катастрофизация).

2. Фокус внимания на симптомах, продуцирующий ещё большее их количество.

3. Защитное поведение (поиск заверений у врачей и родных, избегание “вредных” активностей, постоянное ношение с собой лекарств и т.д.).

В совокупности эти элементы снижают толерантность пациента к тревоге и стрессу, что делает его уязвимым перед всё большим и большим количеством внешних и внутренних триггеров. Следовательно, ***формирование толерантности к тревоге является ключевой целью когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье.***

1.3. План когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье

Рекомендуемые планы терапии для тревоги о здоровье немного отличаются у разных авторов [1, 15]. Например, П. Фюрер рекомендует проводить постепенную редукцию поиска заверений и другого защитного поведения сразу после психоедукации (вторым этапом), а когнитивную реструктуризацию – третьим, в то время как J. Abramowitz и S. Taylor рекомендуют сначала проводить когнитивную реструктуризацию, а затем – редукцию защитного поведения.

Ниже приводится описание четырёх модулей терапии, основанное на обзоре различных литературных источников [1, 15, 41].

Модуль 1. Изменение восприятия симптомов и редукция защитного поведения.

1. Формулирование, психоедукация, социализация в КПТ.
2. Инвентаризация защитного поведения и его постепенное снижение.
3. Вербальное и поведенческое тестирование негативных автоматических мыслей.
4. Когнитивная переоценка – принятие симптомов вместо сопротивления им.

Модуль 2. Поведенческая работа: отказ от защитного поведения и экспозиция к неопределённости.

1. Дистанцирование от тревожных переживаний (работа с полезными и неполезными переживаниями).

2. Работа с правилами жизни и глубинными убеждениями (при необходимости).

3. Работа с непереносимостью неизвестности: пошаговая экспозиция с предупреждением реакции.

Модуль 3. Работа с фобиями болезней и страхом смерти

1. Психоедукация по дисфункциональности стратегий избегания этих тем.

2. Экспозиция (как реальная, так и в воображении).

Модуль 4. Создание качества жизни.

1. Возвращение к физической активности, поведенческая активация.

2. Возобновление социальных и других активностей.

3. Работа с ценностями и целями.

4. Экспериментальная работа с ГУ и схемами (при необходимости).

5. Профилактика рецидива.

Компоненты всех четырёх модулей могут при необходимости быть реализованы в другом порядке в зависимости от особенностей формулирования конкретного пациента. Например, при наличии нескольких глубинных убеждений, связанных с травмирующими событиями, важно обработать их до начала поведенческого модуля (чтобы экспозиция не вызвала ретравматизацию). При наличии депрессии имеет смысл провести блок поведенческой активации в первом модуле, после психоедукации и построения формулирования. При большом количестве переживаний про разные болезни (по типу ГТР) важно начать с дистанцирования от них, а затем уже проводить когнитивную реструктуризацию и отказ от защитного поведения. Также тревога о здоровье не всегда сопровождается страхом смерти – в этом случае третий модуль может быть пропущен или реализован в рамках одной сессии в качестве меры профилактики.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

2.1. Исследования эффективности применения майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье

Когнитивно-поведенческая терапия обширно применяется в лечении тревожных расстройств, а для таких, как ПТСР, социальная фобия, генерализованное тревожное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство, является методом первого выбора, согласно рекомендациям Natioanl Institute of Health and Care excellence [27].

Несмотря на то, что для тревоги о здоровье рекомендации ещё находятся в разработке, эффективность КПТ подтверждается рандомизируемыми контролируемые исследованиями [1, 17, 18, 19, 30, 31, 42]. Некоторые из них представляют неожиданные результаты: например, в исследовании влияния статуса личности на лечение тревоги о здоровье когнитивно-поведенческой терапией было выявлена положительная корреляция между выраженностью личностной патологии и эффективностью КПТ. Другими словами, чем меньше личностной патологии наблюдалось у пациентов с тревогой о здоровье, тем меньше им помогала когнитивно-поведенческая терапия, и наоборот, наибольших результатов достигла выборка с выраженными расстройствами личности [30, р. 3-4].

Исследования применения подхода майндфулнесс для тревожных расстройств немногочисленны. В обзоре E. Shonin и J. Vollestad описывают противоречивые данные: так, исследования Strauss et al. (2014) не выявили значительного влияния методов майндфулнесс на лечение тревожных расстройств [36]. В то же время результаты исследования J. Vollestad говорят об обратном, хотя и признают, что КПТ в лечении тревожных расстройств является более эффективным подходом, чем вмешательства, основанные на майндфулнесс (mindfulness based interventions – MBI) [44]. Авторы мета-анализа исследований эффективности АСТ (acceptance and commitment therapy, терапия принятия и ответственности) пришли к заключению, что, хотя КПТ и остаётся на данный момент наиболее эффективным методом лечения тревожных расстройств, АСТ также является достаточно эффективной и может быть альтернативой в тех случаях, когда КПТ по какой-то причине не подходит [7].

Также было выявлено, что применение МБИ связано со значимой редукцией симптомов социальной тревоги, однако в сравнении с результатами исследований КПТ, последняя показала более высокие

результаты. В то же время эффективность лечения генерализованного тревожного расстройства оказалась одинаковой высокой как в случае с подходом майндфулнесс, так и с КПТ. В целом, E. Shonin и J. Vollestad приходят к выводу, что подход майндфулнесс является наиболее эффективным именно в терапии смешанных тревожных расстройств, социальной фобии и ГТР. Рандомизируемых контролируемых испытаний для других расстройств пока недостаточно [32, p. 128]. Однако, поскольку подход майндфулнесс предоставляет широкий спектр копинг-стратегий, отличных от используемых в КПТ, авторы рекомендуют интегрировать эти два метода для повышения эффективности терапии тревожных расстройств.

В наибольшей степени применение подобного интегрированного подхода описывают Ch. Surawy, F. McManus et al. [24] В исследовании эффективности МБКТ по сравнению с обычным лечением тревоги о здоровье [24, 32]. Поскольку это наиболее детальное исследование применения подхода майндфулнесс в КПТ ипохондрического расстройства, остановимся на нём подробнее.

МБКТ (базирующаяся на майндфулнесс когнитивная терапия) – это экономичная 8-недельная программа, участники которой обучаются наблюдать за своими мыслями и чувствами через повторяющуюся практику направления внимания к- и от- объекта (например, дыхания или телесных ощущений). Участники также обучаются культивировать непосредственную осознанность ощущений и безоценочное принятие всего, что появляется в их сознании (включая триггеры тревожных переживаний). Культивация осознанности в течение практик МБКТ делает участников способными распознавать, в какой момент триггеруются руминативные реакции. Участники научаются с большей лёгкостью дистанцироваться от подобных паттернов, рассматривая их как скорее как события в сознании, чем как валидную часть реальности. В отличие от стандартной КПТ, где фокус находится на изменении содержания мыслей, МБКТ фокусируется на развитии мета-когнитивной, наблюдательной осознанности и, в свою очередь, модификации мета-когнитивных процессов, таких как руминирование и тревожные переживания [24, p. 818].

