

Практическое руководство

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- Депрессия • Биполярное расстройство • Тревога •
- Злоупотребление запрещенными веществами •
- Злость • Расстройства личности • ПТСР •
- Суицидальное мышление и поведение •
- Самоповреждение • Психоз •

Лесли Сокол, доктор философии

Марси Г. Фокс, доктор философии

Практическое руководство

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

**The Comprehensive
Clinician's Guide to**

**COGNITIVE
BEHAVIORAL
THERAPY**

- Depression • Bipolar • Anxiety •
- Anger • Substance Abuse •
- Personality Disorders • PTSD •
- Self-Harm • Suicidality •
- Psychosis •

Leslie Sokol, PhD and Marci G. Fox, PhD

Практическое руководство

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- Депрессия • Биполярное расстройство • Тревога •
- Злоупотребление запрещенными веществами •
- Злость • Расстройства личности • ПТСР •
- Суицидальное мышление и поведение •
- Самоповреждение • Психоз •

Лесли Сокол, доктор философии
Марси Г. Фокс, доктор философии

Київ
Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
2021

УДК 615.851

С59

Перевод с английского и редакция Н.С. Лавской

Сокол, Л., Фокс, М. Г.

С59 Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство/Лесли Сокол, Марси Г. Фокс; пер. с англ. Н.С. Лавской — Киев.: “Диалектика”, 2021. — 384 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-7874-43-9 (укр.)

ISBN 978-1-68-373255-6 (англ.)

Это практическое пособие, написанное для специалистов в области психического здоровья, студентов, врачей, учителей и клиницистов всех уровней, содержит большое количество практических и простых для понимания средств, которые помогут применить теорию на практике. Оно поможет научить пациентов эффективным навыкам преодоления жизненных трудностей, которые укрепят их уверенность в себе и избавят от сомнений в собственных силах, а именно это и является наиболее важной частью лечения.

УДК 615.851

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства PESI Publishing & Media.

Copyright © 2021 by Dialektika Computer Publishing.

Authorized translation from the English language edition of *The Comprehensive Clinician's Guide to Cognitive Behavioral Therapy* (ISBN 978-1-68-373255-6), published by PESI Publishing & Media © 2020, 2019 Leslie Sokol and Marci G. Fox.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

ISBN 978-617-7874-43-9 (укр.)
ISBN 978-1-68-373255-6 (англ.)

© “Диалектика”, перевод, 2021
© 2020, 2019 Leslie Sokol and Marci G. Fox

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторах	13
Посвящение	15
Благодарности	16
Введение	17
Глава 1. Когнитивная модель	21
Глава 2. Когнитивная концептуализация: понимание пациента	33
Глава 3. Целеориентированная терапия	59
Глава 4. Описание клинического случая	91
Глава 5. Депрессия	111
Глава 6. Тревога	173
Глава 7. Гнев	235
Глава 8. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	257
Глава 9. Расстройства личности, самоповреждение и склонность к суициду	283
Глава 10. Психоз	353
Список использованной литературы	373

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторах	13
Посвящение	15
Благодарности	16
Введение	17
Почему мы написали эту книгу	17
Что в этой книге	17
Для кого эта книга?	18
От издательства	20
Глава 1. Когнитивная модель	21
Когнитивная модель	21
Глубинная неуверенность в собственных силах	31
Глава 2. Когнитивная концептуализация: понимание пациента	33
Личность: что мы ценим	33
Ценности и ярлыки сомнения	41
Ярлыки сомнения	43
Роль истории и жизненного опыта	44
Неэффективные компенсаторные действия	47
Ярлыки сомнения и поведение: руководящие принципы или предположения	48
Модель концептуализации сомнения	51
Глава 3. Целеориентированная терапия	59
Список проблем	59
Цели лечения	61

Структура сеанса	65
Начало	66
Список тем для обсуждения	69
Середина сеанса	72
Выводы	74
Домашняя работа	75
Конец сеанса	78
Самооценка	82
Глава 4. Описание клинического случая	91
Описание клинического случая: инструкция	91
Пример описания случая	98
Глава 5. Депрессия	111
Когнитивная модель и ключевые компоненты	
лечения	111
Оценка	112
Шкала настроения	112
Поведенческая активация	114
Первый шаг: поведенческая оценка	114
Инструмент: график активности	115
График активности: обучение	118
Ключевые концепции в поведенческой активации	120
Учитывайте биполярное расстройство	137
Когнитивная реструктуризация	138
Выявление автоматических мыслей	139
Оценка автоматических мыслей	144
Рефрейминг ярлыка сомнения	164
Выявление и оценка условных предположений	169
Учитывайте биполярное расстройство	170
Сохранение и усиление уверенности через действия	170

Глава 6. Тревога	173
Когнитивная модель тревоги	173
Когнитивная реструктуризация	178
Ошибка вероятности	179
Катастрофическая ошибка	180
Ошибка ресурса	182
Стратегии на основе экспозиции	184
Ключевые компоненты экспозиционных вмешательств	185
Возможные опасности	188
Вмешательства при определенных тревожных расстройствах	190
Генерализованное тревожное расстройство	190
Социальное тревожное расстройство	195
Паническое расстройство	201
Специфическая фобия	215
Тревожно-ипохондрический синдром	218
Обсессивно-компульсивное расстройство	221
Посттравматическое стрессовое расстройство	229
Резюме: тревожные расстройства	234
Глава 7. Гнев	235
Когнитивная модель гнева	235
Вспышка гнева	245
Ассертивное общение	247
Эффективная сдержанность	250
Подведение итогов: перенаправление гнева	253
Уверенность в своих силах	254

Глава 8. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	257
Мотивация и вовлеченность	258
Когнитивная модель рецидива	263
Триггерные стимулы	263
Глубинные убеждения, связанные с наркотиками	264
Автоматические мысли, возникающие при употреблении психоактивных веществ	265
Усиление побуждений и пристрастий	266
Разрешающие убеждения	271
Инструментальные стратегии	271
Срыв или рецидив	272
Когнитивная модель злоупотребления	272
Уязвимость к рецидиву	278
Глава 9. Расстройства личности, самоповреждение и склонность к суициду	283
Когнитивная модель расстройств личности	283
Расстройства личности и основные убеждения	285
Ключевые компоненты лечения	288
Определение целей	290
Повышение мотивации и привлечение поддержки	292
Обретите уверенность в себе	297
Утверждения, повышающие самооценку	319
Измените неэффективное действие	322
Уменьшайте количество чрезмерно развитых стратегий и повышайте количество слаборазвитых	326
Самоповреждение	329
Когнитивная модель самоповреждения	329
Вмешательство	331

Суицидальные наклонности	339
Вмешательство	339
Резюме	352
Глава 10. Психоз	353
Психотические расстройства	353
Когнитивная модель психоза	354
Вмешательства при психозе	356
Отрицательные симптомы	357
Галлюцинации	358
Заблуждения	368
КПТ и лекарственные препараты	371
Список использованной литературы	373

Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство

“Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство — это действительно универсальный инструмент для любого студента или профессионала, который намеревается практиковать КПТ в ее наиболее достоверной и научно обоснованной форме. Сокол и Фокс достигли идеального баланса между первоклассным академическим учебником и ясным, кратким ресурсом, дополненным пре-восходными рабочими листами. Предстоящий успех этой книги и вызванный ею восторг вполне заслужены”.

— **Аарон Т. Бек, доктор медицины,**
почетный профессор психиатрии
Пенсильванского университета

“Это чудесное дополнение к терапевтической литературе по изучению и применению когнитивно-поведенческой терапии, написанное двумя мастерами-клиницистами и преподавателями. Эту книгу стоить купить даже опытным врачам ради одних только рабочих листов для пациентов. Ее практичный и простой текст наполнен конкретными примерами принципов, примененных на практике”.

— **Донна М. Судак, доктор медицинских наук,**
в недавнем прошлом президент Американской
ассоциации директоров психиатрической ординатуры.

“Ясная, практичная, всеохватывающая и основанная на фактических данных книга *Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство* полностью соответствует своему названию и представляет собой том, которому место на полке каждого клинициста, желающего разобраться в практическом применении современной КПТ. Студенты и стажеры сочтут книгу полезным пособием по КПТ, тогда как опытные врачи найдут мудрость в сдержанном и целенаправленном подходе авторов. Это руководство в оптимистичном тоне подчеркивает роль уверенности в себе как движителя клинических изменений. Уверенность, сочетающая в себе элементы эффективности и надежды, — это то, что врачи и их пациенты могут обрести благодаря этой простой книге”.

— **Марк Рейнеке, доктор философии,**
почетный профессор психиатрии и поведенческих наук
Северо-Западного университета

“Эта книга, охватывающая темы от тревожных расстройств до психоза и всего, что между ними, станет вашим полезным справочником по применению принципов КПТ к различным клиническим проблемам и диагнозам. Написанная в легкодоступной манере, она содержит пошаговые инструкции, необходимые для применения теории на практике. Это незаменимое руководство обязательно должно быть в библиотеке каждого врача. Очень рекомендую!”

— **Линн МакФарр, доктор философии,**
основатель центра когнитивно-поведенческой терапии
в Калифорнии (СВТС), профессор медицинских наук
на медицинском факультете имени Дэвида Геффена
в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе

ОБ АВТОРАХ



Лесли Сокол, д-р философии, лицензированный психолог, является всемирно признанным лидером в области когнитивно-поведенческой терапии с более чем 35-летним опытом в практике, преподавании и исследованиях. В прошлом — директор по вопросам образования и одна из основных преподавателей во всемирно известном Институте когнитивно-поведенческой терапии Бека в Филадельфии. Доктор Сокол преподавала когнитивную терапию для профессионалов и недипломированных специалистов как на национальном, так и на международном уровне, затрагивая множество тем, связанных с КПТ.

Более 20 лет доктор Сокол занимала пост председателя отдела поведенческих наук в Программе профессиональной подготовки семейных докторов в Мерси Сабербан Хоспитал. Лесли — выдающийся научный сотрудник и бывший президент Академии когнитивной терапии, а также председатель аттестационного комитета этой академии. Она является членом Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (ABCT) и членом совета директоров Международной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP). Доктор Сокол входит в группу “Встреча с экспертами” журнала *Psychology Today*, а также является приглашенным членом *Psychology Today* и лекториума “Penguin Speakers”. В настоящее время она ведет частную практику в пригороде Филадельфии.

Доктор Сокол — соавтор многочисленных книг и глав книг. Вот последние книги, в которых она выступила соавтором: *Teaching and Supervising Cognitive Behavioral Therapy*, *Think Confident, Be Confident for Teens: A Cognitive Therapy Guide to Overcoming Self-Doubt and Creating Unshakable Self-Esteem*, *Think Confident, Be Confident: A Four-Step Program to Eliminate Doubt and Achieve Lifelong Self-Esteem* и *The Think Confident, Be Confident Workbook for Teens: Activities to Help You Create Unshakable Self-Confidence and Reach Your Goals*. Больше информации вы найдете на ее веб-странице www.thinkconfidentbeconfident.com.



Марси Г. Фокс, д-р философии, лицензированный психолог, занимается частной практикой уже около 25 лет и специализируется на когнитивно-поведенческой терапии подростков и взрослых. Почти столько же времени она проработала в Институте когнитивно-поведенческой терапии им. Бека в Филадельфии. Как сертифицированный врач/консультант в Академии когнитивной терапии и временный преподаватель в Институте им. Бека, она обучает людей когнитивно-поведенческой терапии как на национальном, так и на международном уровне. Она активно участвует в обучении тысяч специалистов в области психического здоровья по всей стране, чтобы повысить их компетенцию в когнитивно-поведенческой терапии.

Доктор Фокс — одна из основателей, а также приглашенный член экзаменационной и мандатной комиссии Академии когнитивной терапии. В течение многих лет она читала лекции, посвященные когнитивной терапии, уверенности и самооценке, на национальном и международном уровнях. Доктор Фокс является приглашенным членом *Psychology Today* и лекториума “Penguin Speakers”. Она является соавтором следующих книг: *Think Confident, Be Confident: A Four-Step Program to Eliminate Doubt and Achieve Lifelong Self-Esteem*, *Think Confident, Be Confident for Teens: A Cognitive Therapy Guide to Overcoming Self-Doubt and Creating Unshakable Self-Esteem* и *Teaching and Supervising Cognitive Behavioral Therapy*. Доктор Фокс публиковалась в авторитетных научных журналах, и имеет различные публикации в области когнитивно-поведенческой терапии. Она давала интервью для статей в нескольких национальных журналах и часто дает интервью многим национальным и международным радиостанциям. Сейчас она ведет практику в Бока-Ратон во Флориде. Для получения дополнительной информации посетите ее веб-сайт www.thinkconfidentbeconfident.com.

ПОСВЯЩЕНИЕ

*Аарону Т. Беку, доктору медицины,
пионеру и чемпиону когнитивно-поведенческой терапии
и нашему любимому наставнику*

БЛАГОДАРНОСТИ

Мы очень благодарны нашим читателям. Мы страстно увлечены когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) и стали свидетелями значительного влияния, которое она оказала на жизнь наших пациентов и пациентов обучаемых и курируемых нами специалистов в области психического здоровья во всем мире. КПТ работает!

Мы бесконечно благодарны Аарону Т. Беку, доктору медицины, пионеру когнитивной терапии. Спасибо за то, что вы были нашим наставником и позволили нам тесно сотрудничать с вами на протяжении многих десятилетий. Мы особенно благодарны д-ру Беку за его вклад в области психозов и в улучшение качества жизни многих людей. Его последние мысли и подтвержденные методы лечения психоза обсуждаются в главе 10. Нам также повезло, что Аарон П. Бринен, доктор философии и партнер доктора Бека, помог нам в написании главы о психозах, в которой обсуждается их новый подход к лечению — ориентированная на выздоровление когнитивная терапия. Мы благодарны ему за его помощь. Большое спасибо также Грегу К. Брауну, доктору философии, за то, что он поделился с нами своей последней работой по самоубийству, включая его работу *Safety Planning Intervention* (Разработка плана обеспечения безопасности).

Мы также хотели бы поблагодарить наши семьи за то, что поддерживали нас в процессе написания. Спасибо нашим детям — Чаду, Алексу, Максу, Джесси, Итану и Карли — за восторженную поддержку, веселые перерывы и смех. Мы вас обожаем! Спасибо нашим замечательным мужьям Бобу и Стю. Вы делаете все лучше, а мир — ярче.

Спасибо Эмили Круменауэр за то, что содействовала развитию и популяризации КПТ, организовала нашу встречу с PESI и познакомила нас с Карсин Морс, которая верила в эту книгу и помогла сделать ее лучше, дав несколько советов с точки зрения редактора. Мы также благодарны Дженессе Джексон, доктору философии. Вы самый талантливый, прилежный и отзывчивый редактор, с которым нам когда-либо приходилось работать. Огромное спасибо за ваш кропотливый труд! Мы благодарны PESI за предоставленную нам платформу и за энтузиазм Валери Уайтхед, которая является нашим новым агитатором в PESI в поддержку КПТ.

ВВЕДЕНИЕ

ПОЧЕМУ МЫ НАПИСАЛИ ЭТУ КНИГУ

Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство предоставляет вниманию врачей когнитивную концептуализацию множества психологических расстройств, основанную на принципах когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), а также ряд вмешательств на основе КПТ для решения этих конкретных трудностей. Мы смогли создать эту книгу, благодаря участию в крупномасштабных проектах по продвижению КПТ в качестве клиницистов, врачей и супервизоров. Она подойдет клиницистам, ведущим частную практику или работающим в местных центрах психического здоровья, больницах и организациях, а также супервизорам, врачам и учителям для использования в учебных программах, на практических занятиях и в классе. Принципы, изложенные в этой книге, основаны исключительно на принципах КПТ, как было задумано доктором Аароном Т. Беком. Благодаря чести иметь своим наставником непосредственно доктора Бека и сотрудничать с ним более 30 лет, мы можем донести его идеи до специалистов в области психического здоровья в удобном для понимания практическом формате.

ЧТО В ЭТОЙ КНИГЕ

Эта книга сочетает в себе самые современные принципы лечения депрессии с помощью КПТ и предоставляет основу для применения этих принципов к различным клиническим проблемам и диагнозам. В главе 1 дается подробное введение в принципы КПТ, за которым следует более конкретное обсуждение модели концептуализации сомнений в главе 2. В главе 3 обсуждается типичная структура целеориентированной терапии и рассказывается, как выявлять проблемы, определять цели лечения и планировать типичные сеансы КПТ. В главе 4 представлены рекомендации по формулировке случая и сопутствующего подробного описания случая, как это предусмотрено

Академией когнитивной терапии. Эта глава также содержит образец подробного описания случая.

Главы 5 и последующие обеспечивают основу для понимания принципов КПТ применительно к депрессии, биполярному расстройству, тревоге, гневу, злоупотреблению психоактивными веществами, расстройствам личности, самоповреждениям, суицидальным мыслям и поведению, а также психозам. В частности, в каждой главе обсуждается, как каждую из этих клинических проблем можно понять через призму когнитивной модели, в которой искаженные модели мышления приводят к развитию дисфункционального поведения. Затем мы обсуждаем стратегии лечения, специально разработанные для каждой из этих проблем в рамках КПТ, включая различные пошаговые планы, интерактивные упражнения во время и вне сеанса, а также предварительно заполненные копинг-карточки, чтобы четко продемонстрировать, как применить теорию на практике. В основе каждого из этих вмешательств лежит стремление помочь пациентам повысить их уверенность в себе. Укрепление уверенности в себе и избавление от сомнений в собственных силах — это основа лечения и основная задача вмешательств, которые мы предлагаем для каждого диагноза и каждой проблемы. Эта книга не является сценарием, которому нужно следовать неукоснительно; скорее, это руководство, основанное на концептуальном подходе, которое можно творчески и гибко адаптировать к конкретным потребностям каждого человека.

ДЛЯ КОГО ЭТА КНИГА?

Эта книга предназначена для того, чтобы помочь клиницистам с любым уровнем владения КПТ лучше обслуживать своих пациентов, приобретая опыт в практическом применении научно-обоснованных принципов КПТ. Она предназначена для специалистов в области психического здоровья, студентов, врачей, руководителей, учителей и клиницистов, которым необходимо руководство для закрепления и расширения своих клинических знаний о КПТ. Это всеобъемлющее руководство по КПТ предоставляет специалистам в области психического здоровья инструменты, с помощью которых они смогут научить своих пациентов стать самим себе психотерапевтами в области КПТ. Действительно, наиболее весомый вклад КПТ

в восстановление психического здоровья — это обретение пациентами способности предотвращать рецидивы и поддерживать процесс выздоровления. Помогая пациентам овладеть эффективными навыками преодоления трудностей и укрепляя их уверенность в себе, КПТ дает им инструменты, позволяющие им стать самим себе психотерапевтами и направлять самих себя в своей жизни. Таким образом, эта книга является универсальным ресурсом для любого читателя, стремящегося получить четкое представление о психологических проблемах, поскольку она дает людям возможность быть ответственными за свои мысли, чувства и поведение.

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Вы, читатель этой книги, — ее главный критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что мы сделали правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо или зайти на наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или оставляя сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш электронный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию следующих книг.

Наши электронные адреса:

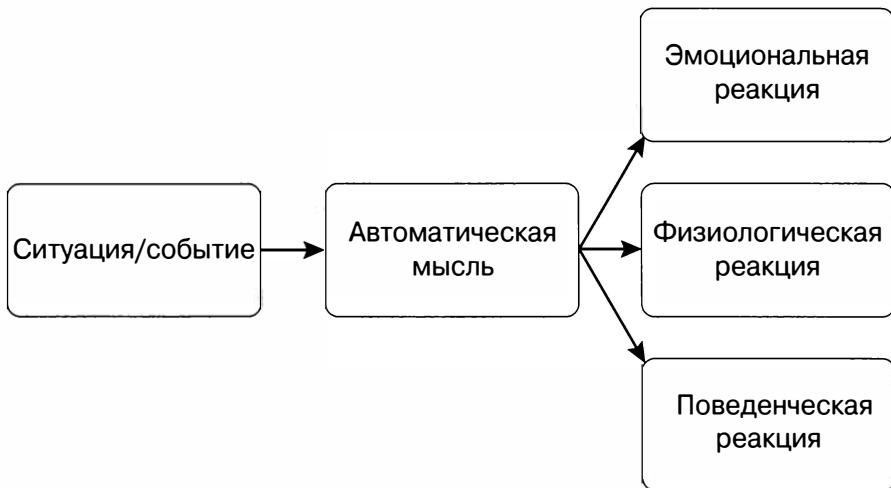
E-mail: info.dialektika@gmail.com
WWW: <http://www.dialektika.com>

1

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

В основе когнитивно-поведенческой терапии лежит когнитивная модель психопатологии, которая предполагает, что на эмоции, реакции организма и поведение людей влияет их восприятие событий (Beck, 1964). Согласно этой модели, ситуации не определяют чувства или поведение людей. Скорее, именно то, как люди *воспринимают* эти ситуации, определяет, как они на них реагируют и откликаются (Beck, 1964; Ellis, 1962). Таким образом, сама по себе ситуация не может вызывать страдания как таковые. Напротив, именно интерпретация этой ситуации провоцирует дистресс. Простая схема когнитивной модели выглядит следующим образом:



Чтобы лучше понять когнитивную модель, давайте применим ее на практике на гипотетическом примере. Представьте, что семья из трех человек получила приглашение на свадьбу. Отец открывает

приглашение и думает: “Как здорово! Я смогу увидеть людей, которых давно не видел. Будет весело!” Он чувствует себя счастливым и воодушевленным и отмечает эту дату в своем календаре. С другой стороны, мать думает: “Я не хочу идти. Я так сильно поправилась. Люди будут меня осуждать. У меня нет на это сил. Я к этому не готова. Я не могу пойти”. Она чувствует себя подавленной и угнетенной, а свое тело — неповоротливым, и прячет приглашение в ящике. Их сын находит приглашение в ящике и думает: “Мои родители заставляют меня пойти, а эта дата мне совсем не подходит, ведь именно в этот день будут принимать в студенческое братство. Если я не приду и не произведу хорошего впечатления, то, скорее всего, меня не пригласят в его члены. Я буду единственным из моих друзей, кто не вступил в студенческое объединение. Это катастрофа”. Он чувствует беспокойство, замечает, как колотится его сердце, а по лицу катится пот, и начинает расхаживать взад-вперед, пытаясь найти причину, чтобы не ехать.

В этом примере приглашение служит *внешним* триггером, который вызывает у матери, отца и сына разные автоматические мысли о ситуации. В свою очередь, каждый из них испытывает разные эмоции и телесные реакции, которые влияют на их поведение. Однако на наши эмоции и поведение также влияют *внутренние* триггеры. Например, сын может начать концентрироваться на частоте сердечных сокращений, одышке и покалывании в руках. В свою очередь, он может решить, что у него случился сердечный приступ, и в панике позвонить в скорую помощь. Как внутренние, так и внешние триггеры могут вызывать негативные автоматические мысли, которые приводят к дистрессу и проблемным поведенческим решениям.

Существует несколько способов научить пациентов когнитивной модели и помочь им лучше понять, как мысли влияют на возникающие у них эмоции, реакции организма и поведение. Вы можете взять безобидную ситуацию, например, поход в кафе или раздачу заданий, и помочь пациентам рассмотреть несколько возможных автоматических мыслей, которые могут возникать в каждой из этих ситуаций. Затем попросите их представить возможные эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции, которые могут возникнуть в ответ на эту автоматическую мысль. В качестве альтернативы вы можете использовать пример из жизни пациента, например, ситуацию,

когда перед ним едва успел затормозить автомобиль, или он куда-то опаздывал, и попросить его описать свои автоматические мысли об этой ситуации. Затем вы можете помочь пациентам понять, как эти мысли связаны с их эмоциональными, физиологическими и поведенческими реакциями. Возможно, вы даже захотите поделиться любыми автоматическими мыслями и реакциями, которые испытали лично вы. Цель состоит в том, чтобы просто помочь пациентам понять связь между восприятием и реакцией.

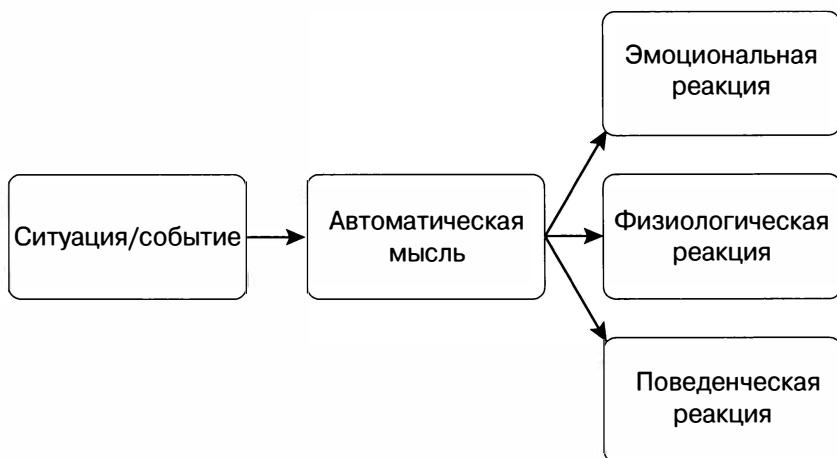
На ранних этапах терапии можно использовать рабочие листы. Они помогут пациентам определить свои мысли, чувства и поведение для более глубокого понимания когнитивной модели. Следующие страницы содержат несколько упражнений, которые вы можете использовать со своими пациентами, чтобы направить их в этом процессе. При возможности лучше, чтобы пациенты заполнили эти рабочие листы во время сеанса, прежде чем просить их попробовать сделать это самостоятельно.