Авторы исследования приводят причины, по которым, на их взгляд, МБКТ может быть более эффективна, чем КПТ:

1. Майндфулнесс-подход не предполагает изменения содержания мыслей, скорее – изменение отношения к ним. Это позволяет преодолеть сопротивление пациентов, связанное с тем, как изменение мыслей и поведения повлияет на их будущее (“Если я перестану переживать о здоровье, я могу пропустить реальное заболевание!”).

2. Изменение отношения к мыслям представляет собой мета-когнитивный процесс, и в процессе обучения у участников вырабатываются навыки его модификации, что позволяет управлять потоком переживаний и тем самым разрывать поддерживающие циклы тревоги о здоровье без анализа их содержания.

Это является ценным в контексте того, что пациенты, как правило, проводят много времени в мыслях и попытках понять или изменить свои симптомы, в связи с чем когнитивный анализ не всегда является подходящим инструментом терапии.

В то же время известно, что чрезмерное внимание к соматическим проявлениям является частью тревоги о здоровье, а значит, практики осознанности с сосредоточением на телесных ощущениях могут оказаться проблематичными для данной группы пациентов. Иначе говоря, ***существует риск того, что практики наблюдения за телесными ощущениями превратятся в одну из нейтрализующих активностей пациентов.*** Исследователи предполагают, что этот риск оправдан и что большинство пациентов сумеет удерживаться от нейтрализующих активностей [24].

Этапы исследования:

1. Предварительная оценка участников по критериям DSM по телефону.

2. Проведение диагностики ипохондрии по двум опросникам независимым экспертом.

3. Рандомизация участников, после которой одной группе участников предложен курс МБКТ, а другая просто продолжает назначенное терапевтом лечение (но через год может пройти курс МБКТ).

4. Оценка накануне курса МБКТ.

5. Проведение курса.

6. Повторная оценка сразу после курса и через год.

7. Статистический анализ данных.

Следует отметить, что под “обычным лечением” в исследовании подразумевались регулярные консультации у терапевтов, которые сопровождалось, как правило, лечением, направленным на облегчение симптомов и заверениями врачей, что серьёзное заболевание пациентам не грозит.

Интересно, что почти половина участников исследования соответствовали критериям других психических расстройств, кроме тревоги о здоровье, и получала различные виды психологической помощи вне исследования, а 41% участников на момент начала исследования принимали лечение психотропными медикаментами [24, p. 825].

Согласно результатам исследования, по окончании 8-недельного курса диагноз тревоги о здоровье был снят у 53% пациентов, по истечению года наблюдений – у 72% участников группы МКБТ [32, р. 121]. У пациентов контрольной группы более низкие показатели – 21% и 25% соответственно. В то же время уровень общей тревожности и депрессивности у экспериментальной группы по сравнению с контрольной никак не изменился [24, р. 825].

Интересно, что фокус внимания на телесных ощущениях, как правило, считается одним из поддерживающих тревогу о здоровье факторов. В таком случае МКБТ не должна была быть эффективной для пациентов с тревогой о здоровье. Чем же объясняется эффективность этого метода?

Авторы предполагают, что фокус внимания на телесных ощущениях или симптомах может быть частью поддерживающего цикла только в том случае, если сознание индивидуума находится в модусе “решения проблем”, или режиме действия. Это состояние сознание определяется как автоматическое, направленное либо в прошлое, либо в будущее, с целью решить какую-то проблему. В этом состоянии фокус внимания на телесных ощущениях, как правило, направлен на поиск решения “проблемы” этих ощущений, на борьбу с ними – что и вызывает усиление симптомов. Модус сознания, в котором выполняются практики майндфулнесс, в том числе МКБТ, это “экспериентальный режим” (от англ. “experience”), состояние, в котором мы воспринимаем происходящее здесь и сейчас, не пытаюсь решить какую-то проблему. В таком состоянии фокус внимания на телесных ощущениях приводит к тому, что ощущения воспринимаются безоценочно, как проходящие события [24, р. 826].

Формирование навыка присутствия в режиме осознания способствует безоценочной “регистрации” симптомов в сознании, без приписывания им катастрофического значения, что приводит к разрыву цикла 1, описанного в предыдущей главе. Обучение технике “отмечания” ощущений, которая позволяет без сопротивления уделять внимание симптомам без сопротивления им, прерывает цикл 2 (фокус внимания теряет навязчивый характер). Таким образом, интенсивность тревоги снижается в несколько раз и, соответственно, снижается вероятность использования нейтрализующих активностей.

Ф. McManus в сотрудничестве с другими авторами продолжает проводить исследования МКБТ тревоги о здоровье. В 2011 году помимо измерения показателей шкал участников курса майндфулнесс, были также описаны и проанализированы интервью с участниками курса спустя год после завершения программы. Большинство участников признали подход

МКБТ приемлемым для себя и качественным для лечения тревоги о здоровье, а также отметили полезное влияние этого на своё функционирование в целом [47].

В недавнем исследовании F. McManus et al. оценивалось влияние курса МКБТ на появление интрузивных образов у пациентов с тревогой о здоровье. Было выявлено, что частота образов, связанных с ними дистресс и интенсивность значительно снизились после курса и при наблюдении через три месяца [26].

Ещё одно исследование тех же авторов детально представляет особенности адаптации и применения метода майндфулнесс, а также возможности и ограничения метода, которые будут описаны в следующей главе [37].

Ещё одно исследование, о котором упоминают F. MacManus et al., описывает эффективность курса МКБТ в отношении лечения тревоги о здоровье, при этом снижение тревоги коррелирует с повышением уровня осознанности [23].

Таким образом, представленные исследования демонстрируют эффективность использования подхода майндфулнесс, адаптированного к когнитивно-поведенческой терапии. В то же время особенности и эффективность применения этого подхода изучены недостаточно и требуют дальнейших рандомизированных контролируемых испытаний.

2.2. Исследования нейрофизиологических коррелятов применения майндфулнесс

Эффективность подхода майндфулнесс исследователи связывают с тем, что во время медитации наблюдается повышение активности и образование новых нейронных связей в срединной префронтальной коре головного мозга, которая отвечает за функции эмоциональной регуляции, планирования, осознанного выбора, эмпатии, инсайта и др. [33, 34].

Предполагается что срединная префронтальная кора имеет ряд функций, выраженность которых возрастает при регулярной активации данной области. Можно выделить следующие группы функций:

1. *Регуляция телесных функций* за счет согласованного баланса тормозных и возбуждающих влияний [33, р. 53].

2. *Сонастроенное общение (взаимопонимание)* – важный навык социального интеллекта, который достигается за счет координации входящих сигналов и установления резонанса с другим человеком через систему резонансного контура, в которую входят зеркальные нейроны [3, 6].

3. Эмоциональная уравновешенность и гибкость реакций.

Срединные префронтальные области способны отслеживать и тормозить активность лимбической системы, которая может ошибочно запускать импульсивные эмоциональные реакции. Чтобы “отключать” их, необходима способность сделать паузу перед началом ответного действия (“нереактивность”) [6, 8, 11].

4. Эмпатия. Интероцептивные сигналы от подкорковых структур и внутренних органов через островок поступают в срединную префронтальную кору. Затем полученные данные интерпретируются, и получаемая интерпретация-оценка распространяется на другого человека в форме эмпатического воображения о том, что может происходить внутри его сознания. [3, 9, 12]

5. Функция *инсайта* связана со способностью создавать ассоциативные связи за счёт обращения к хранилищам автобиографической памяти и активности лимбической системы [6, 9].

6. Модуляция страха осуществляется посредством разрастания нейронных волокон между префронтальной корой и подкоркой (чем более сильные между ними связи, тем в большей степени возможна осознанная регуляция воспринимаемой угрозы) [28, 35].

7. Интуиция основана на способности префронтальной коры обрабатывать входящую информацию от нейронных сетей и сплетений, окружающих внутренние органы (сердца, кишечника и др.) [21].

Исследования продемонстрировали, что регулярная практика медитации оказывает определённое влияние на нейрофизиологические процессы. Так, у участников зафиксирован выраженный левосторонний сдвиг мозговой активности после прохождения 8-недельного курса MBSR по сравнению с показателями до начала курса и по сравнению с контрольной группой. Такой сдвиг активности ассоциируется с изменениями поведенческих реакций на стресс: испытуемые стали демонстрировать меньше реакций избегания и больше исследовательского поведения, при котором триггер воспринимается как возможность, а не угроза [33].

Другая группа исследований показала, что практика медитации устойчиво ассоциируется с увеличением активности префронтальной коры как в группах, практиковавших 8-недельный курс медитации, так и у тех, кто практикует год и более, причём длительность опыта положительно коррелирует с объёмом префронтальной коры [33, 35, 43]. В другом исследовании было зафиксировано повышение уровня гемоглобина в правой части префронтальной коры во время медитации, а также повышение

скорости реакции при выполнении заданий на внимательность (средняя скорость после практики медитации была выше, чем до неё) – см. рис. 6 [34].

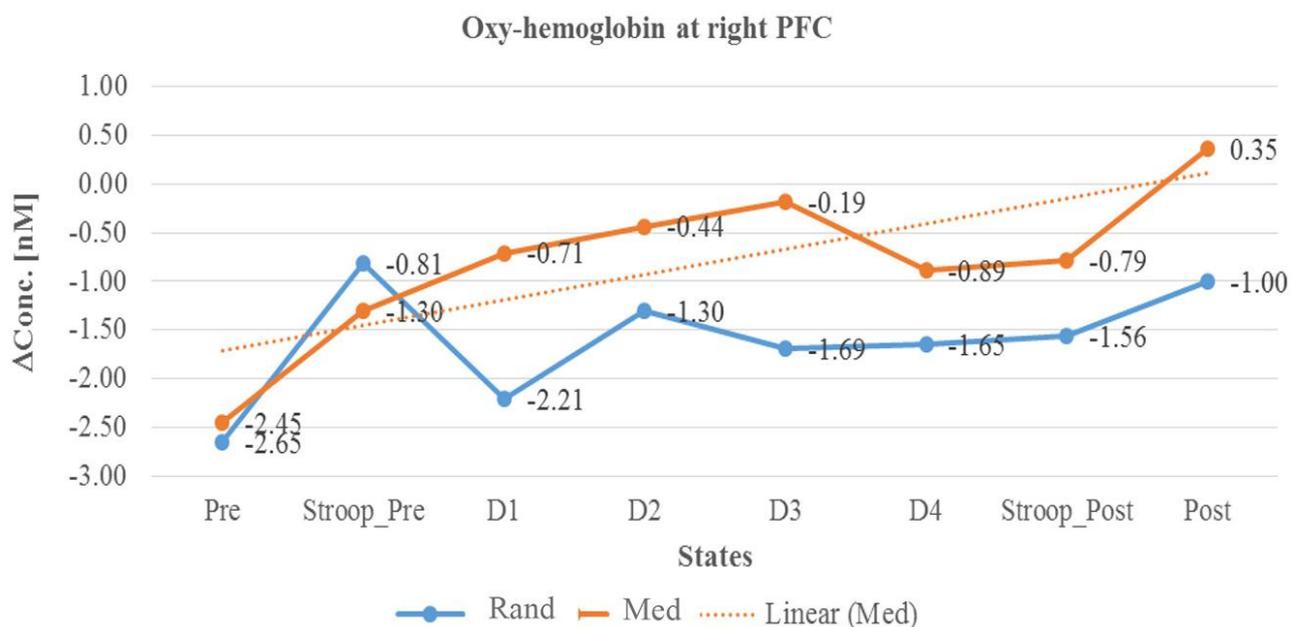


Рис. 6. Линии представляют средние изменения окси-гемоглобина в правой префронтальной коре в двух группах: контрольной (не выполняли медитацию, голубая линия) и экспериментальной (выполняли, оранжевая). Pre – начало эксперимента, Stroop_Pre – выполнение теста Струпа до медитации, D1-D4 – медитация, Stroop_Post – выполнение теста после медитации, Post – конец эксперимента [34].

Также было выявлено, что вместе с префронтальной корой во время медитации активизируются верхняя височная кора и островок, которые содержат элементы «резонансного контура», отвечающего за репрезентацию намерений других людей (Рис.7) [33].

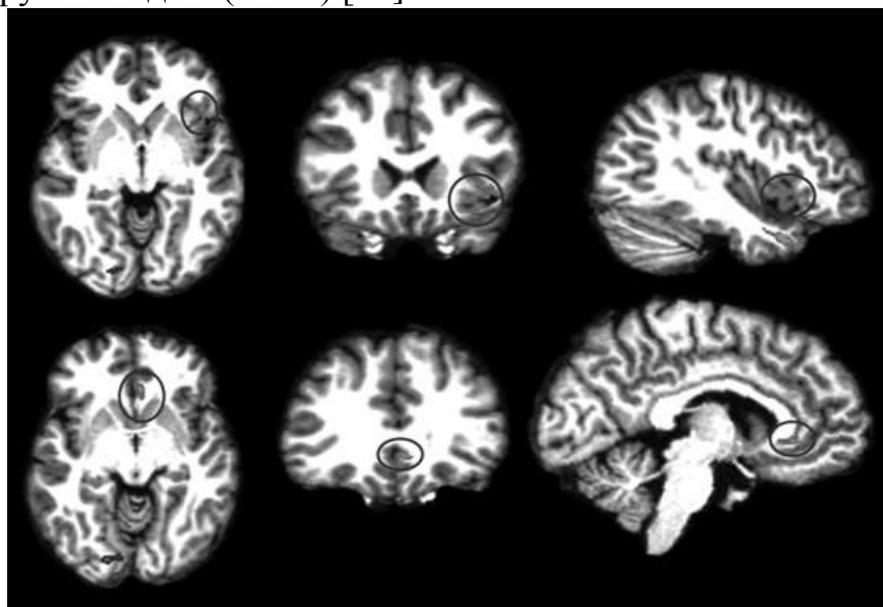


Рис. 7. Функциональная МРТ, выполненная во время выполнения медитации осознания дыхания. На снимках видна активация островка и вентрального отдела передней поясной извилины.

В недавнем исследовании Y.-Y.Tang и L.D. Leve описали интегративную трансляционную модель нейробиологических и бихевиоральных механизмов взаимодействия майндфулнесс и функции саморегуляции [40]. Согласно этой модели, три основные функции, на которые влияет практика майндфулнесс, тесно связаны с активацией определённых зон мозга:

Улучшение контроля внимания связано с активацией медиальной префронтальной коры, передней поясной извилины и полосатого тела.