Рабочий лист пациента

ПОНИМАНИЕ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ



Согласно когнитивной модели, для каждой ситуации, с которой мы сталкиваемся в жизни, у нас есть автоматические мысли, которые влияют на наши чувства, реакцию нашего организма и наше поведение. Вот как выглядит эта когнитивная модель:



Автоматические мысли обладают большой силой, потому что наш способ интерпретирования ситуации определяет нашу реакцию на эту ситуацию. Например, допустим, к вам на улице подбегает собака (*ситуация/событие*). Если вы подумаете про себя: "Эта собака меня укусит!", тогда вы, вероятно, почувствуете страх (*эмоция*), ваше сердце начнет колотиться (*физиологическая реакция*), и вы убежите (*поведение*). Однако если бы в той же самой ситуации вы подумали: "Какая милая собачка!", тогда вы могли бы почувствовать себя счастливыми (*эмоция*), улыбнулись бы (*физиологическое ощущение*) и подошли к собаке, чтобы погладить ее (*поведение*).

В качестве другого примера давайте представим, что вы договорились поужинать с подругой, и она опаздывает уже на 30 минут (*ситуация/событие*). Если вы подумаете: “Она не придет”, то, вероятно, почувствуете разочарование (*эмоция*), в ваших глазах могут появиться слезы (*физиологическое ощущение*), и вы, возможно, решите отправиться домой (*поведение*). Альтернативно, в той же ситуации, если вы подумаете: “Она, вероятно, как обычно опаздывает, или, наверное, застряла в пробке”, тогда вы, возможно, почувствуете понимание (*эмоция*), расслабитесь (*физиологическое ощущение*) и решите сидеть в баре и пить, пока она не доберется до места (*поведение*).

Следовательно, одна и та же ситуация может привести к различным эмоциональным, физиологическим и поведенческим реакциям в зависимости от ваших автоматических мыслей об этой ситуации. Давай попрактикуемся. Ниже приведены три ситуации. Попробуйте интерпретировать каждую из них с двух разных точек зрения. Придумайте две разные автоматические мысли, которые могут возникнуть у кого-то в каждой из ситуаций, а также подумайте, какими могут быть эмоции, телесные ощущения и поведение, связанные с этой автоматической мыслью.

Ситуация 1. Вы написали своей подруге сообщение, а она не отвечает два дня.

Интерпретация 1.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение:

Интерпретация 2.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение: _____

Ситуация 2. Ваш начальник хочет с вами встретиться.

Интерпретация 1.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение: _____

Интерпретация 2.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение: _____

Ситуация 3. Вы приехали домой, а на вашей подъездной дорожке припарковано множество незнакомых автомобилей.

Интерпретация 1.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение: _____

Интерпретация 2.

Автоматическая мысль: _____

Эмоция: _____

Физиологическое ощущение(я): _____

Поведение: _____

Рабочий лист пациента

ОСОЗНАНИЕ МЫСЛЕЙ



В течение дня нас посещают самые разнообразные мысли. Наш мозг все время активен, поэтому мысли постоянно всплывают или возникают в нашей голове. Большинство людей никогда не ставят под сомнение свои мысли и просто принимают их как истину. Однако наши представления не всегда точны. Мы совершаем ошибки, и эти мыслительные ошибки влияют на наше настроение, тело и действия. Первый шаг в устраниении этих ошибок мышления состоит в том, чтобы начать лучше осознавать наши мысли. Обращая внимание на то, о чём мы думаем, мы можем начать оценивать и, в конечном итоге, изменять любые неправильные или бесполезные мысли. Следующее упражнение должно помочь вам стать более осознанными и внимательными к своим мыслям, чтобы вы могли начать этот процесс.

Сидите спокойно в течение следующих двух минут. Осмотритесь или закройте глаза. Постарайтесь осознать мысли, которые появляются в вашей голове. Запишите, что вы заметили.

Сидите спокойно еще две минуты. Вспомните какой-то неприятный момент. Какие мысли теперь возникают в вашей голове?

Сидите спокойно еще две минуты. Вспомните о том времени, когда вы были счастливы. Вспомните, что вы думали об этой ситуации. В следующий раз, когда у вас будет плохое настроение, попробуйте воссоздать в памяти это счастливое воспоминание.

НАПОМНИТЕ СВОИМ ПАЦИЕНТАМ:

Мысли не всегда верны.

Мысли — это не факты.

Мысли могут быть субъективными.

**На мысли может повлиять наш прошлый опыт или то,
что мы слышим, читаем или видим.**

После того, как пациенты заполнят два предыдущих рабочих листа, попросите их применить когнитивную модель к личной ситуации, с которой они столкнулись в своей жизни. Во-первых, попросите пациентов обозначить период времени, когда они испытали сильную негативную реакцию на ситуацию или событие, такую как грусть, гнев, страх или любые другие неприятные эмоции. Затем попросите пациентов использовать следующий рабочий лист, чтобы описать ситуацию-триггер, а также свои мысли и реакции (например, эмоции, реакции организма, поведение) на эту ситуацию. Завершив это упражнение, пациенты узнают, как их мысли влияют на их чувства и поведение.

Предупреждение: имейте в виду, что когда вы просите пациентов сосредоточиться на тревожных мыслях, это может усугубить их дистресс! Чтобы защитить своих пациентов от ненужных переживаний при выполнении этого упражнения, убедитесь, что они хорошо понимают, что мысли не являются фактами. То, что у них возникает какая-то мысль, не делает ее правдивой. Пациенты должны полностью осознать эту концепцию, прежде чем приступить к выполнению этого упражнения. Заполните этот рабочий лист вместе с вашими пациентами во время сеанса, прежде чем просить их изучать негативные автоматические мысли в качестве домашней работы.

Рабочий лист пациента

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ МОДЕЛИ

Свяжите мысли с реакциями



Как вы уже знаете, ваше восприятие ситуации влияет на то, как вы реагируете на эту ситуацию. Чтобы вы привыкли ассоциировать свои автоматические мысли со своими реакциями, вспомните недавнюю ситуацию (сегодня или в последние несколько дней), когда вы заметили изменения в своем настроении или в ощущениях своего тела.

Шаг 1. Определите триггер.

Определите конкретный триггер, который вызвал у вас дистресс. Если вы не уверены, подумайте о том, что именно вас зацепило. То есть, подумайте о побуждающем событии, которое вызвало изменения в вашем настроении или в ваших телесных ощущениях. Например, если кто-то отменил ваши совместные планы, вам не нужно пересказывать всю историю. Вместо этого просто напишите конкретный триггер (например, “Я получил сообщение от моего друга о том, что планы отменены, но позже я увидел в социальных сетях, что он гулял с другими друзьями”).

Шаг 2. Определите автоматическую мысль

Когда это произошло, о чём вы подумали? Это и есть автоматическая мысль.

Шаг 3. Зафиксируйте свою реакцию

Запишите, какие эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции вызывает у вас эта автоматическая мысль.

1. Эмоция: какие чувства она у вас вызывает?

2. Физиологическая реакция: какие телесные ощущения вы переживаете?

3. Поведение: какие действия вы предприняли?

ГЛУБИННАЯ НЕУВЕРЕННОСТЬ В СОБСТВЕННЫХ СИЛАХ

Хотя когнитивная модель утверждает, что автоматические мысли влияют на то, как мы реагируем и откликаемся на ситуации, в эту модель добавляется еще один важный слой: глубинная неуверенность в собственных силах. Наш способ восприятия конкретных ситуаций (и, в свою очередь, автоматические мысли, которые у нас возникают об этих ситуациях) формирует наши глубинные убеждения о себе, окружающем мире и других людях (Beck, 2011; Dobson, 2012). Когда эти глубинные убеждения страдают из-за неуверенности в собственных силах, это может привести к возникновению ярлыков сомнения. Такие ярлыки действуют как фильтр, искривляя наше восприятие и толкование ситуации.

Ярлыки сомнения (также известные как основные убеждения) отражают негативные имена, которыми мы себя называем, когда активируется наша неуверенность в себе (Sokol & Fox, 2009). Возьмем для примера ученика, которому непонятен материал урока. Хотя ему хочется попросить учителя дать разъяснения, он не поднимает руку, потому что считает, что он единственный человек, которому непонятно. Он убежден, что, задав вопрос, только продемонстрирует свою глупость всему классу. В этом случае ярлык сомнения этого ученика состоит в том, что он “глупый”, и это заставляет его думать, что он — единственный, кому непонятно. Он даже не допускает вероятности того, что другие учащиеся тоже не понимают материал, что учитель плохо объясняет или что этот материал действительно сложный. Он уверен, что он сам во всем виноват. К этому выводу привела его вера в то, что он глуп. Если ученик примет этот вывод, он так и не обратится к учителю с просьбой о более подробном объяснении, из-за чего плохо ответит на уроке и это станет самосбывающимся подтверждением его глупости.

Таким образом, чтобы сократить дисфункциональное мышление и поведение, важно не только выявлять негативные автоматические мысли и давать им оценку, но также выявлять и перефразировать ярлыки сомнения, которые управляют этими мыслями. Например, если бы ученик в предыдущем примере не скрывал глубинного убеждения в своей глупости, то он не стал бы автоматически предполагать, что он — единственный ученик, которому непонятен материал. В свою очередь, у него хватило бы смелости попросить учителя объяснить ему материал еще раз, и это повысило бы его шансы хорошо ответить на уроке и подтвердить более позитивную самооценку. В главе 2 более подробно рассматриваются ярлыки сомнения и то, что их активирует, чтобы вы могли лучше понять, как личные убеждения ваших пациентов формируют их мысли, чувства и поведение.

КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ: ПОНИМАНИЕ ПАЦИЕНТА

Начиная с первого разговора, вам необходимо получать от ваших пациентов информацию, которая позволит понять, как они воспринимают свой опыт и самих себя. Хотя получить информацию, касающуюся автоматических мыслей, чувств и поведения, связанных с конкретной ситуацией, довольно просто, выявление ярлыков сомнения пациента и связанных с ними предположений — это более сложная задача. Тем не менее, выявить их жизненно важно для понимания уязвимости пациента перед дистрессом. Следовательно, эта глава призвана помочь вам в разработке комплексной когнитивной концептуализации ваших пациентов, чтобы вам было легче выявлять эти глубинные основные убеждения и бороться с ними.

ЛИЧНОСТЬ: ЧТО МЫ ЦЕНИМ

Социотропия и автономия — это два стиля личности, которые делают нас уязвимыми к депрессии (Beck, 1983). **Социотропия** отражает стремление к социальной сопричастности и характеризуется чрезмерными инвестициями в межличностные отношения. Социотропы ищут положительную обратную социальную связь, хотят подтверждения, что их любят и принимают, и придают большое значение близким отношениям. **Автономия**, напротив, отражает стремление к независимости, свободе от других и соблюдению личных прав. Автономные личности ценият достижение целей, участие в социально значимых видах деятельности и сильное стремление к достижению успеха и обретению контроля.

Хотя социотропия и автономия отражают противоположные аспекты личности, они не являются диахотомическими. Скорее, они ложатся на континуум, перемещаются со временем и находятся под влиянием внешних обстоятельств (например, брак, рождение ребенка, школа, первая работа, карьера). Хотя со временем большинство людей перемещаются ближе к середине континуума, некоторые люди доходят до крайних значений.

Кроме того, даже если человек высоко ценит обе этих предметных области, один стиль личности, скорее всего, все-таки доминирует, и это предпочтение выражается еще в младенчестве. Например, младенец, который хочет, чтобы его все время держали на руках, и которому нужно спать в непосредственной близости от родного человека, имеет социотропный тип личности, в то время как младенец, который успокаивается сам без посторонней помощи и может часами сидеть, развлекаясь созерцанием экрана или аквариума, более автономный. Точно так же рассмотрим социотропного четырехлетнего ребенка, которого родители записали в кружок, но он отказывается его посещать, если там не будет его друзей, и сравним его с автономным ребенком, который более чем готов ходить на этот кружок, даже если он там никого не знает. Или возьмем социотропного подростка, который ждет, чтобы посмотреть, куда записались его друзья, прежде чем записаться куда-то самому, и сравним его с автономным подростком, который записывается на занятие по своему выбору без оглядки на то, что делают другие.

Эти стили личности продолжают развиваться во взрослой жизни, где наши ценности играют важную роль в решениях, которые мы принимаем, когда необходим компромисс. Например, когда мы оказываемся перед выбором, связанным с целью, касающейся отношений между людьми (например, свадьба, празднование дня рождения, выступление ребенка на концерте или спортивное мероприятие), а не с целью, касающейся достижений (например, работа, лекция, занятие спортом, хобби, овладение новым навыком), на наш выбор влияют наши ценности. Когда люди оказываются на крайних концах континуума, они не испытывают большого внутреннего конфликта, потому что их предпочтительный выбор очевиден. Однако, когда они находятся ближе к середине, где ценность имеют как социальные цели, так и цели достижения результатов, тогда выбор становится более трудным, и это вызывает чувство дистресса.

Таким образом, если мы определим, что имеет ценность для пациентов, это поможет нам понять, какие ситуации с большей вероятностью способствуют дистрессу и как обработка этих ситуаций играет роль в формировании убеждений, предположений и поведения пациентов. Представьте себе человека, который перенес серьезную операцию со значительными временными ограничениями подвижности.

Сначала все суетятся вокруг него, навещают и приносят ему подарки. Социотропная личность чувствует себя счастливой, любимой и важной, в то время как более автономный человек чувствует себя несчастным, потому что его мобильность поставлена под угрозу, и он должен полагаться на помощь других. Несколько недель спустя, когда посещения прекращаются и мобильность возвращается, социотропная личность начинает грустить, тогда как автономная личность чувствует себя обновленной, ведь ей удалось восстановить свою независимость.

Подобным образом, представьте группу второклассников, которые только что получили результаты за тест на чтение. Ученик А набрал 97 процентов и попал в группу повышенной успеваемости, ученик Б набрал 87 процентов и попал во вторую по успеваемости группу, а ученик В набрал 70 процентов и попал в группу отстающих, которые нуждаются в дополнительном обучении. В зависимости от типа личности этих учеников, оценки потенциально могут либо повлиять на них, либо вообще не оказаться на них никакого воздействия. Например, если эти ученики относятся к социотропному типу, то их могут вообще не волновать их оценки (и ученики с наименьшими оценками могут быть даже довольны, если многие из их друзей получили подобные оценки). С другой стороны, если эти ученики более автономны, то ученик А может быть доволен оценкой в 97 процентов (или расстроен, что это был не идеальный балл), ученик Б может быть разочарован или даже опущен, если не сможет попасть в группу повышенной успеваемости, а ученик В может быть подавлен из-за своей неудачи.

Проще говоря, выводы, которые мы начинаем делать о себе, определяются тем, как мы обрабатываем этот ранний опыт. Эта обработка наших разочарований, проблем и конфликтов формирует нашу самооценку. Если людей преследуют постоянные разочарования или они постоянно сталкиваются с конфликтом в тех областях, которые для них важны, это отрицательно влияет на их основные убеждения, что рождает неуверенность в себе и делает их более уязвимыми для дистресса. Таким образом, понимание основных ярлыков сомнения вашего пациента является критическим компонентом успешной КПТ.

Чтобы определить, в какой части социотропно-автономного континуума находятся ваши пациенты, используйте следующие три рабочих листа, чтобы оценить их стиль личности и определить, как он повлиял на их самооценку.

Рабочий лист пациента

ТЕСТ НА УЯЗВИМОСТЬ



Следующий тест призван помочь вам определить, что вы цените в жизни. Определив, что вас беспокоит (а также что вас не беспокоит), вы сможете определить свои ценности. Прочтите каждое из следующих утверждений и обведите "да" или "нет", чтобы указать, беспокоит ли вас каждый из этих сценариев.

Вас беспокоит...

- | | |
|---|--------|
| 1. Критика вашей работы, реальная или воображаемая | ДА НЕТ |
| 2. Отказ, реальный или воображаемый | ДА НЕТ |
| 3. Ощущение, что у вас нет контроля над вашими планами | ДА НЕТ |
| 4. Несогласие с другим человеком | ДА НЕТ |
| 5. Потеря мобильности | ДА НЕТ |
| 6. Когда вас игнорируют или исключают из числа остальных | ДА НЕТ |
| 7. Когда ваши планы срываются | ДА НЕТ |
| 8. Когда кто-то вами недоволен | ДА НЕТ |
| 9. Когда вам приказывают что-то сделать, а не просят об этом | ДА НЕТ |
| 10. Когда вы чувствуете себя неловко в ситуации социального взаимодействия | ДА НЕТ |
| 11. Когда вы не оправдываете свои собственные ожидания | ДА НЕТ |
| 12. Критика, касающаяся социального взаимодействия, реальная или воображаемая | ДА НЕТ |
| 13. Сложности с выполнением того, что вы хотите сделать | ДА НЕТ |
| 14. Когда вам не отвечают на сообщения или не перезванивают | ДА НЕТ |
| 15. Отсутствие права голоса | ДА НЕТ |
| 16. Когда вас отвергают | ДА НЕТ |
| 17. Неспособность сделать то, что вы хотите | ДА НЕТ |
| 18. Ощущение отдаленности от кого-то | ДА НЕТ |
| 19. Неспособность выполнить свою работу наилучшим образом | ДА НЕТ |
| 20. Когда вы не выглядите на все сто | ДА НЕТ |

Просуммируйте все свои ответы "да" на нечетные тесты: _____

Просуммируйте все свои ответы "да" на четные тесты: _____

Более высокий балл по четным числам означает, что для вас важны социальные ситуации, поэтому, когда вы сталкиваетесь с социальными конфликтами или проблемами, вы чувствуете себя расстроенным. Более высокий балл по нечетным числам означает, что для вас важнее ситуации, ориентированные на достижения, поэтому вы чувствуете себя расстроенным, когда испытываете разочарования или проблемы, связанные с вашими достижениями. Однаково высокий балл как по нечетным, так и по четным числам означает, что для вас важны как социальные, так и ориентированные на достижения ситуации, и когда вы испытываете трудности в любой из этих областей, вы чувствуете себя расстроенным.

Когда вы расстроены, какой характер имеет причина вашего плохого настроения — социальный или связанный с достижениями (или и с тем, и с другим)? Какой вывод вы можете сделать о том, что вас беспокоит и что вы цените?

Рабочий лист пациента

ФОРМИРОВАНИЕ ОПЫТА



Наш жизненный опыт, особенно в раннем возрасте, играет важную роль в развитии нашей самооценки. Эти жизненные события могут посеять первые семена неуверенности в себе, укрепить существующие сомнения или полностью изменить нашу самооценку. Часто мы не осознаем влияния жизненных событий. Подумайте о своей жизни и попытайтесь вспомнить, как конкретные переживания могли негативно повлиять на ваше текущее самовосприятие. Чем больше у вас негативных воспоминаний, тем больше вероятность того, что ваша неуверенность в себе будет расти.

- | | |
|---|--------|
| 1. Вы начали ползать или ходить достаточно поздно? | ДА НЕТ |
| 2. Вы начали говорить достаточно поздно? | ДА НЕТ |
| 3. Вам было сложно отделиться от своих родителей? | ДА НЕТ |
| 4. У вас были проблемы социального характера в школе? | ДА НЕТ |
| 5. У вас были проблемы с учебой в классе? | ДА НЕТ |
| 6. Оказывались ли вы в разных группах или классах по успеваемости с вашими друзьями? | ДА НЕТ |
| 7. Вас оставляли на второй год? | ДА НЕТ |
| 8. Вас исключали из команды или клуба? | ДА НЕТ |
| 9. Вас не приглашали на вечеринки или социальные мероприятия? | ДА НЕТ |
| 10. У вас были особые проблемы с вашими братьями и сестрами? | ДА НЕТ |
| 11. У вас были сложности с вашими родителями? | ДА НЕТ |
| 12. В вашей семье случались сложные финансовые ситуации? | ДА НЕТ |
| 13. Вы попадали в аварию или переживали стихийное бедствие? | ДА НЕТ |
| 14. Вы были госпитализированы или нуждались в операции? | ДА НЕТ |
| 15. Вы теряли друга из-за ссоры? | ДА НЕТ |
| 16. Вам разбивали сердце? | ДА НЕТ |
| 17. Вас обходили по службе или увольняли с работы? | ДА НЕТ |
| 18. У вас были неприятности в школе или с законом? | ДА НЕТ |
| 19. Оказывало ли на вас сильное влияние событие в новостях или в вашем населенном пункте? | ДА НЕТ |

- | | |
|--|--------|
| 20. Становились ли вы жертвой травли? | ДА НЕТ |
| 21. Вы когда-нибудь подвергались физическому, сексуальному, эмоциональному или словесному насилию? | ДА НЕТ |
| 22. Были ли вы когда-нибудь шокированы поставленным диагнозом? | ДА НЕТ |
| 23. Приходилось ли вам заботиться о больных или слабых родственниках или друзьях? | ДА НЕТ |

Обратите внимание, на сколько пунктов вы дали ответ "да". Имейте в виду, что чем больше у человека негативного опыта, тем больше вероятность того, что на его самооценку будет оказано негативное влияние. Какой из этого можно сделать вывод? Какое влияние на вашу самооценку оказала любая из этих или других ситуаций?

Рабочий лист пациента

ВОСПРИНИМАЕМОЕ СООБЩЕНИЕ



Сообщения, которые мы получаем от окружающих нас людей — близких или случайных в нашей жизни — могут оказывать на наше самовосприятие прямое или косвенное влияние. Когда мы получаем положительные сообщения, мы чувствуем себя хорошо. Однако, когда мы получаем негативные или смешанные сообщения (включая сообщения, которые мы воспринимаем как негативные), это может отрицательно сказаться на нашем самоощущении.

Например, если ваши родители всегда называли вас общительным или спортсменом (но не умным), вы можете прийти к выводу "я тупой". Подобным образом, если ваш учитель называл вас тружеником, то вы могли прийти к выводу "я посредственный" или "я не соответствую". Или, возможно, ваш бывший партнер назвал вас милыми, что заставляет вас думать, что "я недостаточно хороши или нежелателен". Эти сообщения не обязательно должны поступать от окружающих нас людей; они также поступают из средств массовой информации. Например, журналы печатают изображения худых женщин в купальниках и спортивных мужчин с мускулистым телосложением, которые могут послать сообщение о том, что вы непривлекательны. Эти сообщения становятся еще более явными, если ваши родители называли вас никчемными, глупыми, уродливыми или навешивали на вас любые другие негативные ярлыки.

Какие негативные сообщения вы слышали, когда росли, и на протяжении всей вашей жизни?

К каким выводам о себе вы пришли из-за этих сообщений?

ЦЕННОСТИ И ЯРЛЫКИ СОМНЕНИЯ

В каждом из нас скрывается неуверенность. У людей с положительным мнением о себе и сильным чувством собственного достоинства такая неуверенность возникает только тогда, когда они сталкиваются с особенно сложной или стрессовой ситуацией. Однако другие люди всегда живут с чувством неуверенности в себе, и эти ярлыки сомнения ответственны за их восприятие себя и окружающего мира. Если оставить эту неуверенность в себе без контроля, она может взять верх и негативно повлиять на то, как люди интерпретируют конкретные ситуации и реагируют на них. Это, в свою очередь, приводит к значительным психологическим нарушениям (например, депрессия, беспокойство, психоз, токсикомания). Чтобы полностью понять своего пациента, очень важно определить и маркировать его наиболее негативные и распространенные ярлыки сомнения. Более того, выявление этих ярлыков сомнения является необходимым компонентом успешного лечения, поскольку это первый шаг к тому, чтобы пациенты, в конечном итоге, оценили и изменили эти ярлыки.

Идентифицировать ярлыки сомнения намного легче, когда вы знаете, что ценит пациент. У социально ориентированных пациентов ярлыки сомнения связаны с темами общественного признания, такими как привлекательность, притягательность и порядочность, в то время как пациент, более ориентированный на достижения, будет испытывать сомнения в отношении таких качеств, как компетентность, независимость, и сила. Пациенты, которые высоко ценят и социотропию, и автономию, могут испытывать сомнения в обеих областях.

Используйте следующую таблицу, чтобы определить ярлыки сомнения, которыми описывают себя ваши пациенты. Прилагательные в верхней половине представляют ярлыки сомнения, связанные с социотропной темой нежеланности, тогда как прилагательные в нижней половине отражают ярлыки сомнения, связанные с автономной темой неспособности или некомпетентности. Имейте в виду, что пациенты могут обзывать себя одним или множеством ругательств, связанных или несвязанных с этой темой.

Рабочий лист пациента

НАЙДИТЕ СВОИ ЯРЛЫКИ СОМНЕНИЯ



Обведите все слова, которыми вы обычно называете себя, когда вы расстроены или испытываете стресс.

Несимпатичный	Непривлекательный	Недостаточно хороший
Неприятный	Негодный	Чудовищный
Странный	Невзрачный	Неинтересный
Некрасивый	Скучный	Тихоня
Стеснительный	Отвратительный	Презренный
Малозначительный	Уродливый	Неадекватный
Грубый	Замкнутый	Плохой
Странный	Не соответствующий уровню	Жирный
Неуместный	Заурядный	Чудак
Беспомощный	Слабый	Некомпетентный
Неспособный	Бессильный	Ничтожество
Посредственный	Неудачник	Недостаточно хороший, чтобы преуспеть
Дебил	Тупой	Ленивый
Поверхностный	Глупый	Идиот
Проходимец	Неэффективный	Бесполезный
Негодный	Немощный	Уязвимый
Ущербный	Безголовый	С ограниченными возможностями
Недоразвитый	Неопытный	Никчемный

ЯРЛЫКИ СОМНЕНИЯ

Когда вы говорите с пациентами о конкретных ситуациях, которые спровоцировали дистресс, попытайтесь определить, связаны ли их автоматические мысли с социальными темами любви и принятия (социотропия), достижений и контроля (автономия), или и тем, и другим одновременно. Это поможет вам прощупать почву относительно лежащего в основе ярлыка сомнения. Метод “стрелка вниз” является ценным инструментом, который поможет вам найти этот скрытый смысл. При использовании этого метода пациента просят рассказать о том, какой личный смысл имеет для него ситуация. Далее приведен список возможных вопросов по методу “стрелка вниз”, направленных на выявление личного смысла, а затем приводятся два примера.