Гибкость эмоциональной регуляции (нереактивность) связана с активацией миндалевидного тела и множественных зон префронтальной коры

Изменение само-осознания связано с активацией коры островка, медиальной префронтальной коры и задней поясной извилины (см. рис. 8).

Также авторы описывают позитивное влияние майндфулнесс, подтверждённое рандомизируемыми контролируемыми испытаниями для синдрома дефицита внимания и гиперактивности, зависимости от психоактивных веществ и депрессии.

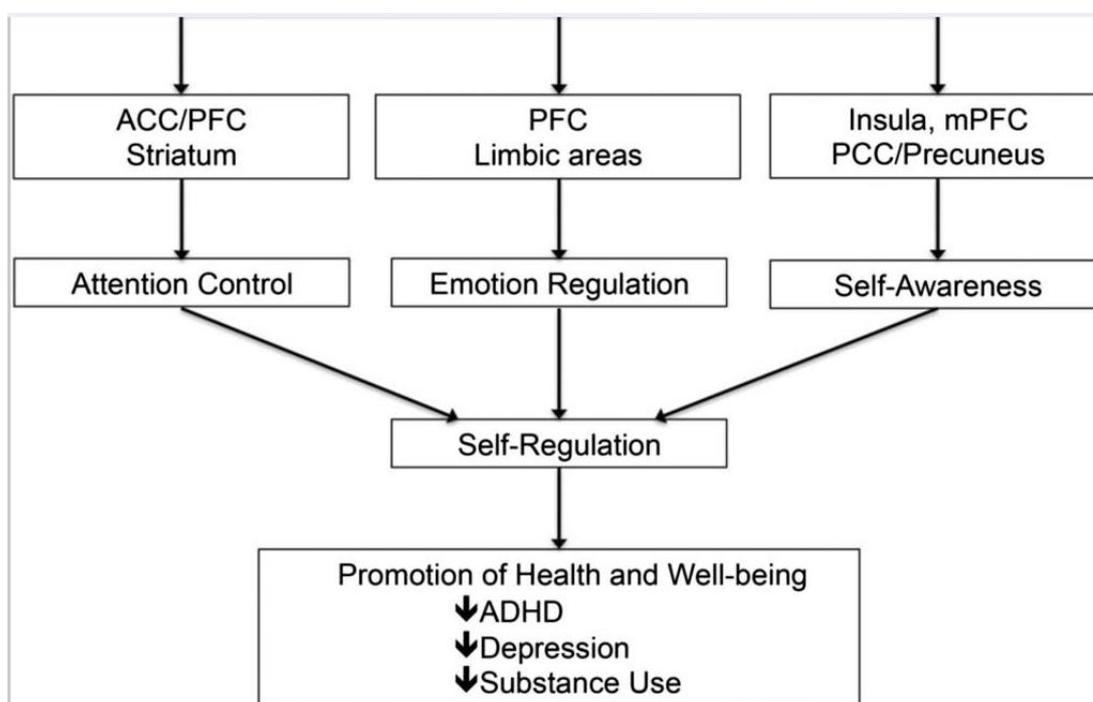


Рис.8. Интегративная трансляционная модель Y.-Y.Tang и L.D. Leve, 2016.

Безусловно, нейрофизиологические механизмы практик осознанности и внимательности до сих пор остаются до конца неясными и продолжают изучаться. Однако такие функции срединной префронтальной коры, как модуляция страха и регуляция эмоциональной уравновешенности помогают нам понять, каким образом подход майндфулнесс влияет на снижение тревоги. По всей вероятности, это происходит через снижение гиперсензитивности амигдалы и активацию функции осознанной оценки воспринимаемого триггера как опасного или безопасного.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОДХОДА МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ О ЗДОРОВЬЕ

1.1. Программа группового тренинга майндфулнесс для пациентов с тревогой и здоровье

В ходе исследований Ch. Surawy, F. McManus, K. Muse, J. M. Williams программа МКБТ, предназначенная для терапии депрессии, была адаптирована для тревоги о здоровье. Пример этой адаптации поможет выявить особенности применения майндфулнесс в когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье [37].

МКБТ комбинирует подход майндфулнесс, который включает в себя формальные практики медитации, и образовательный компоненты из КПТ. Формальные и неформальные практики медитации преподаются таким образом, что участники учатся культивировать опыт осознанности и безоценочно принимать всё, что приходит в сознание в данный момент, включая негативные переживания и тревогу. Тренинг майндфулнесс открывает доступ к режиму “осознания” (being mode), чтобы позволяет включать разворачивающийся опыт от момента к моменту независимо от того, что именно переживают участники. Таким образом пациенты начинают замечать, что у сознания существует тенденция создавать нарративы, которые воспринимаются как реальность (но не являются ею). В результате этого мы реагируем не на реальность, а на эти нарративы: пытаемся удерживать всё, что приятно, отталкивать всё, что неприятно, и разнообразить всё, что нейтрально [37, p. 383].

Поскольку изначально МКБТ разрабатывалась для депрессий, применение её к тревоге о здоровье требует определённой адаптации.

Программа начинается с установочной индивидуальной сессии, в ходе которой терапевт оценивает, подходит ли курс пациенту, разрабатывает формулирование, поясняет, как МКБТ может помочь и чего ожидать от курса.

Дальнейшее обучение подразумевает восемь еженедельных встреч по два часа каждая. Предполагается, что участники самостоятельно обучаются между встречами, и в целом взаимоотношения между пациентами и тренером проходят в формате преподаватель – студенты. Основная тема, которые обсуждаются – это опыт, который участники переживают во время практик [37, 384].

Ниже приводится описание задач программы по сессиям (табл. 2)

№ сессии	Основные задачи	Инструменты решения
1-3	Наблюдение за проявлениями режима действия (автоматического) и режимом осознания. Наблюдение за работой сознания. Обучение возвращению внимания. Наблюдение за собственными реакциями на приятные и неприятные события.	Медитативная практика «сканирование тела». Медитативная практика «якорь дыхания». Записи приятных и неприятных событий (на основе бланка ABC).
4	Изучение поддерживающих циклов. Распознавание привычных паттернов действия (избегающих и нейтрализующих активностей). Развитие любопытства в отношении телесных ощущений.	Практика наблюдения за дыханием. Психоэдукация по циклам избегающего и защитного поведения. Групповая дискуссия.
5-8	Направление внимания на то, что вызывает избегание. Формирование нереактивности через способность оставаться в текущем моменте. Обучение принятию и состраданию в отношении себя и других. Мониторинг ресурсов с целью наполнить жизнь новыми интересными делами. Интеграция навыков и профилактика рецидивов.	Дополнительные медитативные практики (в том числе медитация любящей доброты). Поэтапное усложнение условий для медитации (чтобы приблизить их к реалистичным). Ведение дневника ресурсных и истощающих активностей. Групповые дискуссии. Психоэдукация по профилактике рецидивов.

Таблица 2. Описание структуры программы МВСТ, разработанной Ch. Surawy et al.

На начальном этапе участников поощряют наблюдать за тем, как часто в течение дня они автоматически вовлекаются в ту или иную деятельность. Обучение начинается с наблюдения за тем, как участники едят изюминку и как практика осознанного питания может отличаться от привычного им образа действия. Также им предлагается наблюдать за такими действиями, как ходьба и умывание. Они осваивают технику сканирования тела и наблюдение за дыханием, а образовательный компонент включает в себя запись приятных и неприятных переживаний.

Середина курса имеет образовательный фокус. Участники изучают поддерживающие циклы и учатся наблюдать, как мысли и эмоции

подталкивают их к привычному поведению – например, поиску заверений или поиску ощущений в абдоминальной области. Они также изучают общие для тревоги когнитивные паттерны (ориентация в будущее, катастрофизация) и обсуждают релевантный опыт практики медитации.

Завершающий этап курса направлен на вовлечение участников через опыт медитации и образовательные беседы в произвольное наблюдение за тенденциями избегания. На этих сессиях усилия участников направляются на то, чтобы сформировать нереактивность – способность взвешенно реагировать на эмоции и мысли, возникающие в их сознании. Также участники проводят мониторинг своих активностей, измеряя то, насколько они наполняют их энергией или истощают. Это подготавливает их к интеграции новых активностей, которые заменят привычное избегающее поведение [37, 385 - 386].

В целом, программа МБКТ для тревоги о здоровье строится на тех же принципах, что и программа для депрессии, с акцентом на понимание поддерживающих тревогу циклов и роли избегания, а также на ключевой роли режима осознания («being»), в котором отношение к симптомам как к просто событиям сознания становится возможным.

3.2. Возможности и ограничения подхода

В одной стороны, подход МБКТ способен решать те же задачи, что и КПТ: разрывать поддерживающие циклы, основанные на руминативных переживаниях, избегании, гиперчувствительности к телесным ощущениям и ошибочных интерпретациях. Однако *главная особенность подхода майндфулнесс состоит в том, что механизм прерывания поддерживающих циклов не связан с когнитивным анализом и поиском альтернативного ответа, а основан на обучении регуляции мета-когниций*. Вместо того, чтобы работать с содержанием мыслей, пациент учится взвешенно реагировать на любые триггеры, будь то мысли, эмоции или телесные симптомы, в результате чего они быстро теряют свою значимость и интенсивность. В случае с пациентами с тревогой о здоровье это является преимуществом, так как поиск альтернативного убеждения может стать частью новых руминативных переживаний [5, 23, 24, 32, 37].

Возможности описанной программы МБКТ заключаются в том, что она направлена на формирование определённых компонентов опыта участников, необходимых для лечения тревоги о здоровье. К этим компонентам можно отнести:

Нереактивность. МБКТ не ставит целью изменить содержание тревожных мыслей и образов, но сократить их влияние и снизить реактивность в ответ на них таким образом, чтобы они не приводили к привычному защитному поведению (поиску заверений, информации, самосканированию и т.д.) Способность индивидуума наблюдать за мыслями и образами в модусе “осознанности” приводит к возможности выбора своей реакции. В основе этого развития гибкого ответа на стрессоры – способность приближаться и исследовать собственный опыт, не избегая его только потому, что он неприятен.

Исследование телесных ощущений. Центральный посыл МКБТ состоит в изменении модуса сознания с “автопилота” (“doing”) в режим “осознанности” (“being”), в котором телесные ощущения рассматриваются открыто и с любопытством по отношению к тому, как они влияют на мысли, эмоции и поведение индивидуума. Активно поощряется установка безоценочности, теплоты и сострадания по отношению к собственным ощущениям. Повышая сострадание и доброту по отношению к самому себе, МКБТ позволяет снизить избегание и создать условия для восстановления сил и энергии.

Вовлечение в настоящий момент. T.D. Borkovec и B. Sharpless предполагают, что тревога «увлекает пациента миром будущего, в котором тело и разум реагирует на ментальную конструкцию реальности, а не на саму реальность» [48]. Соответственно, люди получают лишь малую толику удовольствия от контакта с жизнью в настоящем моменте, в то время как ещё одной важной задачей в МКБТ является восстановление этого контакта [37, 48].

Навыки для профилактики регресса. Тревога о здоровье характеризуется хроническим характером эпизодов сильного беспокойства, поэтому ещё одной важной задачей МКБТ является профилактика рецидива. Она заключается в научении пациентов замечать ранние признаки обострения и применять навыки остановки эскалации нормальной тревожности о здоровье в патологическую.

Интересно, что опрос самих участников программы МКБТ позволил осветить немного иные достоинства и возможности подхода. Участники говорили о том, что им было важно:

- Валидизировать и нормализовать собственный опыт («Всё это не просто в голове»).
- Осознать циклы тревоги, что позволяет прекратить их.
- Ощутить большую степень принятия в целом.
- Увидеть другие точки зрения на жизнь.

- Измениться настолько, что это стало заметно для значимых других.

Также исследование Ch. Surawy et al. продемонстрировало низкий показатель отказа от терапии или прерывания участия в программе (всего 2 из 36). Исследователи приписывают это формату «обучения в классе», который воспринимается более нейтрально по сравнению с терапевтической группой [37, p. 389].

К ограничениям данной программы можно отнести сложность работы с избеганием. Для некоторых пациентов столкновение с этим паттерном может оказаться настолько пугающим, что это снизит мотивацию к терапии. Также существует риск того, что медитация станет одной из нейтрализующих тревогу активностей.

Одним из ограничений группового формата работы может быть чувство стыда из-за обнаружения своей «ипохондричности», что может добавлять социальную тревогу к тревоге о здоровье. Также рассказы о переживаниях других людей могут выступать дополнительным триггером к собственным переживаниям. Ещё одно возможное ограничение – недостаток времени для работы с индивидуальными особенностями случаев пациентов (особенно при наличии коморбидных расстройств).

Таким образом, основным достоинством программы групповой МБКТ является, с одной стороны, формирование у пациентов альтернативного взгляда на симптомы, а также возможности разорвать основные поддерживающие циклы без анализа содержания мыслей. Кроме того, участники относятся к программе с меньшим сопротивлением, чем к другим видам психологического лечения (об этом свидетельствует низкий показатель прерывания программы). Ограничения программы в основном связаны со сложностью работы с паттернами избегания.

3.3. Рекомендации по применению подхода майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье

На основе выявленных особенностей сформулирован ряд рекомендаций по применению майндфулнесс с учётом использования преимуществ и преодоления ограничений этого метода.

Формат работы может быть как групповым, так и индивидуальным. В первом случае можно использовать модель работы группы, описанную Ch. Surawy. Участники группы также могут встречаться между модулями, чтобы практиковать и делиться опытом в парах или тройках (так называемое обучение “равный-равному”): вероятно, это усилит их лояльность программе и поможет снизить процент прерывания курса.

Индивидуальное консультирование предполагает больше гибкости в соотношении времени, посвященного практике и психоедукации, и позволяет учитывать особенности случая пациента, однако в таком формате могут возникнуть сложности с получением обратной связи и валидизацией опыта.

В таблице 3 описаны возможные сложности каждого из форматов и варианты их преодоления.