- “Что это означает?”
- “Что это говорит о вас?”
- “Как это вас характеризует?”
- “Что это значит для вас?”

Пример 1.

Ситуация: Пациент не получил приглашение на вечеринку.

Автоматическая мысль: “Я знаю, что я единственный, кого не пригласили”.

Вопрос по методу “стрелки вниз”: “Что это говорит о вас?”

Автоматическая мысль: “Что я ей не нравлюсь”.

Вопрос по методу “стрелки вниз”: “Как вас характеризует то, что вы ей не нравитесь?”

Ярлык сомнения: “Я непривлекательный”.

Пример 2.

Ситуация: Рабочую нагрузку пациента увеличили.

Автоматическая мысль: “Я никогда не смогу переделать всю эту работу”.

Вопрос по методу “стрелки вниз”: “Что говорит о вас то, что вы не сможете сделать всю эту работу?”

Автоматическая мысль: “Я с ней не справлюсь”.

Вопрос по методу “стрелки вниз”: “Как то, что вы не можете с ней справиться, характеризует вас?”

Ярлык сомнения: “Я некомпетентный”.

Будьте готовы к тому, что найти ярлык сомнения может оказаться непросто. Возможно, этот отрицательный ярлык еще только зарождается и до него нелегко добраться, или он похоронен глубоко внутри. Кроме того, пациентам может быть неприятно признать существование этого ярлыка сомнения, и они могут вообще избегать этой темы. Также возможна ситуация, когда пациенты не догадываются и не знают об этом глубинном ярлыке сомнения или, возможно, не задумывались об этом. Если вы обнаружите, что пациентам сложно отвечать на вопросы при использовании метода “стрелка вниз”, помогите им добраться до ярлыка сомнения, используя в качестве подсказки рабочий лист “Найдите свои ярлыки сомнения”. Предложите им вернуться к своим ответам в этом листе и посмотреть, могут ли какие-либо ярлыки, которые они идентифицировали ранее, быть причиной этих негативных автоматических мыслей.

РОЛЬ ИСТОРИИ И ЖИЗНЕННОГО ОПЫТА

Наша история и жизненный опыт формируют и укрепляют наши представления о себе и окружающем мире. Иногда люди сталкиваются с ужасными жизненными обстоятельствами, такими как жестокое обращение, отсутствие заботы, покинутость, бедность и бездомность. Эти обстоятельства сеют семена неуверенности в себе и способствуют их прорастанию. Например, женщина, считающая себя сильной и дееспособной, становится жертвой насилиника или бандита и может начать считать себя слабой и беспомощной. Точно так же ребенок алкоголика, который подвергается физическому насилию и постоянно слышит, что

он никчемный, может прийти к выводу, что он плохой. В то же время, не у всех, кто подвергся травматическому воздействию, будет развиваться соответствующая неуверенность в своих силах. Например, другой ребенок, растущий в семье алкоголиков и в атмосфере насилия, может осознать, что он является невинной жертвой и что это насилие никоим образом не отражается на его характере. Крушение основных убеждений произойдет только у тех, кто наделяет травму личным смыслом.

Кроме того, оказать негативное влияние на нашу самооценку может даже жизненный опыт, не связанный с серьезной травмой. Например, вспомните ученика, который не получил идеальную оценку по чтению или не попал в группу повышенной успеваемости, и теперь считает себя тупым. Вспомните ребенка, который живет в семье музыкантов или спортсменов, но ему не хватает навыков в этих областях, и он приходит к выводу, что он неполноценный. Или ребенка на детской площадке, которого выбирают последним для игры в салки, и теперь он считает, что он недостаточно хороший. События, которые происходят с нами на протяжении всей нашей жизни, влияют на развитие вашего самовосприятия, независимо от того, являются они травмирующими или нет.

Таким образом, чтобы понять природу неуверенности наших пациентов в себе и устраниТЬ ее, для начала важно определить важные жизненные события, которые сыграли роль в формировании этих ярлыков сомнения. Для этого воспользуйтесь следующим рабочим листом, чтобы помочь своим пациентам понять причины их неуверенности в себе. При заполнении рабочего листа, в первую очередь, спросите у пациентов, когда у них впервые возникли о себе подобные мысли. Этот исторический подход позволяет сделать выводы о развитии их самооценки. Вы также можете спросить их, имеют ли какие-либо конкретные воспоминания для них особое значение, и если да, то оказало ли какое-либо из этих воспоминаний воздействие на их текущее самовосприятие.

Вначале постараитесь помочь пациентам понять, как так вышло, что они начали видеть себя в этом свете. Предложите им рассмотреть возможность того, что сделанные ими выводы могут быть неточными. Помните, что не событие или травма прошлого как таковые заставили их стать неуверенными в себе, а, скорее, их интерпретация этого события и личный смысл, которым они его наделяют. Помогая своим пациентам заполнить этот рабочий лист, вы можете начать видеть искажения и необъективные выводы, к которым они пришли.

Рабочий лист пациента

СВЯЖИТЕ СВОИ СОМНЕНИЯ С ПРОШЛЫМ



Вернитесь мысленно к своим ранним ярким воспоминаниям и спросите себя: "Какое негативное представление обо мне могло существовать в то время?" Например, возможно, у вас было серьезное заболевание, которое потребовало длительного пребывания в больнице и заставило вас пропустить школу, из-за чего вы поверили, что вы слабы, уязвимы или беспомощны. Или, в качестве другого примера, возможно, в раннем возрасте вы не прошли отбор в спортивную команду, из-за чего решили, что вы неудачник, недостаточно хороши или посредственны. Также, возможно, вы уже знаете, в чем заключается ваш ярлык сомнения, но не уверены в конкретном событии, которое спровоцировало это убеждение. Если это так, попробуйте восстановить в памяти ранние воспоминания, в которых эта негативная идея о вас самих уже существовала.

Идентифицируйте сомнительное убеждение(я):

Какое ваше самое раннее воспоминание об этом убеждении? Опишите здесь это воспоминание.

Какие еще жизненные события могли способствовать развитию этого сомнительного убеждения?

НЕЭФФЕКТИВНЫЕ КОМПЕНСАТОРНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Компенсаторное поведение — это стратегии, которые мы используем для решения жизненных проблем. Некоторые из этих поведенческих стратегий помогают нам, в то время как другие работают против нас. Например, избегание, уход и отвлечение — все это неэффективные стратегии, которые мешают нам направлять свои силы на то, что важно или даже необходимо. Аналогичным образом, пассивность, манипулирование или защита — это неэффективные коммуникационные стратегии, которые приводят к недоразумениям и ставят под угрозу наши потребности. Также стремление к совершенству, попытка контролировать ситуацию и беспокойство — все это стратегии, которые работают против нас. Учитывая, что ошибки неизбежны, перфекционистские запросы оказываются недостижимыми и сеют семена неуверенности в себе.

Напротив, к стратегиям, которые эффективно помогают нам достичь наших целей, относятся решение проблем, определение приоритетов, сохранение сосредоточенности, настойчивость, способность успокаиваться без посторонней помощи, выполнение физических упражнений, способность попросить о помощи, формирование реалистичных стандартов и избавление от беспокойства. Тем не менее, даже эти стратегии не работают постоянно или в любой ситуации. Способность изменить свое поведение, когда все, что мы делаем, не работает, является ключом к благополучию. Например, если командный подход к групповому проекту не дает желаемых результатов, тогда иметь смысл взять проект под свой полный контроль. Подобным образом, если кто-то только что проработал несколько часов без перерыва и нуждается в отдыке, то просмотр телевизора — это не избегание.

Однако, когда пациенты оказываются под воздействием триггера, который активирует их неуверенность в себе, они склонны использовать стратегии по привычке, независимо от их эффективности. Они также могут действовать так, как не поступили бы в противном случае. Эти действия могут привести к негативным последствиям или могут поставить под угрозу их ценности. Например, они могут заниматься самоповреждением, предпринимать попытки самоубийства или злоупотреблять психоактивными веществами. Альтернативно, они могут эксплуатировать или атаковать других людей или участвовать

в пассивном общении, то есть использовать стратегии, которые могут сработать в краткосрочной перспективе, но иметь негативные последствия в долгосрочном плане. Ниже приведен список некоторых распространенных компенсаторных действий, к которым люди часто прибегают, когда активируется их неуверенность в себе.

Неэффективные компенсаторные действия	
Избегание Избегание Прекращение Отвлечение	Самоповреждение Нанесение порезов Попытки суицида Злоупотребление психоактивными веществами
Неэффективная коммуникация Пассивность Манипуляция Защитная позиция Агрессивные действия	Перфекционизм Стремление к совершенству Попытки контролировать ситуацию Желание угодить Беспокойство

Чтобы лучше понять, к какому поведению прибегают ваши пациенты в попытке справиться со своей неуверенностью, посмотрите на их ответы в рабочем листе **“Применение когнитивной модели: свяжите мысли с реакциями”** (стр. 53) и обратите внимание, каким было их поведение в ответ на этот триггер. Вам необходимо понять, можно ли назвать это поведение шаблонным, поэтому спросите своих пациентов, является ли для них такая реакция типичной. Вы также можете спросить их о других проблемных ситуациях, чтобы узнать, используют ли они другие стратегии, когда сталкиваются с проблемой.

ЯРЛЫКИ СОМНЕНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ: РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ИЛИ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ

Чтобы справиться с ситуацией, пациенты прибегают к поведенческим стратегиям, руководствуясь условными правилами, установками и предположениями о себе, которые известны как промежуточные убеждения (Beck, 2011). Эти промежуточные убеждения обычно

имеют форму условных утверждений “если, то”, которые связывают ярлык сомнения с поведенческим действием. Например, пациенты, ярлык сомнения которых состоит в том, что они считают себя нежеланными, могут предположить: “Если я буду вести себя превосходно, то я буду нравиться людям”. В этом случае основное убеждение в своей социальной нежеланности (ярлык сомнения), заставляет их стремиться к совершенству (стратегия поведения) как к средству компенсации их предполагаемой нежеланности. Пациенты, которые считают себя некомпетентными, могут также использовать в качестве компенсирующей стратегии перфекционизм, но их допущение звучит по-другому: “Если я совершенен, то я могу доказать, что я компетентен”.

Предыдущие примеры являются положительными предположениями, потому что они определяют поведенческую стратегию, которая может (по мнению пациента) привести к желаемому результату. Тем не менее, предположения также могут быть негативными, и тогда такое условное утверждение демонстрирует, как определенный тип поведения приводит к *негативным* последствиям. Например, “Если я несовершенен, то люди меня отвергнут” или “Если я несовершенен, то люди увидят, насколько я некомпетентен”. Независимо от того, являются ли предположения позитивными или негативными, они служат движущей силой неэффективных компенсаторных стратегий, потому что пациенты считают эти стратегии защитными, помогающими им избежать исхода, которого они опасаются. Следующий рабочий лист может помочь вашим пациентам определить позитивные и негативные предположения, которые влияют на их поведение.

Рабочий лист пациента

ОПРЕДЕЛИТЕ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ



Наши ярлыки сомнения влияют на наши взгляды, правила и предположения о том, как мы, по нашему мнению, должны себя вести. Например, если наш ярлык сомнения говорит нам, что мы непривлекательны, то мы можем решить, что для того, чтобы найти и удержать друзей, мы должны постоянно надевать свое “веселое лицо”. Кроме того, мы можем верить, что отстаивая свои права, мы делаем кого-то несчастным, и это активирует нашу уверенность в том, что мы “непривлекательны”.

Этот рабочий лист может помочь вам определить позитивные и негативные предположения, которые определяют ваше поведение. Используйте свои ответы в предыдущих рабочих листах в качестве руководства и определите позитивные и негативные предположения, связанные с вашим ярлыком сомнения.

Позитивные предположения

Если я (укажите свое поведение), то (укажите позитивное воздействие на ярлык сомнения).

Пример: *Если я придержу свое мнение при себе, то люди захотят проводить со мной время.*

Если я выпью вина, то я буду лучше себя чувствовать и буду контролировать ситуацию.

Если я буду идеальным, то люди не будут считать меня некомпетентным.

Если я _____, то _____

Негативные предположения

Если я (укажите свое поведение), то (укажите негативное воздействие на ярлык сомнения).

Пример: *Если я не буду держать свое мнение при себе, то я не буду нравиться людям.*

Если я не буду делать все сам и позволю людям помочь мне, то я потеряю контроль над ситуацией.

Если я не буду идеальным, то люди поймут, какой я некомпетентный.

Если я _____, то _____

МОДЕЛЬ КОЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СОМНЕНИЯ

Итак, вы определили ярлыки сомнения, жизненный опыт, компенсаторное поведение и лежащие в их основе предположения пациента. Теперь соберите все эти кусочки вместе, чтобы разработать модель концептуализации сомнения, которая дает исчерпывающую картину того, кем является пациент, как он определяет себя и чем мотивируется. Тщательная концептуализация будет включать в себя рассмотрение культурного, социального и экономического положения пациента, а также других соответствующих факторов, влияющих на лечение. Развивая эту концептуализацию, вы сможете лучше понять общие принципы, которыми руководствуются ваши пациенты при восприятии окружающего мира, себя и других людей, что поможет вам поставить диагноз, определить цели, разработать план лечения и выбрать наиболее подходящее когнитивно-поведенческое вмешательство.

На следующей странице приведен пример модели концептуализации сомнения для пациентки, которая уверена в своей непривлекательности (ярлык сомнения), а также пустой шаблон, который вы можете использовать со своими пациентами. Как видно на примере модели сомнения, ярлык сомнения пациентки в значительной степени формировался в контексте ее семейной жизни, которая характеризовалась дисфункциональными отношениями с родителями и постоянными социальными сравнениями с ее братьями и сестрами. Со временем, по мере развития ярлыка сомнения пациентки, она начала верить, что никогда не сможет отстоять свои потребности и что она всегда должна быть идеальной, чтобы другие ее любили. В свою очередь, эти предположения заставили ее стать пассивной перфекционисткой, пытающейся угодить людям в контексте межличностных отношений.

Шаблон рабочего листа

МОДЕЛЬ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СОМНЕНИЯ



Формирующий опыт

Трудолюбивый, очень критичный отец с завышенными ожиданиями

Эмоционально отдаленная мать

Трудный брат — любимый ребенок в семье и всегда в центре внимания

Три старшие сестры всегда получают комплименты по поводу своей внешности

Ярлыки сомнения

"Меня не любят".

Руководящие принципы или предположения

"Если мне делают комплименты, значит, меня любят".

"Если меня игнорируют, значит, меня не любят".

"Если я всегда буду говорить 'да', то люди будут меня любить".

"Если я буду отстаивать свои права, то люди не будут меня любить".

"Если я буду идеальной, то люди будут меня любить".

"Если я не буду идеальной, то люди будут отвергать меня, а это значит, что меня не любят".

Неэффективные компенсаторные действия

Пытаться быть идеальной

Никогда не отстаивать свои права и всем говорить "да"

Вести себя тихо и хорошо

Рабочий лист пациента

МОДЕЛЬ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СОМНЕНИЯ



Формирующий опыт

Ярлыки сомнения

Руководящие принципы или предположения

Неэффективные компенсаторные действия

Как обсуждалось в главе 1, на наше восприятие конкретных ситуаций — наряду с автоматическими мыслями, которые впоследствии возникают у нас о таких ситуациях, — влияют наши глубинные ярлыки сомнения. Другими словами, неуверенность в себе может негативно повлиять на то, как мы воспринимаем любую конкретную ситуацию. Поэтому после разработки концептуализации сомнений вашего пациента вернитесь к когнитивной модели, чтобы увидеть, как ярлыки сомнения пациента влияют на различные автоматические мысли, обусловленные ситуацией.

Вернемся к предыдущему примеру пациентки, которая считает себя непривлекательной. Мы можем использовать когнитивную модель и нашу концептуализацию сомнения пациентки, чтобы помочь объяснить ей, как ее неуверенность в себе влияет на то, как она интерпретирует свой опыт и реагирует на него. Диаграммы на следующей странице иллюстрируют, как эта концептуализация сомнения может повлиять на результат трех различных сценариев. В основе каждого из этих сценариев лежит убеждение пациентки в том, что она неспособна быть любимой и что она недостаточно хороша. Этот ярлык сомнения заставляет ее воспринимать свой мир через призму сомнений, что, в свою очередь, влияет на ее чувства, мысли и поведение. После диаграммы приведен пустой шаблон, который вы можете использовать со своими пациентами, чтобы увидеть, как их ярлыки сомнения влияют на их реакцию и отклик на определенные ситуации.

Шаблон рабочего листа

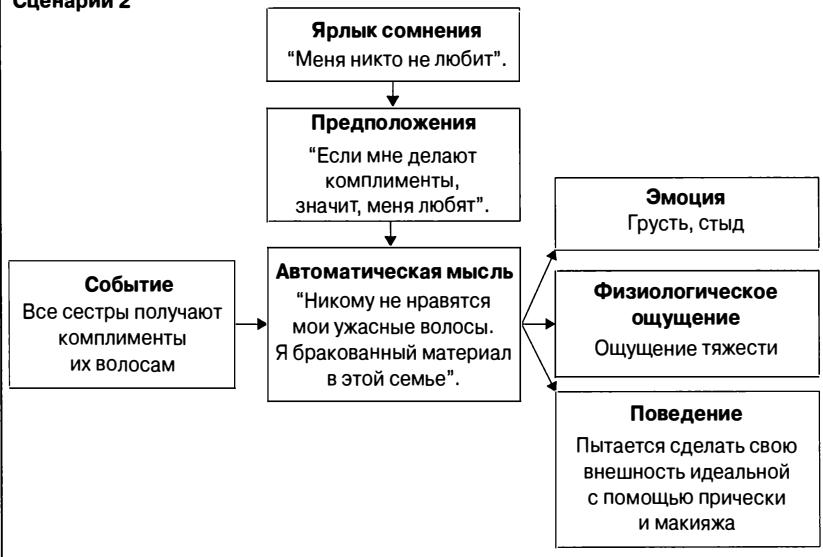
АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ В КОНКРЕТНЫХ СИТУАЦИЯХ



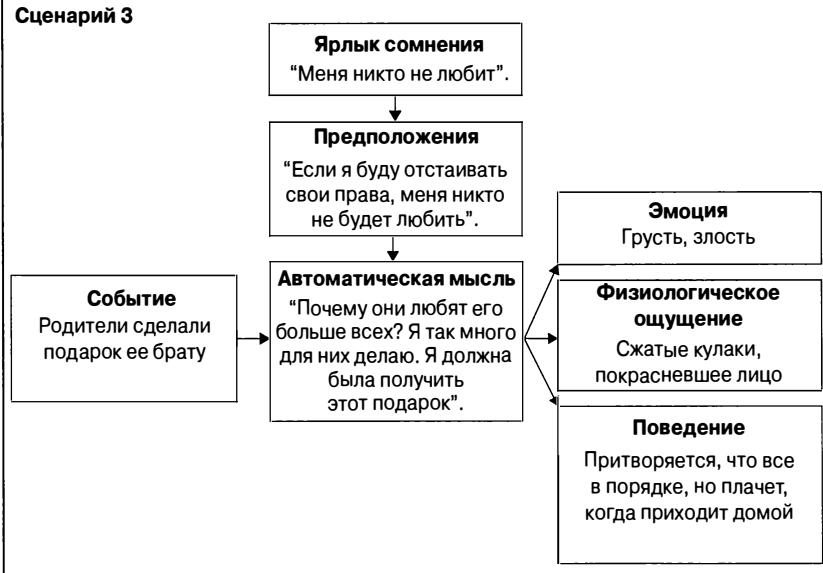
Сценарий 1



Сценарий 2



Сценарий 3



Рабочий лист пациента

АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ В КОНКРЕТНЫХ СИТУАЦИЯХ



3

ЦЕЛЕОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

СПИСОК ПРОБЛЕМ

Терапия предназначена для того, чтобы уменьшить стресс, который испытывают пациенты, и улучшить их способность функционировать в повседневной жизни. Однако нечеткие цели приводят к нечеткой терапии. Для того чтобы терапия была эффективной, план лечения должен основываться на конкретных, четких целях, и чтобы установить эти цели, вам сначала нужно четко определить проблемы пациента.

Первый вопрос, который нужно задать пациентам, обращающимся за лечением, это: “Что вас сегодня привело?” или “На что вы жалуетесь?” Вам нужно определить проблемы в жизни пациента, которые являются источником дистресса или конфликтов, чтобы вы могли составить список проблем. Списки проблем обычно состоят из двух-шести пунктов, но могут быть намного длиннее. Полный список проблем должен включать в себя все факторы в жизни пациента, которые способствуют возникновению дистресса, включая трудности психологического, межличностного, профессионального, образовательного, медицинского, юридического, жилищного или досугового характера.

Список проблем — это не просто список тем, которые беспокоят пациента. Скорее, он помогает понять, *почему* эти конкретные области представляют для пациента проблему (или почему кто-то еще считает эти области проблемой для пациента). Например, ниже приведен неправильный список проблем, поскольку он описывает только более широкую проблемную область и не дает нам информации о том, в чем заключается конкретная проблема:

- Тревога
- Мой муж
- Мои дети
- Самооценка

Чтобы выявить конкретные проблемы, вам необходимо прояснить и более четко определить эти начальные трудности. Диалог, позволяющий достичь этой цели, может выглядеть следующим образом:

Психотерапевт: “На что вы жалуетесь больше всего?”

Пациентка: “Тревога — моя самая большая проблема”.

Психотерапевт: “Почему тревога является для вас проблемой?”

Пациентка: “Она мешает мне заниматься делами”.

Психотерапевт: “Чем именно она мешает вам заниматься?”

Пациентка: “Я не могу никуда пойти, потому что боюсь, что у меня может возникнуть ужасная тревога”.

Психотерапевт: “Итак, тревога — это проблема, потому что она мешает вам делать то, что вам хочется. Само по себе чувство тревоги тоже проблема?”

Пациентка: “Да, я делаю все возможное, чтобы избежать этого чувства”.

Психотерапевт: “Какой ваш самый большой страх, связанный с этим чувством?”

Пациентка: “Что у меня случится сердечный приступ, и я умру”.

Теперь можно понять, что первая проблема пациентки (тревога) — это, на самом деле, страх сердечного приступа и фобическое избегание. Как терапевт, вы можете более четко определить оставшиеся три проблемы, спросив, *почему* каждая из них является проблемой для пациентки. Например, возможно, муж является проблемой, потому что он считает, что пациентка использует тревогу как оправдание, и ему надоели ее отказы. Возможно, пациентка назвала своей проблемой детей, потому что она начала ограничивать их активность из боязни непреднамеренно развить у них фобию. И, наконец, возможно, самооценка является для нее проблемой, потому что она считает, что терпит неудачу во всех аспектах своей жизни, и ставит под сомнение свое самоуважение, что заставляет ее подвергать сомнению каждое принимаемое ею решение. Задавая наводящие вопросы, вы можете лучше определить проблему.

Имейте в виду, что пациенты могут проходить терапию против своей воли. Часто пациенты приходят на терапию, потому что их заставили

это сделать партнеры, родители, работодатели, учителя или по постановлению суда. Независимо от того, приходят пациенты на терапию по собственному желанию или их кто-то заставил, первым шагом в лечении станет составление списка четко определенных проблем.

Если пациентов заставили пройти терапию, вы можете для начала спросить их, почему кто-то решил, что им нужно быть здесь, и помочь им понять, почему лечение имеет смысл. Например, представьте женщину, которая пришла на терапию, потому что ее работодатель сказал ей, что у нее проблемы с управлением гневом. Эта женщина уверена, что ей не нужна терапия, и считает нелепым, что ее заставляют проходить лечение. Психотерапевт может сначала спросить, ценит ли она свою работу и хочет ли она продолжить там работать. Затем психотерапевт может спросить, склонна ли она чувствовать раздражение и разочарование (особенно на работе), и если да, то как она действует, когда это происходит. Надеемся, что с помощью этого процесса психотерапевт сможет помочь пациентке увидеть, что ее гнев может взять над ней верх, и что работа с ним может быть жесткой необходимостью, если она хочет сохранить за собой рабочее место. Заставить пациента согласиться на терапию и начать лечение — это первый шаг в составлении списка проблем.

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Цели лечения вытекают непосредственно из списка проблем, поскольку они обеспечивают решение трудностей, выявленных у пациента. В целом, идеальными считаются конкретные, измеримые цели. Четко определенные цели позволяют четко определить пути вмешательства. Цели пациента также должны быть реалистичными и личными, что означает, что эти цели не должны включать попытки изменить других. Цель терапии не состоит в изменении других людей. Поэтому при разработке целей лечения важно, чтобы пациенты понимали, что они не могут контролировать слова, мысли или действия других людей. Цели терапии носят личный, а не навязанный характер.

Таких психотерапевтических целей, как “найти супруга”, “разбогатеть” или “устроиться на работу”, нельзя достичь с помощью терапии. С другой стороны, предпринятие необходимых шагов для повышения

вероятности получения этих результатов — это подходящая психотерапевтическая цель. Мы не можем найти для пациентов супруга или супругу, но мы можем помочь им преодолеть страх разговаривать с людьми или страх быть отвергнутыми, и мы можем помочь им посмотреть на себя с такой стороны, чтобы они обрели смелость добиваться желаемого.

Чтобы сделать цели конкретными и реалистичными, сначала попросите пациентов определить каждую цель и описать, как будет выглядеть ее достижение. Вы можете использовать метод направляемых открытий, чтобы помочь пациентам перейти от абстрактного понимания желаемого результата к более четкому, а также от нереалистичных ожиданий к более реалистичным. Например, если пациент говорит: “Я просто хочу быть счастливым”, вы можете помочь ему составить список конкретных действий, к которым он может прибегать, чтобы повысить вероятность стать более счастливым, таких как “восстановить связь с друзьями” и “увеличить количество приятных моментов”.