Особенности применения подхода	Возможные сложности	Варианты решений
Формат	Индивидуальный формат: недостаток обсуждения опыта и обратной связи.	Планировать время сессии так, чтобы всегда оставалось время для обсуждения опыта практики.
	Групповой формат: может не учитывать индивидуальных особенностей случая пациента, в т.ч. коморбидностей	Проводить индивидуальную сессию до начала, в середине и после окончания курса.
Структура	Отсутствуют чёткие указания для включения техник майндфулнесс в индивидуальную КПТ-терапию.	В зависимости от особенностей формулирования. При отсутствии осложнений можно начинать обучение майндфулнесс вместе с техниками дистанцирования.
Цель	Регуляция метакогнитивных процессов: майндфулнесс не работает с содержанием когнийций.	Регулярно отслеживать уровень доверия пациента к ключевым когнициям, и, если он не снижается, использовать техники работы с их содержанием.
Психоедукация	Пациенты могут быть больше заинтересованы в практических заданиях, чем в самообразовании.	Проводить психоедукацию в виде диалога, включать в неё упражнения для каждого информационного блока.
Инструменты	Медитативные практики могут оказаться слишком интенсивными для пациентов.	Градуальное примерение техник от самых простых и коротких к более длительным и интенсивным.

Табл. 3. Возможные сложности применения подхода майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье и варианты их решения.

В последнее время появляется всё больше исследований онлайн-обучения навыкам осознанности, которые показывают, что формирование этих навыков не требует личного присутствия, и интернет-курсы являются эффективными как в практическом, так и в экономическом смысле [18, 19, 29, 45].

Как курс МБКТ, так и классическая КПТ-терапия тревоги о здоровье включают в себя от 4 до 8 модулей, однако **структура работы** с конкретным пациентом будет зависеть от того, какой подход используется в качестве основы. Выбор этого подхода осуществляется в конце первой консультации на основе формулирования, составленного совместно с пациентом.

Наличие таких коморбидностей, как депрессия или другие тревожные расстройства, может говорить в пользу классической КПТ-терапии. Интересно, что наличие патологии личности у пациентов с тревогой о здоровье положительно коррелирует с успехом когнитивно-поведенческой терапии [30].

Групповой формат работы может оказаться более предпочтительным для пациентов без коморбидностей либо тех, для кого индивидуальная психотерапия оказалась неэффективна.

В то время как **план работы** в группе основан на курсе MBSR, план индивидуальной КПТ-терапии может быть более гибким и предполагать включение техник майндфулнесс на разных этапах. При отсутствии осложнений включение этих техник уместно начинать на втором модуле терапии (на этапе работы с дистанцированием от переживаний).

Следует обратить внимание также на то, что **основная цель** КПТ и подхода майндфулнесс в отношении лечения тревожных расстройств отличаются. Для КПТ это повышение уровня толерантности к тревоге, а для майндфулнесс – модификация и регуляция мета-когнитивных процессов. С одной стороны, с этим связаны определённые ограничения: майндфулнесс не предполагает никакой работы с содержанием когниций, а значит, устойчивые глубинные убеждения и правила жизни могут остаться неизменными. В то же время, навыки модификации мета-когниций оказывают мощное воздействие не только на толерантность к тревоге, но и на самооценку, управление гневом и массу других процессов – а значит, потенциально майндфулнесс обладает возможностями, выходящими за пределы привычного нам понимания психической патологии и нормы.

Одной из наиболее важных ролей в применении подхода майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье играет **образовательный компонент (психоедукация)**. Этот компонент включает в себя информирование

пациента и совместное исследование поддерживающих циклов тревоги о здоровье. Психоедукация выполняет следующие функции:

- Валидизация эмоций: пациенту важно знать, что всё «не только в его голове».
- Информационная: данные научных исследований по тревоге о здоровье.
- Образовательная: обучение отличать режим «действия» и режим «осознания», узнавать и прерывать поддерживающие циклы, останавливать поиск заверений и т.д.
- Мотивационная: поддерживает участников в регулярности практик.
- Профилактическая: психоедукация направлена на то, чтобы медитация не стала защитным поведением, а также на предостережение рецидивов.

Поскольку пациенты с тревогой о здоровье склонны использовать защитное поведение в качестве лёгкого способа избежать тревогу, существует риск того, что медитативные техники также могут стать частью такого поведения. Поэтому особенно важно уделить обсудить с пациентами их циклы избегающего и нейтрализующего поведения, а также провести упражнения на формирование навыка отличать полезное и неполезное избегание (примеры для упражнений можно найти в книге P.Furer “Treating Health Anxiety and Fear of Death”) [15, p. 143].

В качестве **основных техник и инструментов** подхода майндфулнесс используются медитативные практики, заимствованные из буддистских традиций. Это различные виды объектных медитаций, в которых пациенту предлагается сфокусировать своё внимание на телесных ощущениях, дыхании, звуках, ощущении удовольствия либо чувстве сострадания. При этом участнику говорят, что его внимание неизбежно будет отвлекаться, это не является ошибкой, просто после каждого отвлечения ему необходимо мягко, но настойчиво вернуться к предмету наблюдения.

Основная сложность применения медитативных практик с тревожными пациентами заключается в их низкой толерантности к эмоциональному дискомфорту, в то время как медитативные практики, по сути, являют формой экспозиции к нему. Поэтому к медитации важно применять те же правила, что и к экспозиции: в первую очередь, выстраивать практики градуально, начиная с самых простых и коротких, а затем постепенно наращивать продолжительность и интенсивность медитаций.

Ещё одним условием высокой эффективности медитативных техник является обсуждение опыта, полученного в ходе практики. Во время

медитаций к пациентам могут приходиться различные образы и воспоминания, и их называние и проговаривание способствует укреплению навыка не-реактивности.

Помимо медитативных техник, важным инструментом является направленная групповая дискуссия с использованием классических инструментов КПТ: записи плюсов и минусов, техники принятия решений и т.д. На заключительных этапах терапии пациенты часто обнаруживают, что избегающие и нейтрализующие активности предопределяли их образ жизни, и нуждаются в пересмотре своих ценностей и освоении новых видов деятельности. Групповая дискуссия может быть эффективна в обсуждении этих ценностей и приоритетов, проведении «мозгового штурма» с целью написания новой странички их жизни.

Таким образом, рекомендации по применению подхода майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье в основном сосредоточены на таких особенностях, как формат работы (индивидуальный/групповой), психоедукация (профилактическая, мотивационная и др.) и градуальное использование техник. Также на протяжении всего курса терапии следует уделять внимание пониманию пациентом поддерживающих циклов.

3.4. Возможные пути исследования подхода майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье

Несмотря на разработанные программы лечения тревоги о здоровье с применением майндфулнесс, многие вопросы остаются неясными для исследователей.

Например, ряд исследований подтверждает **экономическую эффективность майндфулнесс** по сравнению с обычной медицинской помощью, в то время как другие исследования не находят разницу в расходах экономически значимой [18, 30]. Существуют свидетельства того, что у здоровых людей значительно снижается **частота обращения за медицинской помощью** в течение пяти лет после участия в программе обучения навыкам осознанности, однако отсутствуют данные исследований о том, что точно также эта частота может снижаться у пациентов с тревогой о здоровье [20].

Также требует прояснений то, является ли групповой формат МВСТ более эффективным, чем индивидуальный, а также проводилось недостаточно сравнений эффективности МВСТ в сравнении с классической КПТ [32].

В отношении лечения тревоги о здоровье у людей с личностными нарушениями можно найти противоречивые данные. Традиционно когнитивно-поведенческая терапия рекомендуется в первую очередь пациентам с расстройствами оси I [27]. Однако недавнее исследование R. Sanatinia et al. обнаружило неожиданную корреляцию эффективности КПТ со степенью личностных нарушений [30]. Безусловно, проверка гипотезы о том, **какое влияние оказывает МВСТ на тревогу о здоровье с разными типами коморбидностей** (в том числе и нарушений личности) заслуживает внимания.

Результаты исследований McManus et al. позволяют предположить, что подход майндфулнесс повышает вовлечённость пациентов в терапию и снижает процент случаев прерывания курса (по данным вышеупомянутых исследований, в пять раз). Если подобный результат подтвердится в дальнейших исследованиях, это может означать, что интеграция подхода майндфулнесс в психотерапию может значительно повысить лояльность пациентов к психологическим методам в целом.

Недостаточно исследованными также являются **биологические показатели** пациентов–участников программ, основанных на майндфулнесс: вариабельность сердечного ритма, метаболизм, артериальное давление, иммунный ответ, особенности дыхания (частота, ритм, продолжительность вдохов и выдохов). Исследования частоты дыхания демонстрируют заметное снижение её у участников, практикующих медитацию год и более. Снижение частоты дыхания также связывают со снижением физиологического возбуждения [46].

На данный момент в основном исследуются программы ежедневных практик, которые предполагают от 20 до 40 минут формальной медитации в день. Интенсивные практики (ретриты), которые подразумевают шесть часов практики в день и более, пока исследованы недостаточно, в том числе и в отношении их влияния на тревожные расстройства [46, 26].

Таким образом, возможности исследования применения подхода майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье представляют широкие перспективы. Основные области возможных исследований – это сравнение эффективности различных методов, а также влияние методов на пациентов с различными типами коморбидностей, экономическая эффективность и биологические показатели изменений. Отдельный интерес представляет изучение влияния метода на вовлечённость и лояльность пациента к психологическим методам лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного теоретического анализа можно заключить, что:

1. Современные когнитивно-поведенческие модели тревоги о здоровье выделяют следующие ключевые компоненты этого расстройства:

- Интерпретация физических симптомов как угрозы жизни (катастрофизация).
- Фокус внимания на симптомах, продуцирующий ещё большее их количество.
- Защитное поведение, которое включает в себя поиск заверений у врачей и родных, избегание “вредных” активностей, сканирование и поиск симптомов, постоянное ношение с собой лекарств и т.д.
- Переоценка здоровья в системе личных ценностей и определение здоровья как отсутствия симптомов [15].

В когнитивно-поведенческой терапии тревоги о здоровье можно выделить следующие этапы (модули):

- 1) изменение восприятия симптомов и редукция защитного поведения
- 2) поведенческая работа: отказ от защитного поведения и экспозиция к неопределённости
- 3) работа с фобиями болезней и страхом смерти
- 4) создание качества жизни, интеграция навыков [1, 15, 41].

2. Современные исследования применения майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье в основном сосредоточены на изучении эффективности этого подхода:

- a) в сравнении с обычной медицинской помощью (МВСТ эффективнее на 32% сразу после проведения курса и на 47% через год в сравнении с контрольной группой [32])
- b) в сравнении с когнитивно-поведенческой терапией (МВСТ и АСТ рассматриваются как альтернативные виды лечения, но данных для сравнения недостаточно)
- c) экономической эффективности (данные противоречивы, однако можно предположить, что в долгосрочной перспективе применение подхода майндфулнесс является более экономически выгодным, чем обычное лечение).

3. Исследования нейрофизиологических механизмов практик осознанности и внимательности позволяют предполагать, что ключевая роль в регуляции тревожных реакций отводится срединной префронтальной коре,

передней поясной извилине, амигдале и коре островка [33, 39]. С точки зрения нейрофизиологии практика майндфулнесс оказывает наибольшее внимание на функции контроля внимания, эмоциональной регуляции и самоосознания [38, 39].

4. Особенности применения подхода майндфулнесс в терапии тревоги о здоровье являются:

- выбор формата работы (индивидуальная либо групповая в зависимости от наличия или отсутствия коморбидностей у пациента и предыдущего опыта терапии);
- построение структуры программы (выбор модуля терапии, на котором встраиваются техники майндфулнесс);
- ключевые задачи терапии (формирование толерантности к тревоге в КПТ и регуляция метакогнитивных процессов в майндфулнесс);
- психоедукация (играет ключевую роль в предупреждении защитного поведения и мотивирует продолжать терапию);
- применение техник (реализуются по принципу экспозиции, т.к. для пациентов с низкой толерантностью к эмоциональному дискомфорту медитация и является экспозицией).

5. Реализация возможностей подхода майндфулнесс направлена на:

- формирование таких навыков, как нереактивность и открытость к принятию альтернативного взгляда на симптомы
- прерывание циклов, поддерживающих избегание
- регуляцию метакогнитивных процессов без анализа когниций
- повышение вовлечённости в терапию через валидизацию и мотивацию.

Подход майндфулнесс не предполагает работу с содержанием когниций, что является преимуществом для склонных к руминированию пациентов с тревогой о здоровье, однако это же аспект является и ограничением, в особенности для лиц с устойчивыми глубинными убеждениями и несколькими коморбидностями. Также определённую сложность представляет собой работа с избеганием.

4. На основе проведённого теоретического исследования сформированы следующие рекомендации по применению подхода майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье:

- выбор формата работы должен основываться на формулировании, составленном совместно с пациентом на первой сессии и во многом зависит от наличия сопутствующих расстройств.

- психоедукация играет ключевую роль в терапии тревоги о здоровье, так как именно она позволяет валидизировать переживания пациента, а также остановить развитие поддерживающих циклов.

- градуальное использование техник позволяет пациентам постепенно обучаться всё более сложным навыкам эмоциональной регуляции и закреплять альтернативное восприятие симптомов.

- формат групповой дискуссии является особенно ценным для пациентов, так как позволяет лучше интегрировать опыт, полученный во время практики.

6. Возможные пути исследования применения майндфулнесс в КПТ-терапии тревоги о здоровье касаются, в первую очередь, более глубокого анализа эффективности подхода (в сравнении с другими видами терапии и другими форматами работы – например, форматом ретрита). Также исследовательский интерес представляет влияние майндфулнесс на пациентов с различными типами коморбидностей, экономическая эффективность и биологические показатели изменений.