Продолжая предыдущий пример с тревожной пациенткой, разработка целей лечения может выглядеть следующим образом: вы можете решить ее первую выявленную проблему (тревогу), спросив, не хочет ли она посмотреть в лицо всему, чего она боится, а затем заставив ее составить список всех этих вещей. Затем в процессе терапии вы можете обучать ее постепенно противостоять этим страхам и бороться с ними. Вторая проблема пациентки связана с непониманием со стороны ее мужа и с требованиями, которые он ей предъявляет. Учитывая, что терапия не подразумевает изменение поведения других людей, можно поставить перед пациенткой более подходящую цель — уменьшение негативного воздействия этих требований на пациентку. Также можно помочь ей рассмотреть альтернативные точки зрения: возможно, ее муж ведет себя так, потому что думает, что таким образом он ей помогает. Точно так же еще одна важная цель может заключаться в том, чтобы помочь пациентке научиться отстаивать свои права и устанавливать границы или обратиться к семейному психологу, если семейные разногласия по-прежнему являются для нее проблемой.

Чтобы решить третью проблему пациентки (например, ее дети и влияние, которое оказывает на них ее тревога), можно поставить

перед ней терапевтическую цель: она должна найти для своих детей возможность участвовать в различных мероприятиях, независимо от того, сопровождает она их или нет. Конечная цель состоит в том, чтобы она также присоединилась к ним в этой деятельности. Также может быть полезно дать ей компенсаторные инструменты, чтобы не допустить непреднамеренного переноса любой ненужной тревоги на своих детей. Наконец, чтобы повысить самооценку пациентки, вы можете помочь ей в процессе терапии увидеть себя в более реалистичном, позитивном свете. Для этого ей необходимо научиться брать на себя ответственность за все, что она делает, и перестать подвергать сомнению каждое принятое ею решение. Вы можете помочь пациентке научиться чувствовать уверенность в своих способностях принимать решения, обучая ее настойчивости и социальным навыкам.

Чтобы помочь вашим пациентам составить список проблем и разработать сопутствующие цели лечения для решения этих проблем, используйте рабочий лист на следующей странице.

Рабочий лист пациента

СОЗДАНИЕ СПИСКА ПРОБЛЕМ И ЦЕЛЕЙ



Вместе с психотерапевтом используйте этот рабочий лист, чтобы составить список проблем и сопутствующих целей, над которыми вы хотели бы работать в процессе лечения. Имейте в виду, что проблемой мы называем негативный момент, который вызывает у вас страдания, мешает вашему функционированию или препятствует достижению ваших целей. Цель состоит в том, чтобы сделать эти моменты менее проблемными для вас. Наличие конкретных, реалистичных целей поможет определить оптимальное терапевтическое лечение и конкретные меры, которые будут наиболее полезны именно для вас.

Проблемы

Дайте четкое определение, почему проблема — это проблема.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Цели

Убедитесь в том, что ваши цели являются личными, реалистичными и измеримыми.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

СТРУКТУРА СЕАНСА

Как клиницисты КПТ, мы здесь для того, чтобы вмешаться, а не просто для того, чтобы оказать пациенту поддержку, выслушать или позволить ему испытать катарсис. В КПТ терапия имеет определенное начало, многочисленные средние части и конец. Такая структура позволяет максимизировать количество времени, которое у нас есть на сеанс, чтобы выполнить задуманную работу. Таким образом, что на критические темы будет отведено необходимое время, и при этом еще останется время и на соответствующие вмешательства. Предоставьте пациентам обоснование этой структуры — это поможет вам наладить с ними сотрудничество. Хотя вы, безусловно, можете воодушевить пациентов брать на себя большую ответственность за сеанс с течением времени, общее бремя ответственности по-прежнему лежит на вас как на психотерапевте. Кроме того, хотя очень важно соблюдать структуру сеанса, в то же время вам не следует быть слишком жесткими. Прислушивайтесь к своей терапевтической интуиции и соответственно расставляйте приоритеты при возникновении опасных для жизни проблем.

Если у пациентов уже есть опыт прохождения терапии, расскажите им, чем будет отличаться этот курс лечения. Это особенно актуально, если они проходили поддерживающую терапию. Сообщите пациентам, что КПТ по своей природе директивна, ориентирована на достижение цели и решение проблем. Объясните, что они будут участвовать в постановке целей и задач, ориентированных на решение проблем. Поощряйте их делать заметки (в письменной форме, в электронном виде или с помощью аудиозаписи) с самого начала лечения, чтобы повысить их вовлеченность и дать им возможности для повторения обучающей информации. Самое главное, убедитесь, что пациенты знают, что от них ожидается участие в качестве важного члена их терапевтической группы. Вы хотите, чтобы пациенты увидели, что для того, чтобы установить связь между их мыслями, чувствами и поведением, требуется их активное участие как во время сеанса, так и между сеансами.

Начало

Каждый сеанс КПТ должен начинаться с проверки, которая определяет предстоящую рабочую нагрузку. Она также служит связующим звеном между сеансами, придавая терапевтической работе кумулятивный характер, и давая психотерапевту возможность создать и сохранить прочный терапевтический альянс. Обычно в начале сеанса психотерапевт интересуется настроением пациента; это дает ему возможность оценить, как дела у пациента по сравнению с предыдущими сеансами. Хотя многие психотерапевты проводят эту проверку настроения, просто спрашивая: “Как дела?”, подобные вопросы открытого типа не обязательно дадут достоверную информацию. Предпочтительнее использовать стандартизированную шкалу по типу шкалы Ликерта — например, шкалы Бека для оценки тревоги, безысходности, депрессии (Beck & Steer, 1993a, 1993b; Beck, Steer, & Brown, 1996) — но даже шкала Ликерта из одного пункта может предоставить более надежную информацию о душевном состоянии вашего пациента, чем ваш общий вопрос.

Вы можете оценить настроение пациента по шкале от 0 до 10, спросив, каким было в целом его расположение духа на этой неделе, или поинтересовавшись конкретными настроениями (например, насколько депрессивным, тревожным, безнадежным, суицидальным, злым и т.д. ощущал себя пациент на этой неделе). При тяжелой депрессии также полезно спросить, как пациенты себя чувствуют сегодня, а затем повторно оценить, как они чувствуют себя в конце сеанса, поскольку важно убедиться, что они не выходят после сеанса с более плохим настроением, чем они на него пришли.

Вы можете использовать следующий рабочий лист в начале каждого сеанса, чтобы оценить общее настроение вашего пациента. Прежде чем давать пациентам рабочий лист, запишите три основных настроения, которые они обычно испытывают, в разделах “Настроение 1”, “Настроение 2” и “Настроение 3”. Затем попросите пациентов оценить, насколько интенсивно они испытывают каждую из этих трех разных эмоций по шкале от 0 до 10, а также описать, как выглядят в их жизни эти эмоции на отметках 0, 5 и 10.

Рабочий лист пациента

ПРОВЕРКА НАСТРОЕНИЯ



Опишите, как вы себя сегодня чувствуете. Оцените, насколько интенсивно вы испытываете следующие три эмоции по шкале от 0 до 10, где 0 означает полное отсутствие, а 10 — это максимум, который вы когда-либо испытывали. Затем опишите, как вы себя чувствуете, когда вы испытываете эту эмоцию с интенсивностью 0, 5 и 10. Ниже проиллюстрировано использование шкалы на примере грусти.

Пример: Грусть



0 = Я вовремя просыпаюсь и иду на работу, делаю свою работу и осознаю свой тяжелый труд. Строю планы со своими друзьями и улыбаюсь. Я хожу в спортзал и решаю свои вопросы.

5 = Я с трудом приступаю к работе. Мне трудно увидеть в моей работе что-то хорошее и мне приходится заставлять себя отвечать на сообщения и звонки друзей.

10 = Я не могу встать с постели и пойти на работу. Я не могу перестать думать о том, как все плохо и как я одинок. Я перестаю заботиться о себе и иногда даже не могу заставить себя принять душ или съесть что-нибудь, кроме печенья и мороженого.

Настроение 1: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Полное отсутствие					Умеренно					Максимум	

$$0 = \underline{\hspace{10cm}}$$

$$5 = \underline{\hspace{10cm}}$$

$$10 = \underline{\hspace{10cm}}$$

Настроение 2: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Полное отсутствие					Умеренно					Максимум

$$0 = \underline{\hspace{10cm}}$$

$$5 = \underline{\hspace{10cm}}$$

$$10 = \underline{\hspace{10cm}}$$

Настроение 3: _____

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Полное отсутствие					Умеренно					Максимум	

$$0 = \underline{\hspace{10cm}}$$

$$5 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$10 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Список тем для обсуждения

Помимо проверки настроения, начало сеанса также является подходящим временем, чтобы проверить воздействие предыдущих сеансов и увидеть, оказало ли что-нибудь из последнего сеанса влияние на неделю пациента. Чтобы получить эту информацию, прямо спросите пациента, не произошло ли за последнюю неделю чего-нибудь значительного, что требует дальнейшего обсуждения. Не стоит считывать, что пациент расскажет об этом сам; вы должны спросить. Кроме того, начало сеанса — это время проверить прием лекарств и выполнение домашних заданий. Однако это всего лишь проверка. Если требуется дальнейшее обсуждение, то оно становится пунктом повестки дня, которая является самой важной частью начала сеанса.

Повестка дня отражает список наиболее важных вопросов, над которыми работают пациенты для достижения своих целей лечения. Обычно этот список тем для обсуждения включает несколько пунктов, но может состоять только из одного пункта или из довольно большого количества вопросов. Повестка дня не должна представлять собой глобальный список тем; скорее, она должны быть ориентирована на проблемы. Например, вместо того, чтобы “говорить о парне пациентки”, в список тем можно включить “выяснение, отвечают ли эти отношения интересам пациентки”. Точно так же вместо “разговоров о работе” в повестке дня может быть “поиск возможностей помочь пациенту справиться с чувством неадекватности и подавленности”. Хотя список тем для обсуждения предназначен для решения проблем, иногда бывает сложно определить, в чем состоит трудность пациента, пока в процессе дискуссии вы не докопаетесь до сути дела.

Список тем для обсуждения задуман как совместный процесс, но это не означает, что психотерапевты не могут вносить свои предложения. Например, менее заинтересованным пациентам можно предложить выбор или направить их, чтобы увидеть, над чем имело бы смысл поработать вместе. Тот факт, что список тем для обсуждения является плодом совместной работы, просто означает, что пациент согласен с тем, что работа над выявленными проблемами имеет смысл. После того, как список тем для обсуждения составлен, необходимо определить приоритетность его пунктов, чтобы выделить достаточное количество времени на наиболее важные пункты списка. Однако

если пациент желает обсудить все вопросы, психотерапевт должен распределить время таким образом, чтобы его хватило на все.

Необходимо помнить несколько важных моментов о списке тем для обсуждения. Во-первых, убедитесь, что он реалистичен для отведенного на него времени. Стандартный сеанс терапии длится от 45 до 50 минут. Если проверка настроения, повторение предыдущего домашнего задания, проверка приема лекарств и еженедельная проверка занимают от пяти до семи минут (а подведение итогов по окончанию сеанса также занимает примерно пять-семь минут), тогда у вас остается около 30 минут, чтобы поработать над пунктами списка тем для обсуждения. Реалистичный список тем состоит из одного-трех пунктов, в зависимости от того, сколько времени требуется для всестороннего рассмотрения каждого из них. Определите приоритетность пунктов списка вместе с пациентом и совместно решите, сколько времени нужно поработать над каждым из них.

Во-вторых, если на рассмотрение домашнего задания уйдет более пяти минут, включите его в список тем для обсуждения. Убедитесь, что пункт списка тем, относящийся к домашнему заданию, определен как проблема, а не просто связан с темой рассмотрения домашнего задания. Например, вместо этого вы можете решить сосредоточиться на препятствиях, которые мешали пациенту выполнить задание, на проблемах, с которыми он столкнулся при его выполнении, или на успехах в обучении, которых он достиг в итоге. Чтобы направить дискуссию в нужное русло, вы можете сказать: “Мне кажется, что сегодня при обсуждении домашнего задания есть смысл поговорить о стратегиях, которые помогут вам выполнить вашу письменную работу”. Следуйте этим рекомендациям, и это поможет сделать ваши занятия более целенаправленными и повысить эффективность лечения.

Чтобы составить список тем для обсуждения в начале каждого занятия, вы можете использовать следующий рабочий лист в сотрудничестве с вашими пациентами.

Рабочий лист пациента

СОСТАВЛЕНИЕ СПИСКА ТЕМ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ



Для того, чтобы ваш сеанс был ориентирован на достижение цели, составьте список тем, о которых вы хотите сегодня поговорить. Чтобы внести ясность относительно того, на чем вы хотите сосредоточиться во время сеанса, убедитесь в четкости и конкретности этих пунктов.

Например, вместо "Поговорить о моей второй половинке" более конкретным пунктом в списке тем может быть: "Выяснить, в моих ли интересах продолжать мои романтические отношения". Затем вместе с психотерапевтом определите приоритетность каждого пункта в списке тем для обсуждения, чтобы определить, с какими вопросами вы хотите разобраться во время сеанса в первую очередь.

Наконец, решите с психотерапевтом, сколько времени вы хотите потратить на каждый пункт. Помните, что каждый сеанс длится ограниченное количество времени, поэтому подумайте о том, что для вас наиболее важно сегодня.

Пункт списка тем	Приоритетность	Отведенное время
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Середина сеанса

После того, как темы для обсуждения определены, начинается середина сеанса терапии, во время которой и происходит вся работа. Середина сеанса — это время, во время которого вы выясняете предмет обсуждения по каждому пункту повестки дня и обсуждаете его. Другими словами, для каждого пункта повестки дня, который перечислил пациент, определите, что является причиной рассматриваемой проблемы. Узнайте подробности о трудностях и проблемах, с которыми сталкиваются пациенты по каждому пункту повестки дня. Помогите пациентам определить, что им мешает. В частности, уточните, у пациента, является ли причиной его трудностей его склад мышления, его поведение, или и то, и другое. В следующей таблице приведены примеры двух проблем, которые пациент определил, как пункты повестки дня, а также сопутствующие компоненты “что” (например, мысли и поведение), которые вызывают эти трудности.

Определите “что” для каждого пункта в повестке дня

Пункт повестки дня	Что является препятствием? Мысли, поведение, или и то, и другое?
1. Не может управиться с делами	Мысли: “Я всегда думаю, что я просто сделаю это позже”. Поведение: Прокрастинация (смотрит телевизор, просматривает социальные сети)
2. Получает критику от мамы	Мысли: “Маме следует просто заткнуться”. Поведение: Ссорится с мамой, оскорбляет ее, ворчит и игнорирует ее желания

После того, как вы определили “что” для каждого пункта повестки дня, переходите к обсуждению “как” по каждому пункту. Другими словами, подумайте, как пациенты могут решить эту конкретную проблему. В рамках этого процесса вы можете помочь пациентам определить точность или полезность их мыслей и поведения, а также то, как они могут изменить любые неадекватные по своей природе мысли или поведение.

Помните, что все психологические проблемы связаны с проблемами мышления, поэтому когнитивная реструктуризация может помочь

пациентам оценить свои мыслительные процессы. Используйте наводящие вопросы, чтобы помочь пациентам изменить их искаженные или бесполезные мысли, так чтобы они могли воспринимать ситуации менее предвзятым и более полезным образом. К некоторым из способов реструктуризации мыслей относятся журналы мыслей, круговые диаграммы, анализ преимуществ и недостатков, взгляд на вещи глазами другого человека, изучение альтернативных точек зрения, рассмотрение континуумов, классификация искажений мышления и изучение доказательств.

Чтобы решить проблему неэффективного поведения ваших пациентов, рассмотрите возможность использования стратегий КПТ, которые ориентированы на проблемное поведение. К ним относятся техники на основе воздействия, проведение экспериментов для проверки гипотез, сбор поведенческих данных, ролевая игра или поведенческая активация — и это лишь некоторые из них. Общая цель состоит в том, чтобы определить конкретные навыки, которые пациенты могут использовать для преодоления любого неадаптивного мышления или моделей поведения, усугубляющих их трудности.

Определите “как” для каждого пункта в повестке дня

Пункт повестки дня	Какие конкретные навыки может использовать пациент, чтобы решить эту проблему?
1. Не может управиться с делами	Мысли: Замените пораженческое мышление мотивационным мышлением. Поведение: Поставьте цель, разработайте план, не поддавайтесь отвлекающим факторам и следуйте плану.
2. Получает критику от мамы	Мысли: Замените слово “следует” пожеланием (например, “Я бы хотел, чтобы...”, “Было бы неплохо, если бы...” и т. д.) Поведение: Практикуйте решительность, выражая свои чувства и сообщая маме, какие ее действия вас расстраивают. Вместо того чтобы игнорировать пожелания мамы, подумайте о компромиссе

Выводы

На протяжении всего сеанса обобщайте то, чему научился пациент. Краткое, периодическое обобщение после каждого пункта из списка тем, а также общий вывод после того, как список тем для обсуждения составлен, имеют решающее значение для эффективного лечения, поскольку таким образом происходит подкрепление изученного в ходе сеанса материала. Кроме того, вы хотите, чтобы пациенты научились своими словами резюмировать то, что они узнали, чтобы убедиться, что они извлекли какую-то пользу из этого опыта.

Получите от пациента краткое резюме, задав ему вопрос: “Чем вам был полезен этот разговор?” или “Что вы поняли из нашего разговора?” Очень важно, чтобы вывод был сделан на основе содержания, а не процесса. Это должно быть не “Сегодня мы говорили о вашем муже”, а “Что вы узнали, говоря о своем муже?” В идеале, пациенты должны сделать этот вывод своими словами и без вашей помощи. Однако если они не могут этого сделать, второй вариант — помочь пациентам сделать вывод. Например, вы можете сказать: “Мы говорили о том, что ваш муж не демонстрирует вам свою заботу так, как вам бы хотелось, а делает это так, как он *считает нужным*”. В крайнем случае, вы также можете прямо сказать пациентам, что они должны были извлечь из вашего разговора (например, “Помните, мы пришли к выводу, что ваш муж заботится о вас, но не так, как вы этого хотите”).

Чтобы помочь пациентам запомнить и пересказать то, что они узнали, попросите их записать эти выводы в письменной, электронной или устной форме. Например, пациенты могут записывать эти выводы в блокнот, в небольшую учетную карточку или на листе бумаги, могут отправить себе текстовое сообщение, сделать заметку в своем телефоне или оставить себе голосовое сообщение.

Суммируйте основные положения каждого пункта повестки дня

Пункт повестки дня	Основное положение?
1. Не может управиться с делами	<p>Психотерапевт: “Назовите ключевые моменты нашего разговора”</p> <p>Пациент: “Мои мысли мешают мне действовать. Важно заменить мысли, мешающие достижению цели, на мысли, ориентированные на ее достижение, и использовать их, чтобы заставить себя действовать. Я чувствую себя лучше, когда делаю то, что мне нужно, следуя своему плану”.</p>
2. Получает критику от мамы	<p>Психотерапевт: “Назовите ключевые моменты нашего разговора”</p> <p>Пациент: “Когда я спокойно и уверенно выражаю маме свои эмоции, дела идут намного лучше, и я чувствую себя менее злым. Компромисс помог мне получить то, чего я хочу, и сделать маму счастливой”.</p>

Домашняя работа

Чтобы пациенты полностью усвоили то, что они узнали во время сеанса, они должны применять полученную информацию на практике между сеансами. По этой причине домашнее задание является такой важной частью КПТ. Домашнее задание помогает понять, насколько пациенты вовлечены в процесс изменений, поэтому считается, что точное выполнение домашнего задания позволяет улучшить прогноз лечения. Когда пациенты выполняют домашнее задание, это свидетельствует о том, что они приняли модель лечения и работают над повышением уверенности в собственных силах. Выполнение домашнего задания расширяет и усиливает терапевтический контакт, заставляя их применять принципы, которые они освоили на сеансе, в реальной жизни. Также это дает возможность собирать данные, проводить эксперименты и повторять новые точки зрения, о которых они узнали во время сеанса. Другими словами, домашнее задание

дает пациентам возможность применить абстрактные концепции на практике и часто обеспечивает их необходимыми поведенческими данными, без которых когнитивные изменения невозможны. Самое главное, что домашняя работа также помогает предотвратить рецидив, потому что после завершения терапии *все* становится домашней работой.

Домашнее задание никогда не должно иметь общего характера; оно должно органично проиразтать из потребностей каждого пациента. Поэтому обязательно вовлекайте пациента в процесс формирования домашнего задания. Таким образом, вы гарантируете, что домашнее задание будет адаптировано конкретно под этого пациента, а это значительно повышает вероятность его выполнения. Убедитесь, что вы четко объяснили смысл домашнего задания, чтобы пациенты понимали, почему они должны его выполнить. Это особенно важно в случае зависимых пациентов, которые ищут одобрения психотерапевта и часто слепо выполняют домашнее задание, не понимая его смысла, что значительно уменьшает его пользу. Точно так же, более автономные пациенты захотят играть более активную роль в выборе домашнего задания, поэтому, предоставив им обоснование, вы повысите качество их выбора.

Кроме того, вы можете улучшить выполнение домашних заданий, предоставив пациентам подробные инструкции о характере домашнего задания (например, место, время, частота, продолжительность). Также попросите пациентов приступить к выполнению задания сразу же, как только они покинут ваш кабинет. Чтобы помочь пациентам рассмотреть такую возможность, вы можете задать им следующие вопросы: “Что вы планируете делать, когда выйдете отсюда?” или “Как вы думаете, если вы выполните задание, о котором мы только что договорились, прямо сейчас, будет ли это иметь какие-то преимущества?” Не менее важен вопрос: “Насколько вероятно, что вы выполните домашнее задание?” Вы хотите, чтобы пациенты уходили из вашего кабинета с уверенностью, что они его сделают. Если пациенты отвечают: “Я попробую” или “50 на 50”, подумайте, возможно вам стоит изменить домашнее задание или выяснить, какие у пациента могут возникнуть препятствия при его выполнении. В этих случаях вы также можете начать выполнять домашнее задание во время сеанса. Например, если вы задали пациенту заполнить определенное

заявление (например, для школы, по работе, связанное с жильем), но пациент откладывает это, то процесс заполнения заявления можно начать в офисе.

Установите непосредственную связь домашней работы с проблемой

Пункт повестки дня	Домашняя работа
1. Не может управляться с делами	<ul style="list-style-type: none"> • Просмотреть все причины, по которым я должен следовать своему плану (например, я обрету чувство выполненного долга; это может повысить мою самооценку, особенно если я занесу себе в актив любую сделанную мной работу; это снизит давление и стресс; я получу больше удовольствия, потому что не буду сосредоточиваться на том, что еще не сделал). • В соответствии с моим планом я собираюсь проводить каждый день с 17 до 19 часов, занимаясь конкретными вещами, которые я откладывал на потом. • Заменить любые пораженческие мысли (например, “Я сделаю это позже”) мотивационными мыслями (например, “Откладывая дела, я чувствую себя хуже и упускаю возможность развлечься” или “Если я буду ждать, тогда это может никогда не случиться”).
2. Получает критику от мамы	<ul style="list-style-type: none"> • Практиковаться в ассертивном общении с мамой, прямо говоря ей, что я чувствую, чего я хочу и желаю или что предпочитаю. Быть готовым к компромиссу.

Иногда выполнению домашнего задания мешают реальные препятствия, и когда это происходит, психотерапевт должен помочь пациенту решить проблему и устраниить эти препятствия. Однако чаще

всего препятствия возникают из-за психологических трудностей, отсутствия поддержки, непонимания задания или безнадежности. Как бы то ни было, если домашнее задание не выполняется с первого раза, вполне оправданным будет обсудить эти препятствия. Если конкретное задание не является важным компонентом выздоровления пациентов, наиболее практичным решением будет изменить его. Если конкретное задание имеет решающее значение (например, если это экспозиция), вы можете попробовать найти способ сначала выполнить задание вместе с пациентом. Кроме того, вы можете попросить пациента обратиться за помощью к другу или члену семьи, который может помочь с экспозицией, а также вы можете напомнить пациенту о целях лечения, которые были определены в начале терапии, и обсудить, почему выполнение назначений имеет решающее значение для достижения этих целей.

Конец сеанса

Конец занятия — это подведение итогов. Клиницисты часто думают, что это подходящее время для обсуждения домашнего задания, но такое обсуждение должно следовать за каждой проблемой в повестке дня после того, как она была решена. Скорее, конец занятия — это возможность получить обратную связь, повторить ключевые моменты обучения, подвести итоги и пересмотреть запланированное домашнее задание. Попросите пациентов дать вам обратную связь, чтобы убедиться, что вы не задеваете их чувства, не подавляете и не делаете их несчастными. Будьте внимательны, когда пациенты спонтанно предоставляют вам обратную связь, так как если вы попросите о ней после того, как они уже ее предоставили, вы дадите им понять, что не обращаете на них внимания и не слушаете их.

Кроме того, если пациенты дают вам положительную обратную связь, заявляя, что сеанс был для них полезным, спросите: “Что сделало его полезным?” Если они скажут вам, что сеанс помог им обсудить свои проблемы и что вы единственный человек, которому они когда-либо об этом говорили, то это свидетельствует о тесных терапевтических отношениях. Однако положительная обратная связь не обязательно означает, что пациенты приобрели способность справляться со стрессом, связанным с выявленными ими проблемами,

или ощутили его снижение. При вмешательстве пациенты, в идеале, должны иметь возможность сформулировать, что конкретно из того, что они узнали, поможет им лучше функционировать в предстоящую неделю. Часто психотерапевту необходимо подвести пациентов к этому пониманию и, при необходимости, даже разложить им все по поглочкам. Подведение итогов содержанию обучения демонстрирует, что вмешательство имело место.

Чтобы вам было проще внедрить базовую структуру сеанса КПТ в свою практику, на следующих двух страницах мы приводим пример терапевтической заметки, которую вы можете использовать для подведения итогов своих сеансов с пациентами.