Таким образом, результаты исследования данного дипломного проекта позволяют заключить, что ***подход майндфулнесс способен значительно повысить эффективность когнитивно-поведенческой терапии*** и расширить её возможности в отношении лечения тревоги о здоровье за счёт ***обучения пациентов навыкам метакогнитивной регуляции*** и повышения вовлечённости в терапию, а также ***лояльности к психологическому лечению в целом***. В то же время, способы интеграции КПТ и майндфулнесс на данный момент находятся в экспериментальной стадии и требуют дальнейших исследований.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Abramowitz, J.S., Braddock, A.E. (2006) Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder / *Psychiatr Clin N Am* 29, p. 503–519.
2. Andrews G., Creamer M., Crino R. (2003) The Treatment of Anxiety Disorders Clinician Guides and Patient Manuals Cambridge university press.
3. Bar-On, R., Tranel, D., Denburg, N. L., & Bechara, A. (2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain*, 126: 1790–1800.
4. Barsky, A. J. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. In D. R. Lipsitt & V. Starcevic (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. New York: Oxford University Press.
5. Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis. A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1464–1470. doi:10.1001/jama.291.12.1464.
6. Beer, J. S., Heerey, E. A., Keltner, D., Scabini, D., & Knight, R. T. (2003). The regulatory function of self-conscious emotion: Insights from patients with orbitofrontal damage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (4): 594–604.
7. Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 , 612–624.
8. Bush, G., Luu, P., & Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends Cogn Sci*, 4: 215–22.
9. Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Maziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *PNAS*, 100(9): 5497–5502.
10. Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A. and oth. (1998) Two psychological treatments for hypochondriasis / *Br J Psychiatry*. 1998 Sep;173:218-25.
11. Davidson, R. J., Jackson, D. C., & Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126(6): 890–909.
12. Fellows, L. K. (2004). The cognitive neuroscience of human decision making: A review and conceptual framework. *Cogn Neurosci Rev*, 3(3): 159–172.
12. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2): 71–100

13. DSM-V. New school library. (2013) APA. Illness anxiety disorder: 300.7 (F45.21), p. 315-318.
14. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS et al. (2016) Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychol Med.* Jan;46(1):103-15. doi: 10.1017/S0033291715001579. Epub 2015 Aug 18.
15. Furer P., Walker J.R., Stein M.B. (2007) Treating Health Anxiety and Fear of Death. A Practitioners Guide. Springer, 272 p.
16. Greeven, A., van Balkom, A. J., Visser, S. et al. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 91–99. doi:10.1176/appi.ajp.164.1.91
17. Hedman E, Andersson G, Lindefors N, Gustavsson P, Lekander M, et al. (2014) Personality Change following Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Severe Health Anxiety. *PloS ONE* 9(12): e113871. doi:10.1371/journal.pone.0113871.
18. Hedman E, Andersson G. Cost effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy and behavioural stress management for severe health anxiety // *BMJ Open* 2016;6:e009327. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009327
19. Hedman, E., Andersson, E., Ljotsson, B. Cost effectiveness of Internet-based CBT and behavioral stress management for severe health anxiety // [Behaviour Research and Therapy Volume 59](#), August 2014, Pages 1–11.
20. Klatt M.D, Sieck C, Gascon G. (2016) A healthcare utilization cost comparison between employees receiving a worksite mindfulness or a diet/exercise lifestyle intervention to matched controls 5 years post intervention. *Complement Ther Med.* - p. 139-144.
21. Lieberman, M. D. (2000). Intuition: A social cognitive neuroscience approach. *Psychological Bulletin*, 126(1): 109–137.
22. Lovas D.A., Barsky A.J. (2010) Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *J Anxiety Disord.* 2010 Dec;24(8):931-5. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.06.019. Epub 2010 Jun 25.
23. Lovas, D. A., & Barsky, A. J. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 931–935. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.019
24. McManus F, Surawy Ch., Muse K. et al. (2012) A Randomized Clinical Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus Unrestricted Services for Health Anxiety (Hypochondriasis) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 80, No. 5, 817– 828.
25. McManus, F., Muse, K., Surawy, Ch., Hackmann, A., Williams, J. M. G. (2015) Relating Differently to Intrusive Images: the Impact of Mindfulness-Based

Cognitive Therapy (MBCT) on Intrusive Images in Patients with Severe Health Anxiety (Hypochondriasis) / Mindfulness / Volume 6, Issue 4, pp 788–796.

26. Montero-Marín J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal. (2016) Psychological Effects of a 1-Month Meditation Retreat on Experienced Meditators: The Role of Non-attachment. *Front Psychol.*; 7: 1935.

27. NICE Guidelines for anxiety disorders: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/mental-health-and-behavioural-conditions/anxiety>

28. Phelps, E. A., Delgado, M. R., Nearing, K. I., & LeDoux, J. E. (2004). Extinction learning in humans: Role of the amygdala and vmPFC. *Neuron*, 43: 897–905.

29. Querstret D, Cropley M, Fife-Schaw C. (2016) Internet-Based Instructor-Led Mindfulness for Work-Related Rumination, Fatigue, and Sleep: Assessing Facets of Mindfulness as Mechanisms of Change. A Randomized Waitlist Control Trial. *J Occup Health Psychol.* 2017 Apr;22(2):153-169.

30. Sanatinia R., Wang D., Tyrer P. (2016) Impact of personality status on the outcomes and cost of cognitive-behavioural therapy for health anxiety / *The British Journal of Psychiatry* 1–7. doi: 10.1192/bjp.bp.115.173526

31. Seivewright H., Green J., Salkovskis P. et al. (2008) Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomized controlled trial / *The British Journal of Psychiatry*, 193, 332–337. doi: 10.1192/bjp.bp.108.052936.

32. Shonin E. et al. (eds.). (2016) *Mindfulness and Buddhist-Derived Approaches in Mental Health and Addiction*, *Advances in Mental Health and Addiction*, Springer International Publishing Switzerland. - DOI 10.1007/978-3-319-22255-4_6.

33. Sigel, D. (2007) *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*.

34. Singh D, Suhas A. V. , Naveen K. V. (2015) Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task *Frontiers in System Neuroscience*, article 252.

35. Sotres-Bayon, F., Christopher, K., Cain, C. K., & LeDoux, J. E. (2006). Brain mechanisms of fear extinction: Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biol Psychiatry*, 60: 329–336.

36. Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 9, e96110.

37. Surawy Ch., McManus F., Muse K. et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration (2015). *Mindfulness* 6:382–392.
38. Tang Y.Y, Lu Q, Geng X., et al.(2010) Short-term meditation induces white 822 matter changes in the anterior cingulate. *Proc Natl Acad Sci.*; 823 107: 15649-15652.
39. Tang Y.Y., Holzel B.K., Posner M.I. (2015) The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.*; 16: 213-225.
40. Tang Y-Y., Tang R., Posner M.I. (2016) Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Jun 1;163 Suppl 1:S13-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041.
41. Taylor S., Amundson G. (2004) *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. The Guilford Press: London, New York. – 318 p.
42. Tyrer P., Cooper S., Tyrer H. (2011) CHAMP: Cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients, a randomised controlled trial / Tyrer et al. *BMC Psychiatry*, 11:99 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/99>.
43. Ulrich K., Xiaosi G., Ann H. (2014) Mindfulness training modulates value signals in ventromedial prefrontal cortex through input from insular cortex. *Neuroimage*, 100: 254–262.
44. Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 51 , 239–260.
45. Wasantha P. J., David K. L., Ryan G. E. (2016) Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials / *Preventive Medicine Reports*, In Press, Accepted Manuscript, Available online 14 November 2016.
46. Wielgosz J., Schuyler B.S., Lutz A. () Long-term mindfulness training is associated with reliable differences in resting respiration rate. *Sci Rep.* 2016; 6: 27533. Published online 2016 Jun 7. doi: 10.1038/srep27533
47. Williams, M. J., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): an interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 379–397. doi:10.1111/j.2044-8260.2010.02000.x.
48. Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In S.C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209–242). New York: Guilford Press.