Рабочий лист клинициста

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЗАМЕТКИ



Пациент: _____

Дата: _____

Сеанс №: _____

Длительность сеанса: _____

Проверка настроения: _____

Проверка приема препаратов: _____

Выполнение домашней работы: _____

Пункт 1 повестки дня: _____

Ключевые мысли и поведение ("что"): _____

Навыки, которые необходимо изменить или создать ("как"): _____

Краткое резюме/вынесенный урок: _____

Соответствующая домашняя работа: _____

Пункт 2 повестки дня: _____

Ключевые мысли и поведение ("что"): _____

Навыки, которые необходимо изменить или создать ("как"): _____

Краткое резюме/вынесенный урок: _____

Соответствующая домашняя работа: _____

Общее резюме по основным вопросам:

Обратная связь о сеансе: _____

Домашняя работа: _____

Работа для будущих сеансов: _____

Дата следующего посещения: _____

САМООЦЕНКА

Шкала когнитивной терапии, также известная как оценочная шкала когнитивной терапии (ОШКТ), — это хороший способ для психотерапевтов оценить свою клиническую компетентность в проведении КПТ (Young & Beck, 1988). Она позволяет оценить, в какой степени психотерапевты придерживаются модели КПТ, а также их квалификацию в области КПТ. Следовательно, эта шкала считается мерой, которая оценивает как правильность, так и компетентность.

ОШКТ состоит из 11 пунктов, которые измеряют правильность и компетентность в различных областях. В частности, она измеряет способность психотерапевтов (1) совместно с пациентом устанавливать повестку дня и следовать ей, (2) получать обратную связь и выводы на протяжении сеанса и в конце сеанса, (3) понимать пациента через призму когнитивной модели, (4) устанавливать межличностную эффективность и взаимопонимание, (5) демонстрировать сотрудничество на всем протяжении терапии, (6) эффективно определять темп работы, (7) использовать основные принципы направляемых открытий, (8) определять и рассматривать ключевые когниции и поведенческие проявления, (9) сформулировать и представить последовательную и многообещающую стратегию изменений в рамках КПТ, (10) применять методы разумным образом и (11) определять и обсуждать соответствующую домашнюю работу.

Вы можете использовать ОШКТ, представленную на следующих страницах, для оценки ваших собственных профессиональных навыков КПТ. Оценка 40 или выше указывает на клиническую компетентность в КПТ (Young & Beck, 1988). Хотя образцы работ, как правило, оцениваются независимым, объективным и обученным экспертом, вы можете оценить собственный образец работы, используя в качестве ориентира точки привязки на шкале. При использовании в супервизии супервизоры могут оценивать применение КПТ психотерапевтом во время сеанса и проходить вместе с психотерапевтом каждую из подшкал, чтобы улучшить его навыки КПТ. Со временем супервизор может обучить психотерапевта использованию ОШКТ, и супервизор и психотерапевт могут оценивать один и тот же сеанс и совместно просматривать его, чтобы улучшить следование когнитивной модели и повысить уровень знаний в сфере КПТ. Психотерапевты также могут просмотреть шкалу и прилагаемое к ней руководство и продолжить оценивать сеансы самостоятельно, или же группа может оценить сеанс волонтера, чтобы повысить межэкспертную надежность в конкретной организации. Шкала и прилагаемое к ней руководство по ОШКТ (Young & Beck, 1980) также доступны на английском языке на веб-сайте Академии когнитивной терапии: www.academyofct.org

Рабочий лист самооценки супервизора/клинициста

ШКАЛА КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ



Психотерапевт: _____ Пациент: _____ Дата сеанса: _____

Указания. Каждый раз оценивайте психотерапевта по шкале от 0 до 6 и запишите оценку в строке рядом с номером пункта. Для четных пунктов шкалы дано описание. Если вы считаете, что психотерапевт попадает между двумя характеристиками, выберите промежуточное нечетное число (1, 3, 5). Например, если психотерапевт составил очень хороший список тем для обсуждения, но не установил приоритеты, поставьте ему оценку 5, а не 4 или 6.

Если описания какого-то пункта иногда кажутся неприменимыми к сеансу, который вы оцениваете, не стесняйтесь игнорировать их и используйте более общую шкалу ниже:

0	1	2	3	4	5	6
Плохо	Едва	Посред- ственно	Удовлетво- рительно	Хорошо	Очень хорошо	Велико- лепно

Пожалуйста, не оставляйте поля пустыми. Сосредоточьтесь на навыках психотерапевта по всем пунктам, принимая во внимание, насколько сложным кажется пациент.

ЧАСТЬ I. ОБЩИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Список тем для обсуждения

- 0 Психотерапевт не создал список тем для обсуждения.
- 2 Созданный психотерапевтом список тем был расплывчатым или неполным.
- 4 Психотерапевт поработал с пациентом, чтобы создать взаимоприемлемый список тем для обсуждения, который включал конкретные целевые проблемы (например, тревога на работе, неудовлетворенность браком).
- 6 Психотерапевт поработал с пациентом, чтобы составить соответствующий список тем для обсуждения с целевыми проблемами, подходящий для отведенного времени. Установил приоритеты, а затем следовал составленному плану.

2. Обратная связь

- 0 Психотерапевт не запросил у пациента обратной связи, чтобы определить, как пациент понял сеанс или отреагировал на него.
- 2 Психотерапевт получил от пациента некоторую обратную связь, но не задал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понял ход рассуждений терапевта во время сеанса, или чтобы удостовериться, что пациент удовлетворен сеансом.
- 4 Психотерапевт задавал достаточно вопросов, чтобы убедиться, что пациент понимает ход рассуждений терапевта на протяжении всего сеанса, и определить реакцию пациента на сеанс. При необходимости терапевт скорректировал свое поведение в ответ на обратную связь.
- 6 Психотерапевт проявил особое мастерство в получении вербальной и невербальной обратной связи в течение сеанса (например, добился реакции на сеанс, регулярно проверял понимание пациента, помогал обобщить основные положения в конце сеанса) и отреагировал на нее.

3. Понимание

- 0 Психотерапевт неоднократно не понимал, что конкретно сказал пациент, и поэтому упускал суть. Плохие эмпатические навыки.
- 2 Психотерапевт обычно мог отрефлексировать или перефразировать то, что явно сказал пациент, но неоднократно не реагировал на менее очевидные сообщения. Ограниченная способность слушать и сопереживать.
- 4 В основном, психотерапевт улавливает внутреннюю реальность пациента, которая отражается как в том, что пациент сказал прямо, так и в том, что он сообщил не столь явным образом. Хорошее умение слушать и сопереживать.
- 6 Психотерапевт досконально понимал внутреннюю реальность пациента и умел передать это понимание посредством соответствующих вербальных и невербальных ответов пациенту (например, тон ответа психотерапевта передавал сочувственное понимание сообщения пациента). Отличные навыки слушания и сочувствия.

4. Межличностная эффективность

- 0 У психотерапевта были плохие навыки межличностного общения. Он казался враждебным, оскорбительным или каким-то другим образом деструктивным для пациента.
- 2 Психотерапевт не выглядел деструктивным, но у него были серьезные межличностные проблемы. Иногда терапевт казался излишне нетерпеливым, отстраненным, неискренним или не внушал доверия и казался некомпетентным.
- 4 Психотерапевт проявил удовлетворительную теплоту, заботу, уверенность, искренность и профессионализм. Никаких существенных межличностных проблем.
- 6 На этом сеансе психотерапевт продемонстрировал оптимальный уровень теплоты, заботы, уверенности, искренности и профессионализма, подходящий для конкретного пациента.

5. Сотрудничество

- 0 Психотерапевт не пытался наладить сотрудничество с пациентом.
- 2 Психотерапевт пытался сотрудничать с пациентом, но ему было трудно либо определить проблему, которую пациент считал важной, либо установить с ним взаимопонимание.
4. Психотерапевт смог сотрудничать с пациентом, сосредоточиться на проблеме, которую и пациент, и психотерапевт считали важной, и установил взаимопонимание с пациентом.
- 6 Сотрудничество оказалось отличным; психотерапевт поощрял пациента в максимально возможной степени играть активную роль во время сеанса (например, предлагая варианты выбора), чтобы они могли действовать как команда.

6. Определение темпа и эффективное использование времени

- 0 Психотерапевт не пытался структурировать время терапии. Сеанс оказался бесцельным.
- 2 Сеанс имел определенное направление, но у психотерапевта были значительные проблемы со структурированием или темпом (например, слишком плохая организованность, отсутствие гибкости в отношении структуры, слишком медленный темп, слишком быстрый темп).
- 4 Психотерапевт достаточно успешно использовал время и постоянно контролировал ход обсуждения и темп.
- 6 Психотерапевт эффективно использовал время, тактично ограничивая периферийные и непродуктивные обсуждения и проводя сеанс настолько быстро, насколько это было приемлемо для пациента.

ЧАСТЬ II. КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, СТРАТЕГИЯ И ТЕХНИКА

7. Направляемое открытие

- 0 Психотерапевт полагался, в первую очередь, на убеждение, уговаривание или морализаторство. Казалось, что он подвергает пациента перекрестному допросу, заставляя его защищаться или навязывая ему свою точку зрения.
- 2 Психотерапевт слишком сильно полагался на убеждение и уговаривание, а не на направляемое открытие. Однако стиль психотерапевта был достаточно благоприятным, чтобы пациент не чувствовал себя атакованным и у него не возникало желания защищаться.
- 4 По большей части, психотерапевт помогал пациенту увидеть новые перспективы посредством направляемого открытия (например, изучения доказательств, рассмотрения альтернатив, взвешивания преимуществ и недостатков), а не путем обсуждения. Задавал правильные вопросы.
- 6 Психотерапевт особенно хорошо использовал направляемое открытие во время сеанса, чтобы исследовать проблемы и помочь пациенту сделать собственные выводы. Достигнут отличный баланс между умелым опросом и другими способами вмешательства.

8. Фокус на ключевых когнициях или поведенческих проявлениях

- 0 Психотерапевт не пытался вызвать определенные мысли, предположения, образы, смыслы или поведение.
- 2 Психотерапевт использовал соответствующие техники для выявления когниций или поведенческих проявлений, однако ему было трудно сосредоточиться *или* он фокусировался на когнициях или поведенческих проявлениях, которые не имели отношения к ключевым проблемам пациента.
- 4 Психотерапевт сосредоточился на определенных когнициях или поведенческих проявлениях, относящихся к целевой проблеме. Однако он мог бы сосредоточиться на более важных когнициях или поведенческих проявлениях, которые обещали больше прогресса.
- 6 Психотерапевт умело сосредотачивался на ключевых мыслях, предположениях, поведении и т. д., которые имели наибольшее отношение к проблемной области и предлагали значительные перспективы для прогресса.

9. Стратегия изменения (Примечание: в этом пункте сосредоточьтесь на качестве самой стратегии, а не на том, насколько эффективно эта стратегия была реализована или действительно ли произошло изменение)

- 0 Психотерапевт не использовал когнитивно-поведенческие техники.
- 2 Психотерапевт выбрал когнитивно-поведенческие техники, однако общая стратегия внесения изменений казалась расплывчатой, либо малообещающей в плане помочи пациенту.
- 4 В целом, у психотерапевта была последовательная стратегия изменений, которая показывала разумные перспективы и включала когнитивно-поведенческие методы.
- 6 Психотерапевт придерживался последовательной стратегии изменений, которая казалась многообещающей и включала наиболее подходящие когнитивно-поведенческие техники.

10. Применение когнитивно-поведенческих техник (Примечание: в этом пункте сосредоточьтесь на том, насколько умело применялись методы, а не на том, насколько они подходят для целевой проблемы или действительно ли произошло изменение)

- 0 Психотерапевт не применял никаких когнитивно-поведенческих методов.
- 2 Психотерапевт использовал когнитивно-поведенческие методы, но в том, как они применялись, были *существенные недостатки*.
- 4 Психотерапевт применял когнитивно-поведенческие методы со *средним уровнем мастерства*.
- 6 Психотерапевт умело и находчиво использовал когнитивно-поведенческие методы.

11. Домашнее задание

- 0 Психотерапевт не пытался составить домашнее задание, имеющее отношение к когнитивной терапии.
- 2 Психотерапевт столкнулся со значительными трудностями с домашним заданием (например, он не пересматривал предыдущие домашние задания, не объяснял их достаточно подробно, давал неподходящие домашние задания)
- 4 Психотерапевт проанализировал предыдущие домашние задания и назначил "стандартное" домашнее задание в рамках когнитивной терапии, которое имеет отношение к вопросам, обсуждаемым на сеансе. Домашнее задание было объяснено достаточно подробно.
- 6 Психотерапевт проанализировал предыдущие домашние задания и тщательно назначил домашние задания в рамках когнитивной терапии на предстоящую неделю. Задание было индивидуальным, нацеленным на то, чтобы помочь пациенту взять на вооружение новые точки зрения, проверить гипотезы, поэкспериментировать с новым поведением, обсуждаемым во время сеанса, и т.д.

Всего _____

4

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: ИНСТРУКЦИЯ

Описание клинического случая — это исчерпывающий способ понять ваших пациентов, их диагноз и их трудности. В соответствии с форматом, используемым Академией когнитивной терапии, описание клинического случая состоит из четырех разделов: анамнез, формулировка случая, план лечения и курс лечения. В разделе **анамнеза** представлен общий обзор истории пациента, включая информацию об основной жалобе, историю настоящего заболевания, прошлый психиатрический, личный, социальный и медицинский анамнез, текущее психическое состояние и применимые диагнозы. Чтобы диагноз пациента стал предрешенным, он должен получить поддержку в каждом разделе анамнеза.

За анамнезом следует **формулировка случая**, обеспечивая когнитивную концептуализацию пациента. Этот раздел включает информацию о любых значимых событиях, которые могли спровоцировать текущее расстройство, поперечный срез текущих когниций и поведенческих проявлений (например, автоматические мысли, эмоции, поведение), продольный срез когниций и поведенческих проявлений (например, ключевые убеждения, лежащие в основе предположения), данные о сильных сторонах и ресурсах пациента, а также рабочую гипотезу, которая связывает концептуализацию лечения с вмешательством. Прежде чем заполнить разделы поперечного и продольного среза формулировки случая, необходимо сначала завершить концептуализацию сомнений (см. главу 2), чтобы получить информацию, необходимую для понимания когнитивных и поведенческих функций пациента.

План лечения и курс лечения представляют собой два последних раздела описания случая. Раздел с планом лечения содержит список

проблем пациента, цели лечения и план лечения. Очень важно, чтобы у клинициста был раздел с четко определенным планом лечения, так как это облегчает ему задачу с назначением терапии и увеличивает вероятность того, что эта терапия будет эффективной. Наконец, в разделе курса лечения рассматриваются проблемы, возникающие на протяжении всего курса КПТ. В частности, этот раздел содержит информацию о характере и качестве терапевтических отношений, об основных используемых вмешательствах когнитивно-поведенческой терапии (наряду с обоснованием использования этих стратегий на основе концептуализации пациента), о любых возникших трудностях, о том, как эти трудности были поняты и решены на основе концептуализации пациента, а также о результате или прогрессе лечения на сегодняшний день.

Как и ОШКТ, описание случая является эффективным инструментом для повышения квалификации в области КПТ, поскольку четкое описание требует хорошего понимания пациентов и их проблем, а также всеобъемлющего плана действий. Чтобы разработать эффективную формулировку случая и план лечения, терапевты должны понимать основные принципы когнитивной модели и применять их к отдельным случаям с учетом конкретных диагнозов. По этой причине Академия когнитивной терапии разработала лист оценки описания случая для оценки клинической компетентности в КПТ. Эта рейтинговая шкала оценивает соблюдение определенных элементов концептуализации случая. Каждый пункт в ней оценивается как “отсутствующий”, “присутствующий, но не соответствующий требованиям” или “присутствующий и соответствующий требованиям”. Оценка 20 из 24 возможных свидетельствует о строгом соблюдении. Копию листа для оценки концептуализации случая можно скачать на веб-странице Академии когнитивной терапии. Вы также можете найти подробную инструкцию по описанию случая на следующих страницах.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

● ● ● ● ● ●

I. Анамнез (предполагаемое количество слов: 750)

Общие инструкции: Анамнез должен содержать кратко суммированную наиболее важную базовую информацию, которую вы собрали при оценке этого пациента перед началом лечения. Будьте краткими в описании анамнеза.

A. Личные данные

Укажите вымышленное имя для защиты конфиденциальности пациента. Используйте это вымышленное имя во всей истории болезни и формулировке случая. Опишите возраст, пол, этническую принадлежность, семейное положение, жизненную ситуацию и род занятий пациента.

B. Основная жалоба

Запишите основную жалобу со слов пациента.

C. История текущего заболевания

Опишите текущее заболевание, включая эмоциональные, когнитивные, поведенческие и физиологические симптомы. Обратите внимание на факторы окружающей среды. Кратко рассмотрите методы лечения (если таковые имеются), которые были испробованы при данной болезни.

D. Прошлый психиатрический анамнез

Кратко опишите прошлый психиатрический анамнез, включая злоупотребление психоактивными веществами.

E. Личная и социальная история

Кратко опишите наиболее характерные черты личной и социальной истории. Включите наблюдения о формирующем опыте, травмах (если есть), структуре поддержки, интересах и употреблении психоактивных веществ.

F. Медицинский анамнез

Отметьте любые медицинские проблемы (например, эндокринные нарушения, болезни сердца, рак, хронические заболевания, хрони-

ческую боль), которые могут повлиять на психологическое функционирование или процесс лечения.

G. Наблюдения за психическим состоянием

Перечислите от трех до пяти наиболее ярко выраженных характеристик изучения психического состояния на момент начала лечения. Включите наблюдения за внешним видом и настроением. *Не описывайте полностью всю диагностику психического состояния.*

H. Диагнозы DSM-5®

Укажите диагнозы по ICD-10 или DSM-5

II. Формулировка случая (предполагаемое количество слов: 500)

Общие инструкции: Опишите основные особенности вашей формулировки случая, используя следующую схему.

A. Обостряющие факторы

Обостряющие факторы — это крупномасштабные события, которые могут сыграть значительную роль в провоцировании эпизода болезни. Типичный пример — депрессивный эпизод, спровоцированный множеством событий, включая отказ в продвижении по службе, смерть близкого друга и напряженную ситуацию в семье. В некоторых случаях (например, при биполярном расстройстве, рецидивирующей депрессии с сильными биологическими особенностями) явный психосоциальный обостряющий фактор может отсутствовать. Если определить психосоциальные обостряющие факторы невозможно, отметьте любые другие особенности истории пациента, которые могут помочь объяснить начало болезни.

Термин *активирующие ситуации*, используемый в следующей части формулировки случая, относится к менее масштабным событиям и ситуациям, которые стимулируют негативное настроение или дезадаптивные всплески когниций или поведенческих проявлений. Например, пациентка, находящаяся в депрессии после описанных ранее обостряющих событий, может испытывать ухудшение своего депрессивного настроения, когда она на работе, когда она с мужем, или когда она посещает занятия, которые она раньше посещала со своим умершим другом.

Какие *обостряющие факторы*, по вашему мнению, сыграли значительную роль в развитии симптомов и проблем пациента?

В. Поперечный срез текущих когниций и поведенческих проявлений

Поперечный срез формулировки случая включает наблюдения за преобладающими когнициями, эмоциями и поведением (и физиологическими реакциями, если уместно), которые пациент демонстрирует в настоящем (или демонстрировал до достижения существенных успехов в терапии). Как правило, поперечный срез больше фокусируется на поверхностных когнициях (например, автоматических мыслях), которые выявляются ранее в терапии, чем на лежащих в основе схемах, основных убеждениях или предположениях, которые являются центральным элементом продольного среза, описанного ниже.

Поперечный срез должен дать вам представление о том, как когнитивная модель применялась к этому пациенту на ранней стадии лечения. Составьте список из трех или менее текущих активирующих ситуаций или воспоминаний об активирующих ситуациях. Опишите типичные автоматические мысли, эмоции и поведение пациента (а также физиологические реакции, если уместно) в этих ситуациях.

С. Продольный срез когниций и поведенческих проявлений

Эта часть концептуализации случая фокусируется на продольном срезе когнитивного и поведенческого функционирования пациента. Продольный срез полностью развивается по мере терапии, когда психотерапевт раскрывает основные схемы (основные убеждения, правила, предположения) и устойчивые модели поведения (компенсаторные стратегии).

Каковы ключевые схемы пациента (основные убеждения, правила или предположения) и компенсирующие поведенческие стратегии? В случае если предклинический анамнез пациента не имеет значения (например, биполярный пациент без предыстории проблем с развитием, которые сыграли роль в возникновении дезадаптивных предположений или схем), укажите основные убеждения и дисфункциональные поведенческие модели, присутствующие только в течение текущего эпизода. Сообщите об антецедентах развития, имеющих отношение к происхождению или поддержанию схем и поведенческих стратегий пациента, или поддержите вашу гипотезу о том, что история развития пациента не имеет отношения к текущему расстройству.

D. Сильные стороны и возможности

Опишите в нескольких словах сильные стороны и возможности пациента (например, физическое здоровье, интеллект, социальные навыки, сеть поддержки, трудовая биография и т.д.).

E. Рабочая гипотеза (краткое изложение концептуализации)

Кратко опишите основные черты рабочей гипотезы, на основании которой вы проводите лечебные вмешательства. Свяжите свою рабочую гипотезу с когнитивной моделью расстройств(а) пациента.

III. План лечения (предполагаемое количество слов: 250)

Общие инструкции: Опишите основные особенности вашего плана лечения, используя следующую схему.

A. Список проблем

Перечислите все существенные проблемы, выявленные вами и вашим пациентом. Обычно проблемы выявляются в нескольких областях (например, психологические/психиатрические, межличностные, профессиональные, медицинские, финансовые, жилищные, юридические и досуговые). Списки проблем обычно содержат от двух до шести пунктов, иногда до восьми или девяти. Кратко опишите проблемы несколькими словами или, если они ранее подробно описывались в истории текущего заболевания, просто назовите проблему.

B. Цели лечения

Укажите цели лечения, которые были разработаны совместно с пациентом.

C. План лечения

Объединив эти цели, историю болезни и вашу рабочую гипотезу, кратко изложите свой план лечения для этого пациента.

IV. Курс лечения (предполагаемое количество слов: 500)

Общие инструкции: Опишите основные особенности курса лечения, используя следующую схему.

A. Терапевтические отношения

Подробно опишите характер и качество терапевтических отношений, любые проблемы, с которыми вы столкнулись, то, как вы концептуализировали эти проблемы и как вы их решили.

В. Вмешательства или процедуры

Опишите три основных метода когнитивной терапии, которые вы использовали, и объясните, как эти вмешательства связаны с целями лечения пациента и вашей рабочей гипотезой.

С. Препятствия

Приведите один пример того, как вы устранили препятствие на пути к терапии. Опишите свое представление о том, почему возникло препятствие, и отметьте, что вы с ним сделали. Если вы не столкнулись с какими-либо существенными препятствиями в этой терапии, опишите один пример того, как вы смогли с выгодой воспользоваться сильными сторонами пациента в процессе лечения.

Д. Результат

Кратко опишите результат лечения. Если лечение не было завершено, опишите прогресс на сегодняшний день.

ПРИМЕР ОПИСАНИЯ СЛУЧАЯ

На следующих страницах показано, как реализовать на практике описание случая. В качестве образца взято описание случая 28-летнего мужчины по имени Джордж. Как обсуждалось ранее, первый компонент описания случая включает заполнение модели концептуализации сомнений, чтобы понять, как история пациента повлияла на развитие ярлыка сомнения, руководящих принципов или предположений и неэффективных компенсаторных действий. Описание случая можно завершить только после того, как терапевт соединил эти части воедино. Таким образом, приведенный пример включает описание концептуализации сомнений Джорджа с последующим описанием его случая. После примера случая вы найдете пустой шаблон, который вы можете использовать, чтобы концептуализировать и сформулировать план лечения для ваших собственных пациентов.

Образец рабочего листа

МОДЕЛЬ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СОМНЕНИЯ: ДЖОРДЖ



Определяющий опыт

Осторожные и осмотрительные родители

Очень обеспокоенный отец, который все время волновался

Окружен заботой семьи

Ярлык сомнения

"Я уязвимый"

Руководящие принципы или предположения

Позитивные: "Если у меня нет физических ощущений, то со мной все в порядке".

"Если я буду с людьми, которые позаботятся обо мне, то со мной все будет в порядке".

"Если я буду избегать вещей, которые вызывают у меня беспокойство, то со мной все будет в порядке".

Отрицательные: "Если я испытываю физические ощущения, значит, я уязвим".

"Если я один, то со мной все будет плохо".

"Если я попаду в стрессовую ситуацию, я стану уязвимым".

Неэффективные компенсаторные действия

Избегание (например, избегает работы и социальных ситуаций, не желает раскрываться)

Постоянно проверяет свой пульс

Остается рядом с семьей, чтобы получать от них защиту

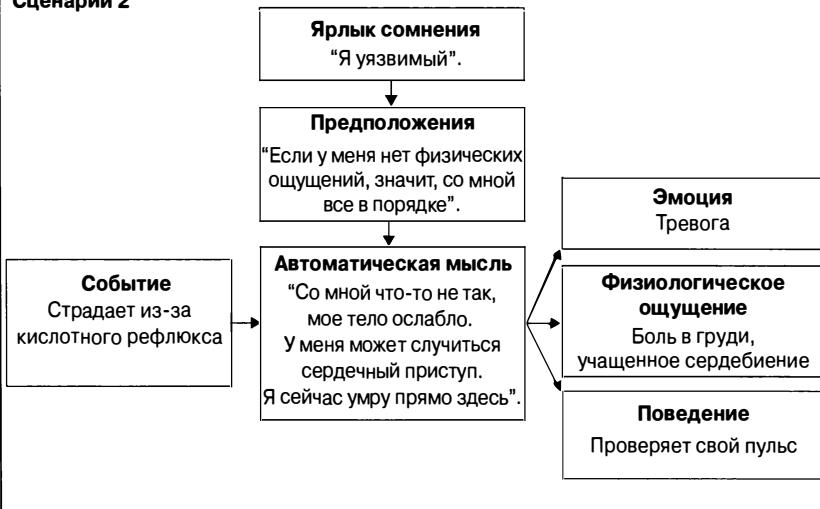
АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ В КОНКРЕТНЫХ СИТУАЦИЯХ: ДЖОРДЖ



Сценарий 1



Сценарий 2



Сценарий 3



Образец рабочего листа

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ: ДЖОРДЖ



Анамнез

Личные данные

Джордж — 28-летний одинокий темнокожий мужчина, который недавно окончил полицейскую академию и устроился на работу в полицию. Он живет дома с родителями и сестрой.

Основная жалоба

Джордж обратился за помощью после инцидента на службе, когда он ощутил ужасное жжение в горле, и подумал: "Что-то не так, что-то серьезно не так. Я напуган. Мне плохо. Дышать становится все труднее. Мое сердце бьется все сильнее и сильнее. Я не слышу, что говорит мой напарник. Я не могу говорить. Я здесь, но не здесь. Мне нужна помощь, но я не могу никого позвать. Меня тошнит и кружится голова. У меня сердечный приступ. Я не поеду в больницу, потому что мой напарник не знает, что происходит". Теперь он живет в страхе, что это ощущение повторится.

История текущего заболевания

Джордж сообщил, что его панические атаки начались шесть месяцев назад, когда он учился в полицейской академии. Его осмотрели в отделении неотложной помощи и отправили домой. После того, как результаты анализов показали хорошее физическое здоровье, ему сказали, что у него случилась паническая атака. Джордж сообщил об ухудшении симптомов два месяца назад — его реакция в ответ на то, что он чувствовал себя парализованным страхом при подготовке к работе. Он сообщил о полномасштабных панических атаках примерно два раза в месяц и приступах с ограниченными симптомами примерно два-три раза в неделю. Он решил записаться на прием к терапевту, когда понял, что практически не функционирует вне дома и ему нужно что-то с этим делать.

- Эмоциональные симптомы: испуг, тревога, беспокойство, грусть, раздражительность, дурное предчувствие.
- Когнитивные симптомы: считал, что с ним что-то не так ("У меня будет сердечный приступ, и я умру") и переживал из-за новых панических атак.

- Поведенческие симптомы: проверял пульс, проводил большую часть времени дома с семьей, в изоляции от друзей, ограничивал активность со своей девушкой, искал утешения и спал.
- Физиологические симптомы: учащенное сердцебиение, желудочно-кишечные расстройства, одышка, потливость ладоней, дрожь, сонливость, мурashki по коже, сухость во рту, слабость, чувство нереальности происходящего, тошнота, мышечное напряжение, покалывание в ногах, головокружение и головные боли.

Основными факторами стресса в жизни Джорджа были работа и его общественная жизнь. Из-за того, что его панические атаки нарушали его душевное равновесие, он держал их в секрете, о них знали только его ближайшие родственники. Из-за этого он чувствовал себя изолированным от своих коллег, друзей и девушки. Он сообщил, что его работа полицейским вызывает у него повышенную тревогу, поскольку это была мечта всей его жизни, которую он недавно осуществил.

Прошлый психиатрический анамнез

Джордж пошел к своему семейному врачу, который предложил ему несколько месяцев отпуска по болезни и прописал ему антидепрессант и "Ативан", который нужно было принимать по мере необходимости. Однако, Джордж не хотел принимать психотропные препараты. Джордж указал, что несколько месяцев назад он недолго проходил инсайт-ориентированную терапию для лечения своей паники, но не нашел ее полезной. Он также проходил курс психотерапии для лечения ночных кошмаров в возрасте 13 лет, и в настоящее время находится в полной ремиссии. У Джорджа в анамнезе не было психиатрических госпитализаций, попыток самоубийства или эмоционального, словесного, физического или сексуального насилия. Он не сообщал о курении, употреблении алкоголя или запрещенных наркотиков.

Личная и социальная история

Что касается соответствующих данных о детстве, Джордж был самым младшим из четырех детей. Он сообщил, что у него были близкие отношения с родителями и описал их как любящих, поддерживающих и заботливых. Он указал, что его отец был беспокойным человеком и переживал за его здоровье. Бабушки Джорджа по отцовской и материнской линии лечились от депрессии.

Джордж сообщил, что всегда хотел быть полицейским. Тем не менее, он указал, что он действительно тревожился о том, чтобы наконец осуществить мечту всей жизни — работать в полиции. Хотя он сказал, что у него есть друзья, у него ни с кем не было особо близких или доверительных отношений. Во время терапии у него начались новые отношения с женщиной.

История болезни

Джордж недавно обратился за лечением от хронического кислотного рефлюкса. Комплексное медицинское обследование при поступлении в полицейскую академию показало, что он находится в хорошей физической форме.

Проверка психического состояния

Джордж был полностью ориентирован и пребывал в тревожном настроении.

Диагноз по ICD-10

F40.01 Паническое расстройство

Формулировка случая

Обостряющие факторы

Обостряющим событием панического расстройства пациента могло быть его поступление в полицейскую академию. Он с детства мечтал стать полицейским.

Джордж сильно давил на себя, чтобы добиться успеха. Он также считал, что его тревога была сильнее его, и что его тело было физически повреждено. В результате активизировались убеждения, основанные на уязвимости и слабости. Это вызвало повышенное беспокойство и страх, что привело к паническим приступам. Попытки скрыть свои трудности от других также усиливали его тревогу. Вдобавок, повышенная самокритика и изоляция могли способствовать его дисфории.

Поперечный срез текущих когнций и поведенческих проявлений

Во время первоначальной оценки Джордж описал ситуацию, в которой он водил свою девушку в кино. Оплачивая билеты, он ощущал, как колотится его сердце, и почувствовал тошноту, головокружение, дрожь и слабость в ногах. Его автоматические мысли были: "Со мной что-то не так", "Я не справлюсь с этим" и "Я сейчас умру". Он испугался и сказал девушке, что они уходят из кинотеатра.

В другой ситуации Джордж начал испытывать повышенный дискомфорт из-за приступа кислотного рефлюкса на работе. Его автоматические мысли были: "Что-то не так", "Мое тело слабое", "У меня будет сердечный приступ" и "Я умру прямо здесь". По мере того как его беспокойство усиливалось, он обнаружил, что проверяет свой пульс с интервалом в несколько минут.

В третьей ситуации он сидел дома один и смотрел телевизор, когда ему стало тревожно, что вокруг никого нет. Его автоматические мысли были: "У меня может быть паническая атака", "Я могу потерять контроль", "Мои родители не смогут помочь", "Я безвольный" и "Я могу умереть". Он забеспокоился и позвал родителей, чтобы те подбодрили его.

Продольный срез текущих когнитивных и поведенческих проявлений

Джордж рос с осторожными и осмотрительными родителями. Его отец в особенности был склонен зацикливаться на возможных опасных последствиях различных действий и мероприятий и чувствовал неуверенность в своем здоровье. В результате Джордж разработал внутренние правила, основанные на этих сообщениях, которые транслировались в его семье, и, похоже, развил в себе ключевое убеждение (например, ярлык сомнения) в том, что он уязвим. Чтобы справиться с этой неуверенностью в себе, он разработал следующие положительные условные предположения: "Если у меня нет физических ощущений, то со мной все в порядке", "Если я буду с людьми, которые обо мне заботятся, тогда со мной все будет в порядке", и "Если я буду избегать вещей, которые вызывают у меня беспокойство, со мной все будет в порядке". Его негативные условные предположения приняли следующую форму: "Если я испытываю физические ощущения, значит, я уязвим", "Если я один, то со мной что-то случится" и "Если я попаду в стрессовую ситуацию, я буду уязвимым".

Чтобы попытаться сохранить свое основное убеждение "я уязвим", Джордж разработал компенсирующие стратегии избегания и нахождения вблизи источника безопасности. Он начал ограничивать свою деятельность, в том числе брал на работе отпуск, чтобы быть рядом с домом. Он сообщил, что изолировал себя от друзей и ограничил социальные планы со своей девушкой. Джордж проводил большую часть времени дома со своей семьей и избегал что-то делать без них. Он постоянно проверял свой пульс, чтобы убедиться, что с ним все в порядке. Он также часто дремал, чтобы избежать своих страхов.

Сильные стороны

Джордж был чрезвычайно мотивирован на лечение. Он активно сотрудничал в составлении плана действий, проявлял активное участие в сеансах и в разработке домашних заданий. Он также демонстрировал интеллект выше среднего и получал хорошую поддержку от членов семьи.

Рабочая гипотеза

По примеру своих осторожных родителей Джордж проявлял склонность переоценивать опасность и преуменьшать свою способность справляться с ситуацией. Внутренние ощущения вызывали страх и следующие за ним бо-

лее серьезные физиологические ощущения, такие как тахикардия, одышка, тошнота, дрожь и потливость. Внутренняя сосредоточенность на физических ощущениях делала их более интенсивными. Из-за его негативных условных предположений ему было сложно находиться в стрессовых ситуациях (например, на работе), и его неуверенность в своей уязвимости постоянно активировалась. Боясь худшего, он пугался и избегал любого симптома, что мешало его функционированию на работе и в общественной жизни.

План лечения

Список проблем

1. Панические атаки
2. Тревога ожидания
3. Избегание общения с коллегами и друзьями
4. Использование психотропных препаратов — Джордж заявил, что не хочет становиться зависимым от лекарств от своей тревоги.
5. Работа — возвращение после отпуска.

Цели лечения

1. Определить разницу между тревогой и паникой
2. Лучше справляться с тревогой, усиливая стратегии борьбы с ней
3. Прекращение панических атак
4. Прекращение принятия психотропных препаратов
5. Возвращение к работе

План лечения

Джорджа обучили когнитивной модели и влиянию его мыслей на его реакцию на ситуации. Используя свой личный опыт, он смог увидеть влияние когниций на свои эмоции, физические реакции и поведение. Затем он смог увидеть, как изменение его мышления влияет на его настроение, тело и поведение, и заменил свои автоматические мысли более рациональными альтернативными реакциями. Мы связали этот старый стиль мышления с когнитивной моделью тревоги и паники, чтобы помочь ему осознать свою склонность интерпретировать безопасные стимулы как угрожающие, опасные или губительные. План лечения также был нацелен на то, чтобы помочь Джорджу восстановить социальные связи с друзьями и коллегами и вернуться к работе.

Курс лечения

Терапевтические отношения

У нас сложились хорошие рабочие отношения. Джордж был чрезвычайно заинтересован в лечении, что помогло его ускорить.

Вмешательства/процедуры

1. Джордж был просвещен относительно когнитивной модели тревоги и панического цикла. После того, как Джордж создал рабочую модель своего опыта и своего расстройства, ему стало ясно, что стратегия лечения позволит ему получить необходимые инструменты для выздоровления.
2. Джорджа научили использовать соотношение риска/ресурсов для реалистичной оценки угроз и ресурсов, что уменьшило его тревогу и ощущение уязвимости.
3. Во время сеанса использовались упражнения на интероцептивную экспозицию, чтобы активировать автономную нервную систему организма. Целью было смоделировать паническую атаку, чтобы помочь Джорджу понять, что ее симптомы неприятны, но неопасны.

Препятствия

Одним из препятствий на пути лечения было нежелание Джорджа выполнить домашнее задание, которое заключалось в том, чтобы поставить себя в ситуацию, увеличивающую вероятность панической атаки. Мы рассмотрели преимущества и недостатки выполнения этого упражнения по сравнению с его невыполнением. Затем, основываясь на результатах обсужденных преимуществ, мы пришли к обоснованию необходимости выполнения домашнего задания, и Джордж выполнил экспозицию.

Результат

Джордж хорошо отреагировал на лечение, которое длилось шесть сеансов. По прекращению лечения он больше не боялся своих телесных ощущений и не избегал социальных ситуаций или своей работы.

ОПИСАНИЕ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ



I. Анамнез (предполагаемое количество слов: 750)

A. Личные данные:

B. Основная жалоба:

C. История текущей болезни:

Эмоциональные симптомы:

Когнитивные симптомы:

Поведенческие симптомы:

Физиологические симптомы:

Факторы стресса:

D. Психиатрическая история:

E. Личная и социальная история:

F. Медицинская история:

G. Проверка психического состояния:

H. Диагнозы по ICD-10 или DSM-5:

II. Формулировка случая: (предполагаемое количество слов: 500)

- А. Обостряющие факторы:
- В. Поперечный срез текущих когниций и поведенческих проявлений:
- С. Продольный срез текущих когниций и поведенческих проявлений:
- Д. Сильные стороны:
- Е. Рабочие гипотезы (краткий обзор концептуализации):

III. План лечения: (предполагаемое количество слов: 250)

- А. Список проблем:
- В. Цели лечения:
- С. План лечения:

IV. Курс лечения (предполагаемое количество слов: 500)

- А. Терапевтические отношения:
- В. Вмешательства/процедуры:
- С. Препятствия:
- Д. Результат:

5

ДЕПРЕССИЯ

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ И КЛЮЧЕВЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Пациенты с депрессией склонны к негативной предвзятости в мышлении, и эта предвзятость проявляется в трех основных сферах мышления. А именно, пациенты, страдающие депрессией, воспринимают в негативном ключе себя, будущее и окружающий мир (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1987). Например, они могут считать себя никемными, полагать, что лучше никогда не будет (будущее), и думать, что никому нет до них дела (окружающий мир). Эта триада негативных предубеждений связана с параличом воли, подавленным настроением, суициальными желаниями, повышенной зависимостью, избеганием и социальной изоляцией (Beck и др., 1987).

Такая когнитивная триада возникает независимо от происхождения депрессии и, что очень важно, поддается лечению независимо от происхождения. К ключевым компонентам лечения депрессии относят **когнитивную реструктуризацию**, которая включает выявление, оценку и трансформацию этих искаженных и преувеличных негативных автоматических мыслей в более реалистичные, позитивные и рациональные убеждения. Другой важный компонент лечения — это **поведенческая активация**. Поведенческое отстранение и бездействие при депрессии подпитывают негативные предубеждения и препятствуют выздоровлению. Таким образом, активизация пациента и восстановление его социальных связей часто становятся первым необходимым шагом в лечении депрессии и позволяют получить данные, необходимые для осуществления когнитивных изменений, наряду с улучшением настроения. В этой главе более подробно рассматриваются принципы когнитивной реструктуризации и поведенческой активации, а также обсуждается, как лучше всего оценить степень депрессивных симптомов у ваших пациентов, чтобы вы могли соответствующим образом структурировать и расставить приоритеты в лечении.

ОЦЕНКА

Шкала настроения

Шкала настроения — это полезный способ оценить тяжесть депрессивных симптомов. Многие легкодоступные опросники позволяют получить надежную и достоверную оценку настроения. К ним относятся шкала оценки депрессий Бека-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) и краткая шкала настроения Бернса (Burns, 1995). Однако в качестве альтернативы этим более формальным способам измерения настроения можно просто попросить пациента дать субъективную оценку своему настроению с помощью шкалы Ликерта. В зависимости от трудностей, с которыми сталкиваются пациенты, вы можете попросить их оценить уровень их раздражительности, возбуждения, разочарования, гнева, тревоги или безнадежности по шкале от 0 (совсем не выраженный) до 10 (ярко выраженный).

Измерения настроения служат нескольким целям. Во-первых, пациенты, страдающие депрессией, часто не замечают прогресса, которого они достигли, переходя от тяжелой депрессии к умеренной депрессии и к выздоровлению. Заполняя еженедельные шкалы настроения, пациенты получают объективный маркер, который позволяет им видеть свой прогресс по мере его развития. Во-вторых, еженедельное измерение настроения в начале сеанса дает возможность обсудить переменные, которые либо улучшили, либо ухудшили настроение пациента. В-третьих, использование показателей настроения на протяжении всего сеанса и в конце сеанса может предоставить данные об эффективности стратегии лечения. Например, предположим, что вы работаете с пациенткой, которая сообщает о плохом настроении, которое она оценивает в 2 балла, но затем после разговора о том, что растет в ее саду, ее настроение повышается до 4. Логически напрашивается вывод, что этой пациентке нужно выделить больше времени на садоводство, поскольку одна только мысль об этом положительно влияет на ее настроение. Точно так же при работе с пациентами из группы высокого риска сообщение о снижении настроения в конце сеанса служит индикатором необходимости немедленного вмешательства.

В-четвертых, оценка настроения может помочь определить, на чем стоит сосредоточиться во время сеанса. Например, если пациент сообщает, что у него плохое настроение, может возникнуть необходимость

расставить приоритеты и решить проблемы, связанные с этим плохим настроением. Признавался ли пациент в суицидальных или гомицидальных мыслях? Оказывает ли настроение существенное влияние на сон пациента? Сообщает ли пациент о резкой потере или наборе веса или о проблемах с приемом пищи (например, пациенты с диабетом игнорируют потребление сахара)? Влияет ли настроение на повседневное функционирование пациента, например, на гигиену или мобильность? Устранение суицидального или гомицидального риска всегда является высшим приоритетом, поскольку пациенты не могут поправиться, если они мертвы, госпитализированы с проблемами здоровья или заключены в тюрьму. Кроме того, неадекватное питание, плохая гигиена и недостаток сна также подвергают пациентов риску (например, анорексия может вызвать проблемы с сердцем, а недосыпание может привести к усталости, раздражительности и психозу). Оценивая настроение пациента, вы можете идентифицировать подобные проблемы, многие из которых вполне поддаются лечению с помощью КПТ, и определить их приоритетность. При проблемах, которые могут обернуться чем-то более серьезным, могут потребоваться вспомогательные медицинские услуги (например, фармакотерапия), а также консультация по этим услугам.

Чтобы получить оценку настроения, вы можете попросить пациентов измерять свое настроение еженедельно или ежедневно. Например, вы можете попросить пациентов оценить свое среднее настроение за последнюю неделю на основе того чувства, которое вы отслеживаете и оцениваете (например, депрессия, безнадежность, гнев, тревога). Примерная шкала Ликерта для этого типа оценки настроения может выглядеть следующим образом:

Отсутствует	Слабое	Умеренное	Сильное
0	1	2	3

В качестве альтернативы или в дополнение к этому еженедельному рейтингу настроения вы можете попросить пациентов вести ежедневный журнал своего общего настроения, используя такую шкалу Ликерта, как эта:

Плохое	Ниже среднего	Посредственное	Хорошее	Великолепное
0	1	2	3	4

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ АКТИВАЦИЯ

Первый шаг: поведенческая оценка

Первый шаг в процессе поведенческой активации — это определение степени поведенческой активности вашего пациента. Вам необходимо получить четкое представление о повседневной деятельности ваших пациентов, чтобы оценить их уровень функционирования. Для этого важно оценить уровень удовольствия, мастерства и социального взаимодействия, связанного с этой деятельностью. То есть вам необходимо определить, приносят ли эти занятия удовольствие, вызывают ли они чувство выполненного долга и задействованы ли в них другие люди. Эти три качества необходимы для благополучия и защиты от депрессии. В то же время, при несбалансированном графике пациенты проводят слишком много времени в одиночестве или чрезмерно сосредоточены на выполнении других обязанностей (например, своей работе, других людях), а не на себе. Когда это происходит, пациентам трудно находить радость в своей жизни и в ней начинает преобладать депрессия.

Имейте в виду, что у пациентов, страдающих депрессией, есть негативные искаженные воспоминания, и они часто неверно сообщают данные. Например, они могут сообщать, что ничего не делали (тогда как на самом деле они, возможно, выполнили несколько задач), или они могут сообщать об отсутствии изменений в своем настроении (тогда как на самом деле разные ситуации вызывают разные эмоции). Поэтому, чтобы получить более объективную оценку уровня активности вашего пациента, вы можете просмотреть, как выглядел его день до начала сеанса. Также вы можете помочь ему изучить уровень его активности за предыдущий день. Если пациент будет записывать свою активность в течение дня, он сможет сделать о ней более объективные выводы. В дальнейшем вы можете попросить пациентов давать оценку своему настроению в их графике повседневной деятельности. В конечном итоге эти проверки настроения будут соотноситься с различной приятной, умелой и социальной общественной активностью. Благодаря этому процессу пациенты учатся распознавать колебания своего настроения и определять действия или периоды времени, связанные с ухудшением и улучшением настроения.

Инструмент: график активности

График активности — это предпочтительный инструмент для получения поведенческой оценки активности вашего пациента. Составляя график активности, пациенты должны отслеживать свои действия в течение недели и записывать соответствующее настроение в это время. Так вы получите основные данные о том, что пациенты делают в течение дня и как эти действия влияют на их настроение. Таким образом, вы сможете определить, что влияет на улучшение их настроения — повышенная активность, ощущение контроля, удовольствие или социальные связи.

Лучший способ познакомить пациентов с этим инструментом — четко объяснить им, почему вы просите их предоставить эту информацию. Подчеркните, что график активности позволит вам увидеть, насколько они активны, и понять, что влияет на их настроение — конкретные действия или люди — чтобы задать направление терапии. Лучше всего начинать заполнять этот график во время сеанса и просить пациентов заполнять его каждый день с момента пробуждения до того момента, когда они ложатся спать, и повторять это каждый день до следующего посещения.

День 1 начинается, когда пациенты просыпаются утром в день сеанса. Таким образом, вы и пациент можете начать ретроспективно заполнять график вместе во время сеанса, чтобы описать, как прошел день пациента. В том, что вы начнете заполнять график во время сеанса, есть свои преимущества: так вам будет проще объяснить пациентам, какая именно информация от них нужна, и продемонстрировать, что выполнение этого упражнения им вполне по силам. Также у вас будет возможность оценить, какова вероятность того, что пациенты будут заполнять график активности самостоятельно.

Объясните пациентам, что они будут записывать то, что они делают в каждый час дня, и оценивать свое настроение в этот период времени по шкале от 0 до 10, где 0 означает худшее настроение, а 10 — лучшее настроение. На следующей странице содержится график активности, который вы можете использовать со своими пациентами. Этот рабочий лист можно заполнить один раз в качестве средства оценки базового уровня активности вашего пациента, или же его можно использовать повторно для самоконтроля и улучшения поведенческой активации.

Рабочий лист пациента

ГРАФИК АКТИВНОСТИ



В течение следующей недели записывайте, что вы делаете в каждый час дня и какое у вас настроение в это время. Используйте следующую шкалу оценок, чтобы описать свое настроение:

Плохое	Ниже среднего					Посредственное					Хорошее					Великолепное				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
6.00–7.00						
7.00–8.00						
8.00–9.00						
9.00–10.00						
10.00–11.00						
11.00–12.00						
12.00–13.00						
13.00–14.00						

Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
14.00–15.00						
15.00–16.00						
16.00–17.00						
17.00–18.00						
18.00–19.00						
19.00–20.00						
20.00–21.00						
21.00–22.00						
22.00–23.00						
23.00–24.00						
0.00–6.00						

График активности: обучение

После того, как пациенты заполнили график активности, необходимо продуктивно его использовать. Помните, что само по себе выполнение упражнения — это большое достижение, которое заслуживает признания и похвалы. Первое, о чем нужно спросить пациентов — это что они получили от выполнения упражнения и чему научились. Возможно, вам, как психотерапевту, придется направить их к дополнительным знаниям и помочь сделать выводы. Например, взглянув на часть следующего завершенного графика активности, какие выводы по пациенту вы могли бы сделать?

	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда
11.00– 12.00	Проснулась/ попила кофе Н = 2	Проснулась/съела полезный завтрак Н = 3	Проснулась/ поела фастфуд Н = 1	Проснулась/съела полезный завтрак Н = 3
12.00– 13.00	Сидела на кухне Н = 1	Сидела и ничего не делала Н = 2	Наполнила кормом кормушку для птиц Н = 3	Приняла душ/ оделась Н = 3
13.00– 14.00	Читала Н = 2	Читала Н = 2	Сидела на улице и читала Н = 3	Пошла в продуктовый магазин Н = 3
14.00– 15.00	Читала Н = 2	Попыталась вздремнуть Н = 1	Съела полезный обед Н = 3	Попыталась вздремнуть Н = 2
15.00– 16.00	Съела полезный обед Н = 1	Лежала в кровати Н = 1	Попыталась вздремнуть Н = 1	Лежала в кровати Н = 2
16.00– 17.00	Позвонила дочь, и мы поговорили по телефону Н = 4	Ела фастфуд Н = 1	Лежала в кровати Н = 1	Съела полезный ужин Н = 3
17.00– 18.00	Попыталась вздремнуть Н = 2	Вязала М = 3	Смотрела телевизор Н = 1	Пошла в клуб по ходьбе Н = 4
18.00– 19.00	Лежала в кровати Н = 1	Почистила коту лоток Н = 3	Вернулась в кровать Н = 1	Пошла на занятия спортом Н = 5

После изучения этого образца графика активности, обратите внимание на несколько интересных моментов, которые вы могли бы обсудить со своим пациентом:

- “Кажется, существуют занятия, которые связаны с вашим плохим настроением и даже с его ухудшением. Например, когда вы пытаетесь вздремнуть или лечь в постель, вы изолированы и одиноки, что ухудшает ваше самочувствие; то же самое происходит при употреблении нездоровой пищи или просмотре телевизора”.
- “С другой стороны, беседа с дочерью, прогулки и особенно занятия спортом вне дома с другими людьми существенно подняли ваше настроение”.
- “Что это говорит нам о целях, к достижению которых мы стремимся? Что явно в этом не помогает? Заниматься деятельностью, которая способствует улучшению вашего настроения — это именно то, над чем вы будете работать”.

Как только трудность становится очевидной — будь то бездействие, несбалансированный график, отсутствие социального взаимодействия или слишком много времени в постели — график активности становится инструментом мобилизации пациента для решения основной проблемы. В частности, он служит отправной точкой для намеренного планирования действий, которые пациенты могут постепенно включать в свой график. Составление расписания — это важный компонент лечения, поскольку многие пациенты с депрессией отошли от жизни, что привело к потере работы и межличностных связей и снижению ответственности (например, неспособность помочь с уходом за ребенком, приготовлением еды или покупками). Эта изоляция способствует бездействию и сохранению негативного взгляда пациентов на себя, на мир и на будущее. Когда у пациентов нет необходимости покидать свою кровать или дом, депрессия продолжает процветать.

Если помочь пациентам увидеть достоинства расписания, это поможет облегчить их действия. Первый шаг — определить причины, по которым имеет смысл следовать расписанию. Некоторые из возможных причин приведены ниже, но вы можете провести вместе со

своими пациентами мозговой штурм — возможно, им удастся самим определить какие-либо дополнительные причины, по которым это может быть им полезно:

1. График — это залог хорошего самочувствия; то, что пациенты следуют графику, уже само по себе считается достижением.
2. График — это способ победить безысходность и депрессию.
3. Когда пациенты что-то делают, их день становится лучше.
4. Когда пациенты что-то делают, у них возникает желание делать больше.
5. График не дает состоянию пациентов ухудшиться еще больше, и это плюс в их пользу.

После того, как вы помогли пациентам понять ценность расписания, второй шаг позволит им понять ключевые концепции, лежащие в основе принципов поведенческой активации. Помогая пациентам понять эти ключевые концепции, вы увеличиваете вероятность их успеха.

Ключевые концепции в поведенческой активации

Ключевая концепция 1: действие предшествует мотивации

Самая важная концепция поведенческой активации — *действие предшествует мотивации*. Пациенты с депрессией ошибочно полагают, что они не могут чем-то заняться, пока их самочувствие не улучшится, пока они не наберутся энергии или пока у них не возникнет мотивация или желание. Однако правда состоит в том, что ни один из этих факторов не препятствует действию. Отсутствие мотивации и энергии — это типичные признаки депрессии, но не препятствие к действию.

Если пациент сидит перед вами, значит, у вас есть данные, подтверждающие эту точку зрения. Маловероятно, что этот пациент захотел прийти на прием, потому что набрался в то утро энергии или внезапно почувствовал, что депрессия прошла. Тем не менее, он здесь, что уже является доказательством, противоречащим его убеждению в том, что для осуществления действий необходимы энергия, мотивация и позитивное настроение. Скорее, действия перед лицом

депрессии — это то, что влечет за собой энергию, мотивацию и позитивное настроение. Если пациенты будут постоянно себе об этом напоминать, это поможет им бороться с инертностью депрессии. Ниже приводится копинг-карточка, которую пациенты могут использовать, когда им нужно еще раз об этом себе напомнить.

Копинг-карточка

МЫСЛИ, ПРИЗЫВАЮЩИЕ К ДЕЙСТВИЮ

- Действие предшествует мотивации. Мне не нужно ждать, когда у меня появится настроение что-то сделать. Я просто делаю это.
- Я принимаю тот факт, что депрессия крадет мою мотивацию, поэтому мне не хочется ничего делать.
- Мне помогает просто напомнить себе о необходимости действовать.
- Я могу делать что-то, даже когда у меня нет настроения.
- Я могу делать что-то, даже когда не хочу.
- Если я скажу себе: "Просто сделай это", я, скорее всего, почувствую себя лучше.
- Я могу заставить себя действовать, чтобы бороться с этой депрессией.
- Я могу напоминать себе, что даже если у меня нет желания или настроения что-то делать, это не должно помешать мне просто сделать это.
- Действие предшествует мотивации.

Ключевая концепция 2: успех в усилиях, а не в результате

Часто люди судят об успехе по результатам своих действий. Однако результат зачастую находится вне нашего контроля, ведь на него влияют посторонние переменные, и он не всегда является отражением наших усилий. Например, представьте пациента, который изолировал себя от других и решает проявить инициативу, пригласив нескольких друзей на обед, но обнаруживает, что все они недоступны. Это успех или неудача? Это успех, поскольку цель состояла в том, чтобы установить связь, и недоступность других не умаляет этого успеха. Или представьте пациента, который впервые за несколько месяцев встает на беговую дорожку и считает, что потерпел неудачу, поскольку продержался на ней всего несколько минут. Это тоже

пример успеха, независимо от того, как долго продержался пациент. Целью было попасть на беговую дорожку и, учитывая, сколько усилий это требовало от пациента, и насколько ему было сложно это сделать, достижение было реальным. Успех в *делах*, а не в результате. Следовательно, независимо от того, что происходит, побеждает именно попытка — усилие. Осознание этой концепции — важная часть повышения самоуверенности пациентов, страдающих депрессией.

Депрессия крадет энергию, затуманивает мышление и сильно усложняет жизнь. Из-за этого для выполнения чего-либо требуется больше усилий. Даже небольшие задачи требуют от пациентов с депрессией значительных усилий. Например, встать с постели, надеть чистую одежду, помыть посуду и позвонить другу — все это небольшие задачи, которые требуют гораздо больше усилий перед лицом депрессии. Однако пациенты, страдающие депрессией, часто отрицают эти успехи, особенно когда они продолжают чувствовать депрессию, несмотря на приложенные ими усилия. Не стоит судить об успехе по результату; успех заключается в действии. Успех означает, что пациенты приложили усилия и сделали то, что намеревались. Любое количество дел лучше, чем ничего, и любое количество действий заслуживает признания. Кроме того, выполнение каких-то действий часто приводит к небольшим изменениям настроения, которые становятся для пациентов свидетельством улучшения их состояния. Вы можете помочь пациентам понять, что их успехи являются отражением их усилий, дав им следующую копинг-карточку.

Копинг-карточка

ПРИЗНАНИЕ УСПЕХА

- Успех заключается в действии.
- Каждый шаг — это достижение.
- Усилия заслуживают награды.
- Я не могу контролировать результат, но я контролирую усилия.
- Успех в действиях, а не в результате.

Ключевая концепция 3: установите цель и обоснование

Когда вы работаете с депрессивными пациентами и пытаетесь мобилизовать их на действия, может оказаться, что их цель слишком расплывчата (например, делать что-то, что помогает бороться с депрессией) или чересчур конкретна (например, принять приглашение друзей провести вместе эту неделю). На самом деле, не так важно, насколько конкретна цель, как убежденность пациентов в том, что эта цель отвечает их интересам. Когда пациенты считают, что цель отвечает их интересам, они находят смысл в работе над достижением этой цели, что увеличивает их заинтересованность.

То, что вы признаете смысл цели, не означает, что вы “должны” или “обязаны” ее достичь. Если пациенты рассматривают свою цель как требование или необходимость, они, скорее всего, будут чувствовать разочарование и гнев, которые помешают им начать действовать. Напротив, хорошее обоснование достижения цели увеличит вероятность того, что они возьмутся за ее реализацию. Вы можете использовать следующую копинг-карточку, чтобы увеличить вовлеченность пациентов и помочь им напомнить себе, что достижение их цели в их интересах.

Копинг-карточка **ВОВЛЕЧЕННОСТЬ**

- Я не обязан это делать, но для меня имеет смысл взяться за эту цель.
- Не то чтобы я был обязан это делать, но для меня это имеет смысл.
- Я могу принять решение сделать это, даже если мне не хочется.

Еще один способ помочь пациентам понять, что работа над определенной целью имеет смысл, — это попросить их составить список причин или преимуществ работы над этой целью. Во время работы над этим списком у них будет возможность задуматься над тем, как изменится их жизнь, если эта цель осуществится. Для этого можно использовать рабочий лист “Установите цель с обоснованием” на следующей странице.

Рабочий лист пациента

УСТАНОВИТЕ ЦЕЛЬ С ОБОСНОВАНИЕМ



Определите конкретную цель, которая может избавить вас от депрессии. Подумайте о том, как ваша жизнь изменится лучшую сторону, если вы будете работать над этой конкретной целью; это станет для вас стимулом продолжать работу над этой целью.

Какова ваша цель? _____

Назовите не менее пяти причин, по которым работа над вашей целью имеет смысл. В чем реальные и потенциальные преимущества достижения этой цели?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Ключевая концепция 4: составьте план и внесите его в расписание

График активности дает вам представление об исходном уровне активности вашего пациента, а также о том, какие действия улучшают (или ухудшают) его настроение. Получив эту информацию, вы можете намеренно спланировать некоторые виды деятельности, которые пациенты могут постепенно включать в свое расписание.

Самая важная часть плана — это его составление, потому что без конкретного плана или расписания вероятность изменений очень мала. Например, представьте, что друг просит вас как-нибудь сходить вместе на ужин. Ужин “когда-нибудь” обычно означает “никогда”. Если же вместо этого друг спрашивает: “Не хочешь поужинать вместе в пятницу вечером?” или “Вот в эти дни я могу сходить с тобой поужинать. Тебе какой-то из них подходит?”, тогда шансы на то, что ужин состоится, более высоки. Точно так же планирование действий, направленных на достижение поставленной цели, в графике активности увеличивает шансы на то, что цель будет достигнута.

План включает специфику цели. Он содержит подробную информацию о том, где, что, когда, сколько и как долго. Например, пациенты, не имеющие социальных связей, могут запланировать время, чтобы увидеться с друзьями, а пациенты, которые проводят слишком много времени в постели, могут запланировать активные занятия в течение дня. Если вы хотите максимизировать вероятность того, что что-то произойдет, запланируйте это.

В то же время, если пациент запланировал какое-то действие, это еще не гарантирует, что он потом его не отменит, не прервет или не задушит на корню по ряду уважительных (и неуважительных) причин. Ключ в том, чтобы продолжать вносить это действие в расписание до тех пор, пока цель не будет достигнута. Сама по себе задача составления расписания — это уже достижение. Оно подразумевает: “Я работаю над этим, и я работаю над тем, чтобы стать лучше”.

Когда пациенты начинают включать запланированные действия в свой график активности, убедитесь, что они фиксируют, придерживаются ли они плана, а также информацию о своем настроении. Они могут продолжать записывать все, что они делают, в том же графике активности. Помните, что небольшие задачи — это достижения и, следовательно, они требуют признания. Кроме того, для пациентов

часто бывает полезно начать оценивать в графике не только настроение. Например, они могут оценить, насколько приятным было занятие, и какое удовлетворение они испытали при его выполнении, используя аналогичную 10-балльную шкалу оценок. Помните, что ежедневная доза достижений и удовольствия необходима для борьбы с депрессией и поддержания психического здоровья так же, как и социальное взаимодействие.

Однако пациентам с депрессией, особенно агедоническим, очень сложно получать от чего-то удовольствие. Эти пациенты перестали заниматься приятными делами, а это означает, что у них отсутствуют составляющие удовольствия. Кроме того, пациенты нередко сталкиваются с различными препятствиями (например, ограниченные финансы, отсутствие транспорта, отсутствие помощи с уходом за детьми, травмы, проблемы со здоровьем), которые затрудняют занятие приятными делами. В таком случае полезно будет начать с поиска альтернативных, простых, доступных и недорогих увлекательных занятий. Ниже перечислено несколько вариантов.

- Полежать в ванной или принять душ
- Послушать музыку
- Полежать на солнце
- Прогуляться в лесу, на пляже или по району
- Покататься на велосипеде
- Завести с кем-то разговор
- Погладить домашнее животное
- Заняться растяжкой
- Связаться с кем-то по телефону, интернету, в социальных сетях или в мессенджере
- Посмотреть кино
- Почитать

Ключевая концепция 5: внутренний диалог — замените пораженческие мысли на мотивационные мысли.

Пораженческие мысли — это мысли, которым мы слепо верим, и которые заставляют нас прекратить какое-то действие или избегать его. Они являются препятствием на пути к работе над нашим планом и достижению наших целей. Ниже приведены некоторые примеры пораженческих мыслей.

- “Я сделаю это позже”.
- “Я сделаю это завтра”.
- “Это все равно не поможет”.
- “У меня нет настроения этим заниматься”.
- “Я не могу это сделать”.
- “Это слишком тяжело”.
- “Я слишком устал”.
- “Мне никогда не станет лучше”.
- “Я лучше посплю”.

В отличие от пораженческих мыслей, мотивационные мысли рациональны, объективны и целенаправленны. Они побуждают пациентов к действию и достижению их целей. Ниже приведены несколько примеров того, как можно использовать мотивационные мысли для замены пораженческих мыслей.

“Я сделаю это позже”. → “Если я отложу это на потом, то велика вероятность, что я никогда этого не сделаю. Сделать позже — значит не сделать никогда”.

“У меня нет настроения это делать”. → “По правде говоря, у меня нет настроения этого делать, но это не должно мне помешать. Независимо от того, есть у меня настроение или желание что-то делать, или нет, я могу просто это сделать”.

“Это все равное не по- → “Я не узнаю, помогает это или нет, пока может”.
может”.

“Я не узнаю, помогает это или нет, пока не сделаю это. Бездействие не поможет, так что я могу попробовать другую стратегию”.

“Я не могу это сде- → “Когда я говорю себе, что не могу этого лять”.
сделать, я не даю себе шанса попытаться. Я уже сделал много вещей, которые, как я думал, я не смогу сделать. Я начну действовать и буду следовать плану, чтобы проверить, смогу ли я”.

Пациенты с депрессией борются с пораженческими мыслями, потому что они вызывают негативное отношение к будущему, что порождает чувство безысходности и создает серьезное препятствие для мобилизации. Поэтому наша цель — победить эту безысходность. По иронии судьбы, лучший способ победить безысходность — использовать поведенческие данные, полученные в процессе мобилизации, поскольку пациентам трудно увидеть искажения в своем мышлении, не имея поведенческих фактов. Пациенты с депрессией работают против себя, избегая действий и цепляясь за свои нереалистичные мысли. Помогая пациентам мобилизовать свои усилия, вы получаете данные, необходимые для устранения негативных последствий депрессии, которые мешают им действовать. Пациенты могут научиться устранять это препятствие, заменив свои пораженческие мысли на более реалистичные и полезные мотивационные мысли.

Вы можете использовать следующий рабочий лист со своими пациентами, чтобы помочь им определить свои пораженческие мысли и превратить их в мотивационные мысли, которые побуждают их к действию. Обязательно обращайте особое внимание на любые определенные ими пораженческие мысли, которые связаны с безысходностью и страхом. Безысходность приводит пациентов к мысли, что все действия бесполезны (например, “Зачем вообще напрягаться? Все равно ничего не поможет”), а страх закрепляет избегание и препятствует действию (например, “Если я попытаюсь, случится что-то плохое”).

После того, как пациенты определили свои пораженческие мысли, помогите им сформулировать заменяющие их мотивационные мысли. Помогая пациентам сформулировать эти мотивационные мысли, помните о двух соображениях. Во-первых, эти мысли должны базироваться на принципах “Успех в действии, а не в результате” и “Действие предшествует мотивации”. Важно, чтобы это рефрейминг сопровождался пониманием, что лучше делать хоть что-нибудь, чем вообще ничего не делать, и что любой выполненный объем работ — это выигрыш, а каждый маленький шаг — это достижение. Пациенты должны осознать, что им не нужно чувствовать себя определенным образом, чтобы начать действовать. Действие требует только действия, и люди могут делать что-то, даже если они чувствуют себя усталыми или угнетенными.

Во-вторых, пациентам будет полезно принять участие в управляемом обсуждении достоинств этих мотивационных мыслей. Поработайте с пациентом, чтобы составить список всех причин, по которым действия важны для укрепления его мотивационной мысли. Помогите пациентам перестать зацикливаться на пораженческих мыслях (например, “Это может подождать, я сделаю это позже”) и переключиться на мотивационные мысли, которые заставят их что-то делать (например, “Я помню все причины, по которым имеет смысл это сделать. Это не может ждать. Если я сделаю это позже, то я не получу все, чего я хочу”).

После того, как пациенты поймут это упражнение, попросите их каждый раз, когда у них в голове возникает новая пораженческая мысль, записывать ее и пробовать заменить ее мотивационной мыслью.

Рабочий лист пациента

ЗАМЕНЯЙТЕ ПОРАЖЕНЧЕСКИЕ МЫСЛИ МОТИВАЦИОННЫМИ МЫСЛЯМИ



Пораженные мысли — это убеждения, которые приходят вам в голову и заставляют вас отказываться от каких-либо действий или избегать их. Это мысли, которые возникают в вашей голове, когда вы думаете о выполнении задачи. Пораженные мысли неэффективны, потому что онидерживают вас на месте. Перечислите некоторые из своих пораженных мыслей.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Мотивационные мысли — это противоположность пораженным мыслам. Эти мысли более рациональны и реалистичны. Они побуждают вас к действию и помогают вам достичь ваших целей. Чтобы выбраться из тупика и двигаться к своим целям, попробуйте заменить идентифицированные ранее пораженные мысли мотивационными мыслями.

Пораженная мысль

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Мотивационная мысль

- | | |
|---|----------|
| → | 1. _____ |
| → | 2. _____ |
| → | 3. _____ |
| → | 4. _____ |
| → | 5. _____ |

Ключевая концепция 6: признавайте свои достижения

Признание наших достижений — это один из способов преодолеть депрессию. Однако пациенты, страдающие депрессией, склонны забраковывать или умалять свои усилия из-за негативной призмы, через которую они смотрят на себя и на окружающий мир. В частности, они преуменьшают свои достижения, сравнивая свое текущее состояние с предыдущим, когда они находились на более высоком уровне функционирования, а также сравнивая себя с “недепрессивным” миром.

Чтобы помочь пациентам с депрессией оценить свои достижения, предложите им сравнить себя сейчас с собой тогда, когда они находились в худшей ситуации. Напомните им ставить себе в заслугу каждый шаг, который они делают к цели, а не ждать, пока их цель будет достигнута. Наконец, попросите пациентов похлопать себя по плечу и признать положительный смысл, который отражают их действия. Например, представьте себе женщину, которая несколько недель не выходила из дома, а потом пошла в продуктовый магазин, чтобы купить несколько необходимых вещей. Она может подумать: “Это такой пустяк, многие люди делают покупки и покупают намного больше вещей, чем я. Так что в том, что я смогла купить несколько вещей, нет ничего особенного”.

И наоборот, если она напоминает себе, что добраться до магазина было для нее большим делом, поскольку для этого потребовалось много мужества и усилий, тогда она сможет поставить себе в заслугу то, на что, по ее мнению, она считала себя неспособной. Она может доказать себе, что *способна* делать сложные вещи, даже если будет себя ужасно чувствовать. Переосмыслив свое мышление и посмотрев на свои действия под другим углом, она может признать, что поход в магазин был для нее огромным достижением, заслуживающим большой похвалы.

Следовательно, когда пациенты выполняют что-то, что они раньше не могли или не хотели делать, им нужно поставить себе в заслугу это достижение и признать приложенные усилия. Зная, как трудно было действовать и достичь цели, они понимают, что их усилия заслуживают большего уважения. На следующей странице вы найдете рабочий лист, который сможете использовать как во время сеанса, так и для домашнего задания. В этом рабочем листе пациенты должны уделить внимание своим достижениям и отметить свои усилия. Ежедневно заполняя этот рабочий лист, они смогут закрепить свои знания и получить позитивный опыт, ставя себе в заслугу свои действия.

Рабочий лист пациента

СПИСОК ЗАСЛУГ



Не забывайте отдавать должное своим достижениям, независимо от того, насколько они велики или малы. Достижения не всегда подразумевают большие, грандиозные жесты. Они могут быть самыми маленькими, например, успешно встать с постели и начать свой день или перезвонить другу, с которым вы некоторое время не разговаривали. Признание усилий, которые были вложены в выполнение этой деятельности, заслуживает похвалы. Каждый день старайтесь определять хотя бы одно действие, которое вы выполнили, а также отмечать количество требуемых усилий или трудности, которые вам пришлось преодолеть, чтобы его выполнить. Наконец, запишите, что это достижение говорит о вас как о человеке.

Выполненное действие	Усилия или преодоленные проблемы	Что это достижение говорит о вас или ваших идеях?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Ключевая концепция 7: вознаграждение

Когда мы достигаем цели, награда себе может быть мотивирующим фактором, который стимулирует конкретное поведение и облегчает действие. Однако проблема с вознаграждениями состоит в том, что они могут либо способствовать постоянному полезному поведению, либо приводить к поведенческому проявлению, которое случается только один раз. *Внешние награды*, которые по своей природе являются материальным или физическим стимулом, как правило, способствуют последнему и обычно менее эффективны в деле поощрения конструктивного изменения поведения. Например, когда пациент обещает себе провести время перед экраном, побаловать себя, купить себе десерт или новый наряд — все это формы внешнего подкрепления, которые, хотя и приветствуются, могут не способствовать дальнейшим действиям. Кроме того, внешние подкрепления не могут повысить самооценку, потому что мы сосредоточены на получении внешнего вознаграждения, а не на внутренней оценке наших достижений. Внешние награды временны.

Напротив, *внутренние награды* являются более эффективным инструментом в изменении поведения, поскольку они повышают уверенность в себе и усиливают ощущение личных достижений. Внутреннее вознаграждение включает в себя чувство удовлетворения или выполненного долга, которое мы испытываем после выполнения сложной задачи. Это чувство, которое мы испытываем изнутри, когда признаем свои усилия и понимаем, почему имело смысл работать ради достижения цели. Внутренние награды способствуют укреплению уверенности в себе и борются с депрессией, потому что они подтверждают наши усилия и придают смысл выполнению тяжелой и сложной работы.

Однако иногда пациентам бывает трудно отметить себя внутренней наградой за то, что они проявляют активность и прилагают усилия перед лицом депрессии. С помощью приведенной ниже копинг-карточки пациенты могут напомнить себе о собственных наградах за то, что они продолжают посещать терапию и прилагают большие усилия ради выздоровления.

Копинг-карточка
ВОЗНАГРАДИТЕ СЕБЯ

- Награда — это приятное внутреннее чувство.
- Награда — это ощущение выполненного долга.
- Награда — это улучшение моего настроения.
- Награда — это удовольствие, которое я испытываю.
- Награда — это рост моей уверенности в себе.

Ключевые концепции: подведение итогов

Используйте рабочий лист “Мобилизация: генеральный план” на следующей странице, чтобы помочь вашим пациентам синтезировать все ключевые концепции, связанные с поведенческой активацией, и подтолкнуть их к действиям. В этом рабочем листе пациентов просят продумать все шаги, необходимые для принятия мер и борьбы с депрессией, включая определение цели, перечисление преимуществ достижения этой цели, определение плана, внесение плана в расписание, замену пораженных мыслей мотивационными мыслями, признание своих достижений и напоминание себе о награде.

Рабочий лист пациента

МОБИЛИЗАЦИЯ: ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН



1. Определите свою цель: _____

2. Перечислите не менее пяти возможных преимуществ этой цели:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

3. Как вы планируете достичь этой цели? Перечислите все детали:

4. Внесите этот план в свое расписание.

5. Определите пять пораженческих мыслей и замените их пятью мотивационными мыслями.

Пораженческая мысль

1) _____

2) _____

3) _____

Мотивационная мысль

1) _____

2) _____

3) _____

6. Поставьте себе в заслугу создание этого плана, описав усилия, приложенные к его реализации: _____

7. Напомните себе про вознаграждение: улучшение самоощущения, удовольствие, повышение уверенности.

Учитывайте биполярное расстройство

В случае с пациентами с биполярным расстройством поддержание регулярного режима сна, питания и активности имеет решающее значение для поддержания хорошего самочувствия. Их хрупкая биологическая система уязвима к нарушению регуляции, что делает непоследовательный или экстремальный график дня более опасным. Ночные авиарейсы или бодрствование допоздна ухудшают наше самочувствие на следующий день, но у пациентов с диагнозом биполярное расстройство они могут привести к значительному нарушению регуляции настроения. Кроме того, события, которые выбивают из колеи почти всех — например, когда мы опаздываем на поезд или рейс, застреваем где-то из-за того, что кто-то забыл нас забрать, или получаем счет, который мы не ожидали, — оказывают на обычного человека временное влияние. Возбуждение, вызванное этими ситуациями, ослабевает, когда проблема решается. Напротив, пациенты с биполярным расстройством могут испытывать длительное эмоциональное возбуждение в течение многих дней.

Когда пациенты с биполярным расстройством находятся в депрессивной фазе, вопрос с их мобилизацией посредством поведенческой активации решается так же, как и в случае униполярной депрессии. Однако в маниакальной или гипоманиакальной фазе цели графика активности будут отличаться. Когда пациенты испытывают манию, им характерно завышенное представление о себе, будущем и своем опыте, что приводит к чрезмерной активности, чрезмерной мобилизации, повышенной независимости, безрассудству и рискам (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai, 2001). Поэтому вместо того, чтобы добавлять мероприятия в их расписание, необходимо наоборот уменьшить их количество.

Например, вместо того, чтобы меньше спать, их заставляют дольше оставаться в постели. Вместо того, чтобы больше работать, их поощряют устанавливать ограничения и придерживаться запланированного времени спокойствия. Планируется время приема пищи, и пациентов призывают есть, даже если они не голодны. Прием лекарств также записывается в график активности, чтобы гарантировать соблюдение режима и обеспечить их ежедневный прием примерно в одно и то же время. Тихое время для отдыха также внесено в дневное расписание.

Телефонные звонки или проекты поздно ночью не приветствуются, рекомендуется избегать ситуаций высокого риска. График активности предоставляет поправочные данные, которые позволяют пациентам понять, когда они выходят за пределы допустимого или проявляют чрезмерную активность, так что это может стать проблемой. Он становится для них намеченым планом, которого необходимо придерживаться, чтобы сохранить хорошее самочувствие.

КОГНИТИВНАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ

Мобилизация пациентов посредством поведенческой активации, как правило, обеспечивает их энергией и данными, необходимыми для более продвинутой когнитивной работы. Создание базы для этой более сложной работы имеет решающее значение, поскольку когнитивная реструктуризация является краеугольным камнем КПТ при депрессии. Очень важно избавить пациентов от негативных мыслей, предположений и убеждений, чтобы уменьшить депрессивные симптомы и предотвратить рецидив.

Имейте в виду, что когнитивная реструктуризация уже имела место во время поведенческой активации, когда пациентов просили перефразировать пораженные мысли в мотивационные мысли. Если у пациентов наблюдаются функциональные нарушения и более серьезные симптомы, часто им приходится довольно долго работать над своим поведением, прежде чем они смогут приступить к когнитивной работе; другие пациенты могут одновременно выполнять и то, и другое. Пациенты с сильным ощущением безысходности нуждаются в немедленном когнитивном вмешательстве для снижения их уязвимости и потенциального риска суицида.

Хотя основное внимание в этом разделе уделяется когнитивной реструктуризации при униполярной депрессии, избавление от предвзятых мыслей, предположений и убеждений также является ключом к уменьшению маниакальных симптомов и предотвращению рецидивов биполярного расстройства. В то время как негативное предвзятое мышление представляет проблему при депрессии, чрезмерно позитивное мышление представляет проблему при мании. В частности, когда пациенты с биполярным расстройством находятся в маниакальной фазе болезни, им свойственно раздутое представление

о себе, будущем и своем опыте. Так, они склонны переоценивать свои возможности, чрезмерно полагаться на удачу, недооценивать риск, минимизировать свои проблемы и переоценивать немедленное удовлетворение. Поэтому в случае с пациентами в маниакальном состоянии лечение должно быть направлено на устранение и замену этого рискованного склада мышления. Для этого можно прибегнуть к тщательному планированию, взвешиванию плюсов и минусов и анализу прошлого опыта (Newman и др., 2001).

Выявление автоматических мыслей

Когда вы понимаете мышление пациентов, вы получаете дорожную карту к их внутреннему миру. Однако выявление мыслей, предположений и убеждений пациентов — это многоэтапный процесс, который включает в себя определение их автоматических мыслей, связанных с конкретной ситуацией, и последующее связывание этих мыслей с их правилами, руководящими предположениями и навязанными себе сомнительными убеждениями. Автоматические мысли, связанные с конкретной ситуацией, определяют, как пациент воспринимает или интерпретирует событие. Например, к ним могут относиться следующие мысли: “Мой парень опаздывает, потому что ему на меня наплевать”, “Моя оценка настолько плохая, что учитель не сказал мне, сколько я получил” или “Она не перезвонила мне, потому что она злится”. Такие мысли можно часто выявить у пациентов, страдающих депрессией, но не всегда. Выявление этих мыслей дает нам представление об уровне стресса пациента. Ниже указаны несколько потенциальных стратегий, которые позволяют выявить эти мысли во время сеанса.

1. Если во время сеанса вы замечаете изменение эмоций пациента, спросите его, о чем он думает или какие мысли связаны с тем, что он чувствует. Например, если вы заметили, что пациент плачет, вы можете спросить: “О чём вы думаете?” или “Какая мысль связана с этими слезами?”
2. Предложите пациентам вспомнить о недавней неприятной ситуации или депрессивном периоде и спросите их, о чём они думали в то время.

3. Предложите пациентам использовать образы, чтобы заново пережить конкретную ситуацию или период в деталях, как если бы это происходило прямо сейчас, и спросите, о чем они думают.
4. Попробуйте разыграть в ролях предыдущую депрессивную или потенциально неприятную ситуацию и спросите пациентов, о чем они думают на протяжении всей ролевой игры.
5. Вы можете попытаться быть парадоксальными, предложив противоположное тому, о чем, скорее всего, думают пациенты. Например, если вы знаете, что пациент недоволен своей работой по недавнему служебному заданию, вы можете спросить: “Вы сейчас думаете о том, какую замечательную работу вы сделали?” Не получив от пациента утвердительного ответа, вы можете продолжить: “Значит, вы не думаете о том, что проделали хорошую работу. Так о чем вы на самом деле думали?”
6. С пациентами, которые всегда отвечают такими утверждениями, как “Я ни о чем не думаю” или “Я не знаю”, вы можете попробовать более радикальный подход. В частности, попросите их подумать над этим и выйдите из комнаты. Постояв в коридоре минуту, вернитесь и снова спросите их, о чем они думают.
7. Хотя этот вариант не идеальный, вы можете попытаться стимулировать пациента и привести примеры того, о чем, по вашему мнению, он может думать.

Даже при использовании этих методов сбора данных пациенты все равно захотят рассказать историю о конкретной рассматриваемой ситуации, а не обсуждать связанные с нею мысли или чувства. Вы можете использовать это в своих интересах, направляя разговор и выпытывая информацию, необходимую для понимания ваших пациентов и их проблем. Например, представьте, что пациентка начала рассказывать вам, что произошло, когда ее муж вернулся домой из командировки. Когда она начнет рассказывать вам все подробности того, что он сказал и сделал, вы можете отреагировать одним из перечисленных ниже образов.

Вариант 1. Вы терпеливо слушаете, позволяя ей провести первую половину сеанса за рассказом всех подробностей истории.

Вариант 2. Вы прерываете ее рассказ наводящими вопросами.

Например, “Когда он спросил вас, почему вы не ходили в магазин, что вы почувствовали? О чем вы думали? И когда он спросил вас, почему вы не пошли на школьное мероприятие, что вы подумали? Что почувствовали? И что вы сделали?”

Цель лечения состоит в том, чтобы уменьшить стресс и улучшить функциональность, и вы можете увидеть, как первый вариант приводит к нецеленаправленному разговору, который может затормозить этот процесс. Напротив, выявление мыслей и поведения, связанных с дистрессом пациента, позволяет немедленно приступить к целенаправленной работе. Поэтому в следующий раз, когда ваши пациенты начнут рассказывать вам историю о стрессовой ситуации, попробуйте второй вариант, прерывая их и выпытывая у них о мыслях и поведении, связанных с их переживанием.

Метод “стрелка вниз”

При сборе сведений об автоматических мыслях пациентов, связанных с конкретной ситуацией, первая возникающая мысль часто оказывается не самой важной. Первоначальная автоматическая мысль часто представляет то, что происходит на поверхности, но вам нужно разобраться с лежащими в основе ярлыками сомнения, правилами и предположениями, которые активируют эту мысль. Следовательно, вы хотите выявить все стресогенные мысли и убеждения, связанные с этим событием. Например, если первоначальная автоматическая мысль пациента звучит так: “Я плохо поработал во время этого коммерческого звонка”, тогда вам нужно копнуть глубже, чтобы определить, что вызвало эту мысль. Например, предположение пациента может быть таким: “Если я плохо справился, значит, я плохой работник”, а ярлык сомнения может быть таким: “Я неудачник”.

Чтобы выявить это более глубокое значение, вы можете использовать метод “стрелка вниз”, который состоит в том, чтобы задавать наводящие вопросы и, таким образом, добраться до корня автоматических мыслей пациента. Ниже приводится список возможных вопросов по методу “стрелка вниз”:

- “Что это значит”
- “Если это правда, то что в этом такого плохого?”
- “Что в этом вас беспокоит?”
- “Что в этом является для вас проблемой?”
- “Что самое плохое в..?”
- “Что, если..?”
- “Что это говорит о вас?”
- “Что это значит для вас?”

Чтобы проиллюстрировать технику “стрелка вниз”, рассмотрим следующий пример. Муж возвращается из командировки домой и обнаруживает, что его жена Эми переживает трудный период и не сделала многое из того, что она пообещала сделать в его отсутствие. В свою очередь, он начинает предлагать решения. Во время визита к своему психотерапевту, Эми ощущает дистресс. Она думает, что ее муж не верит, что она достаточно старается. Психотерапевт может вступить в следующий диалог, чтобы выявить более глубокие ярлыки сомнения и предположения, лежащие в основе этого убеждения.

Эми: “Он думает, что я недостаточно стараюсь”.

Психотерапевт: “Что для вас значит то, что он думает, что вы недостаточно стараетесь?”

Эми: “Это значит, что я спасовала”.

Психотерапевт: “Что это говорит о вас?”

Эми: “Что мне все равно”.

Терапевт: “Что это значит, если вам все равно?”

Эми: “Что я ленивая”.

Психотерапевт: “Что значит для вас то, что вы ленивы?”

Эми: “Что я морально сломлена”.

Психотерапевт: “Что с того, что вы морально сломлены?”

Эми: “Это значит, что мне никогда не добиться успеха”.

Психотерапевт: “Что для вас значит то, что вы никогда не добьетесь успеха?”

Эми: “Что я неудачница”.

В дополнение к технике “стрелка вниз”, выявлению ярлыков сомнения может помочь совместная работа с пациентами над определением основной темы, стоящей за их автоматическими мыслями. Затрагивает ли эта тема беспокойство по поводу их возможностей, желанности или и того, и другого? В предыдущем примере некоторые мысли жены были следующими: “Я ленивая” и “У меня никогда ничего не выйдет”, что указывает на ее беспокойство по поводу своих способностей. Если вы выявите, что проблемы пациентов вращаются вокруг достижений, социального взаимодействия или того и другого, это поможет вам направить обсуждение. Если мы знаем, какая тема больше всего беспокоит пациента, то мы знаем, что нужно искать ярлыки сомнения, относящиеся к этой теме. Переживания относительно достижений связаны с убеждениями о некомпетентности или беспомощности, в то время как социальные проблемы связаны с убеждениями о предполагаемой нежеланности и нелюбви. Особенно, если пациенты психологически наивны или не осознают своей неуверенности в себе, помогая им осознать свои ценности и вероятную причину их неуверенности, вы можете раскрыть их индивидуальный ярлык сомнения. Идентификация этого индивидуального ярлыка сомнения имеет решающее значение, поскольку этот ярлык лежит в основе уязвимости пациента к психологическому дистрессу.

Возможные опасности

При использовании техники “стрелка вниз” помните о некоторых возможных подводных камнях. Во-первых, у клиницистов часто возникают собственные автоматические мысли относительно того, чтобы продолжать задавать пациентам наводящие вопросы. В частности, они считают, что из-за повторяющихся вопросов пациенты будут чувствовать раздражение или недовольство. Однако верно и обратное, поскольку, когда вы уделяете пациентам безраздельное внимание, они чувствуют, что их слушают и понимают. Поэтому не бойтесь задавать наводящие вопросы. Лучше ошибиться, задав слишком много вопросов, чем задать недостаточно вопросов.

Во-вторых, существует вероятность препятствования со стороны пациента, поскольку некоторые пациенты могут сказать вам: “Я не знаю, что это означает”. Ситуация, когда пациенты на самом деле не знают ответа, вполне возможна. В этом случае попробуйте задать

другой вопрос по методу “стрелка вниз”, например, “Почему это вас беспокоит?” или “Почему это является для вас проблемой?” Вы также можете прервать опрос и повторить попытку позже, или вы можете рассмотреть возможность задать пациенту больше наводящих вопросов, таких как: “Возможно ли, что это как-то связано с вашими способностями или вашей желанностью?” С другой стороны, может случиться так, что пациенты не хотят или избегают подобных разговоров, потому что они вызывают у них беспокойство. В этом случае важно признать, каким сложным может быть этот процесс, одновременно помогая пациентам увидеть, что работа с их дистрессом, в конечном итоге, приведет к выздоровлению.

Оценка автоматических мыслей

Направляемое открытие с сократическим диалогом

Важнейшая концепция когнитивной реструктуризации состоит в том, что автоматические мысли не обязательно ложны или предвзяты; они могут отражать истину или частичную истину. Вот почему мы, как клиницисты, никогда не оспариваем мысли, а изучаем и оцениваем их на предмет достоверности и полезности. Мы не должны говорить пациентам как думать или какие делать выводы. Эффективное терапевтическое изменение произойдет только тогда, когда мы поможем пациентам увидеть новые перспективы в процессе направляемого открытия. Используя сократический диалог, мы позволяем пациентам быть учеными, изучать факты, рассматривать альтернативные точки зрения и делать для себя более точные, менее предвзятые выводы. Процесс направляемого открытия — это искусство когнитивно-поведенческой терапии в том смысле, что чем более опытными вы станете в исследовании мыслей, тем более творчески сможете проявить себя в этом процессе. Ниже приводится список возможных вопросов по направляемому открытию.

- “Обязательно ли эти мысли верны? Какие доказательства подтверждают и опровергают эту идею?”
- “Какие еще есть возможные объяснения?”
- “Можно ли подумать об этом под другим углом?”

- “Какие есть альтернативные возможности?”
- “Что кто-то другой мог бы подумать об этой ситуации? Существует ли другая точка зрения?”
- “Что вы могли бы сказать кому-нибудь еще в такой же ситуации?”
- “Полезны ли эти мысли? Какими могут быть последствия веры в эту мысль?”
- “Что самое худшее может случиться на самом деле? Сможете ли вы это пережить?”
- “Каков наилучший сценарий?”
- “Какая наиболее реальная возможность?”
- “Если бы вы могли телепортироваться в будущее — на день, месяц или год вперед — что бы вы подумали тогда об этой же ситуации?”
- “Вы можете как-то на это повлиять?”
- “Каким будет более разумный или полезный способ взглянуть на эту ситуацию?”
- “Каков ваш общий вывод?”
- “Влияет ли этот вывод на ваше самовосприятие?”

Хотя в этом списке представлены возможные вопросы, которые вы можете задать пациентам напрямую, чтобы помочь им оценить их мышление, вы можете разработать свои собственные индивидуально адаптированные сократические вопросы, которые направят пациентов к более точной и реалистичной точке зрения. Вы можете попросить пациентов изучить доказательства за и против какой-либо идеи или рассмотреть альтернативный взгляд на ситуацию, но это может не принести вам полезных ответов. Имейте в виду, что пациенты, страдающие депрессией, имеют негативное предвзятое отношение к прошлому и настоящему, поэтому они могут слепо принимать свою искаженную точку зрения. Ваша роль как терапевта состоит в том, чтобы помочь им понять всю картину и изучить всю информацию по сути дела, чтобы они могли оценить точность и полезность своего мышления.

Например, рассмотрим предыдущий пример с Эми и ее автоматической мыслью о своем муже “Он думает, что я недостаточно стараюсь”. Если вы попросите ее изучить аргументы за и против этой идеи, это может непреднамеренно привести Эми к подтверждению этой идеи, хотя на самом деле она может не соответствовать действительности. Вместо этого вы можете задать ей несколько вопросов, чтобы помочь ей проверить обоснованность этой мысли:

- “Он сказал вам, что думает, что вы недостаточно стараетесь?”
- “Видит ли он, как тяжело вам что-то делать и какой сильный стресс вы испытываете?”
- “Вы говорите ему, насколько это сложно?”
- “Признает ли он ваши усилия и говорит ли вам о них что-то хорошее?”

Точно так же, если вы спросите: “Есть ли другая причина, по которой ваш муж мог допрашивать вас по возвращении домой?” и опять не получите полезного ответа, вам может потребоваться больше наводящих вопросов. Ниже приведены еще несколько конкретных вопросов, которые вы можете задать пациентке, чтобы помочь ей обдумать альтернативную точку зрения:

- “Кем работает ваш муж?”
- “Проводит ли он свое рабочее время за решением проблем?”
- “Решать проблемы — это его излюбленная стратегия?”
- “Почему он хочет решать проблемы?”
- “Как вы думаете, он считает вашу ситуацию еще одной проблемой?”
- “Почему он может быть заинтересован в решении ваших проблем?”
- “Могли ли его вопросы быть его способом попытаться решить проблему, а не осудить вас за то, что вы сделали или чего не сделали?”

Хотя часто у нас есть достаточно информации о случае пациента (используя которую, мы можем помочь пациенту увидеть факты или рассмотреть альтернативы), мы не знаем ответов на эти вопросы заранее. Поэтому наша главная задача состоит в том, чтобы осмыслить

собранные данные. Недостаточно собрать груду доказательств, которые противоречат мнению вашего пациента, если вы не свяжете эти доказательства с новым выводом. В предыдущем примере свидетельства говорят о том, что муж Эми понимает, что она изо всех сил старается. Таким образом, вы можете помочь Эми понять что, когда ее муж засыпал ее вопросами, это был его способ решить проблему, учитывая, что решение проблем является его сильным навыком и, следственно, его образом действий.

Ошибки мышления

Для оценки негативных автоматических мыслей пациентов во время работы с ними необходимо выявить распространенные ошибки мышления (или когнитивные искажения), которые способствуют их дистрессу. Цель состоит не в том, чтобы обозначить ошибку мышления для каждой конкретной автоматической мысли, а в том, чтобы научиться определять и заменять модель ошибок мышления более достоверными точками зрения. К некоторым типичным ошибкам мышления, с которыми сталкиваются пациенты, страдающие депрессией, относятся следующие: полярное мышление, зависимость от своих эмоций, навешивание на себя негативных ярлыков и заиклленность на негативе.

Полярное мышление подразумевает восприятие всего по принципу “все или ничего”. Мир черный или белый, без промежуточных оттенков серого. Все бывает либо хорошо, либо плохо. Либо успех, либо неудача. Полярное мышление мешает пациентам увидеть более широкую картину, что заставляет их поспешно делать более негативные выводы, чем это оправдано. Например, Джордин получила В+ на экзамене по естествознанию и сочла себя неудачницей, поскольку не набрала наивысшего балла. Чтобы помочь пациентам преодолеть полярное мышление, их необходимо научить концентрироваться на общей картине, принимая во внимание все плюсы и уделяя более пристальное внимание минусам.

Зависимость от своих эмоций заставляет человека делать выводы о ситуации, основываясь на эмоциях, а не на фактах. Когда пациенты подвержены этой ошибке мышления, они игнорируют факты ситуации и вместо этого рассматривают свои эмоции как истину. Такие утверждения, как “Я чувствую себя виноватым, поэтому я, должно быть, напортачил”, “Все кажется непреодолимым, поэтому нет смысла

даже пытаться” и “Я чувствую себя некомпетентным, поэтому я, должно быть, плохо поработал” — все это примеры зависимости от своих эмоций. Хотя эмоции являются достоверным и полезным источником информации, они могут привести к необъективным и бесполезным выводам, когда они используются независимо от фактов. Чтобы помочь пациентам преодолеть эту ошибку мышления, необходимо научить их выходить за рамки своих чувств и исследовать факты ситуации.

Навешивание на себя негативных ярлыков предполагает использование отрицательного самоопределения для описания себя. Пациенты с депрессией склонны навешивать на себя негативные ярлыки, когда они не оправдывают своих ожиданий или просто потому, что у них депрессия. Например, пациенты, которые совершили ошибку, могут назвать себя глупыми или могут считать себя неудачниками, если они не являются фаворитами в своей школьной спортивной команде. Чтобы пациенты смогли преодолеть привычку навешивать на себя негативные ярлыки, важно помочь им осознать, что бесполезно себя казнить и определять себя по одной ошибке или недостатку.

Зацикленные на негативе пациенты сосредоточены исключительно на негативе и не замечают позитивных моментов в ситуации. Например, после презентации в классе Джордин получила один критический комментарий от своего учителя и решила, что это означает, что учитель счел презентацию провальной, несмотря на то, что от него прозвучало также много положительных комментариев и он похвалил презентацию в целом. Очень важно помочь пациентам с депрессией увидеть общую картину. Выявление положительной, отрицательной и нейтральной информации может помочь им избавиться от негативного настроя и увидеть более точную картину мира. Не находя положительных моментов в себе и в своих ситуациях, невозможно отдавать себе должное и чувствовать себя хорошо.

Чтобы помочь своим пациентам начать процесс выявления и изменения любых бесполезных или недостоверных автоматических мыслей, вы можете использовать журнал мыслей своих пациентов.

Журнал мыслей

Журнал мыслей (также называемый дневником мыслей) — это стратегический план действий для психотерапевта и пациента по сбору,

оценке и реструктуризации предвзятых и недостоверных мыслей. Все основные компоненты журнала мыслей одинаковы, независимо от того, какую версию вы решите использовать. Первый компонент включает в себя документирование **активирующей ситуации**, то есть события или стимула, вызвавшего дистресс. По своей природе этот триггер может быть внешним, например, плохие новости, или внутренним, например, сильные телесные ощущения, эмоция, мысль или образ.

Следующие три компонента включают документирование **реакций тела, автоматических мыслей и эмоций**, связанных с этим событием-триггером. Другими словами, необходимо записать, какие ощущения пациенты испытывали в своем теле, какие мысли проходили им на ум и какие эмоции они ощутили в результате активирующей ситуации. Пациенты также оценивают интенсивность этих эмоций по 10-балльной шкале (0 = отсутствие дистресса, 10 = максимально возможный дистресс).

Пятый и шестой компоненты журнала мыслей включают выявление **ошибок мышления и ярлыка сомнения**, связанных с их автоматической мыслью. Помните, что ярлыки сомнения — это негативные слова, которыми пациенты называют себя, когда активизируется их неуверенность в себе. Вы можете выведать это негативное ключевое убеждение, используя описанную ранее технику “стрелка вниз”.

Следующий компонент — выработка альтернативной точки зрения. Для этого следует задавать пациентам наводящие вопросы, которые помогут им собрать и оценить **факты**. Это исходные данные, на основе которых пациенты могут прийти к новому выводу или переосмыслить исходную тревожную мысль или образ. Наконец, последний компонент известен как **“время действовать”**. Он включает в себя обобщение нового объективного вывода (рефрейминг), переоценку эмоций по поводу ситуации (релаксация) и планирование эффективной стратегии поведения (реакция).

Образец журнала мыслей на следующей странице показывает, к каким выводам о своем муже пришла Эми. В частности, изучив факты, она смогла понять, что вмешательство и решение проблем — это способ ее мужа справиться со стрессом, в том числе и его собственным. Когда она рассматривает эту альтернативную точку зрения, непрошеные советы, которые предлагал ей ее муж, теперь кажутся ей обычными, и она понимает, что ее реакция на ситуацию была несоразмерной.

Образец рабочего листа

ЖУРНАЛ МЫСЛЕЙ: ЭМИ



Активирую-щая ситуация	Реакция тела	Ошибки мышления	Ярлык сомнения	Факты	Время действовать: рефрейминг, релаксация, реакция
Мой муж вернулся домой из командировки и обнаружил, что я не сделала многое из того, что обещала	Тяжесть в теле, апатичность, плач	Полярное мышление; зависимость от эмоций	Я недостаточно хорошая.	Он никогда не говорил мне: "Ты недостаточно хорошая". Весь день на работе мой муж решает проблемы. Фактически, он улетел из города потому, что ему нужно было решить большую проблему. Он вернулся домой и увидел, что у меня проблемы, поэтому он предложил их решение. Нет никаких доказательств того, что он считает, что я недостаточно стараюсь.	Рефрейминг Моя мысль о том, что мой муж считает, что я недостаточно стараюсь, не соответствует действительности. Он заметил кое-что из того, что я сделала, и был этому рад. Я должна помнить, что он такой, какой он есть, и что именно это делает его таким хорошим работником. Мои сомнения мне мешают
		Автоматическая мысль			Релаксация Я замечую, что я меньше рассстроена и обижена.
					Реакция Я отдала себе должное за то, что мне удалось сделать, и использовала некоторые из его предложений, чтобы составить на завтра лучший и более реалистичный план.
		Эмоции (1–10)	Грусть, обида (7)		

Прежде чем просить пациентов заполнить журнал мыслей, будет полезно, если вы сами попрактикуетесь в его заполнении. Один из вариантов — выполнять запись всякий раз, когда вы замечаете изменение в реакции вашего тела или в своих эмоциях, и посмотреть, сможете ли вы определить, какая ситуация активировала эти изменения. Вы также можете заполнять журнал мыслей всякий раз, когда сталкиваетесь с особенно сложной или мучительной для вас ситуацией. Когда вы попрактикуетесь заполнять журнал мыслей, вы можете попробовать делать это со своими пациентами, используя рабочий лист на следующей странице. Не забудьте сначала попрактиковать заполнение журнала мыслей во время сеанса, а затем попросите пациентов продолжить делать это самостоятельно вне сеанса.

Рабочий лист пациента

ЖУРНАЛ МЫСЛЕЙ

-
-
-
-
-

Журнал мыслей может помочь вам выявить ошибки мышления и сделать ваше мышление более точным и объективным, чтобы вы могли взять на себя ответственность за свое хорошее самочувствие и за выполнение дел, которые вы хотели сделать. Когда вы испытываете эмоциональный или физический дистресс, возвьмите на заметку эту ситуацию и запишите сопутствующие ей реакции тела, автоматические мысли и эмоции. Затем попытайтесь определить мыслительные ошибки, провоцирующие ваш дистресс, но не отчайайтесь, если вам это не удастся. После этого посмотрите, сможете ли вы определить активированный ярлык сомнения. Наконец, изучите эти данные, запишав факты, и перефразируйте более точный вывод. Расслабьтесь, заметив уменьшение интенсивности вашего дистресса, а потом отреагируйте, указав новое, более эффективное действие.

Активирующая ситуация	Реакция тела	Ошибка мышления	Ярлык сомнения	Факты	Время действовать: рефрейминг, релаксация, реакция
Автоматическая мысль					Рефрейминг
Эмоции (1-10)					Релаксация
					Реакция

Альтернативы журналу мыслей

Круговая диаграмма

Хотя журнал мыслей является важным инструментом, помогающим пациентам использовать факты для перефразирования своих негативных автоматических мыслей, это не единственный доступный инструмент для когнитивной реструктуризации. Круговая диаграмма ответственности — это еще один ценный инструмент, если цель состоит в том, чтобы помочь пациентам учесть все факторы при принятии решений. Часто пациенты с депрессией берут на себя полную ответственность за негативные события или последствия. Круговая диаграмма может помочь им увидеть более широкую картину.

Представьте себе мать, ребенок которой плохо себя ведет в школе, и которая считает, что она несет полную ответственность за эту ситуацию. Круговая диаграмма просит ее подумать, какие еще факторы могут влиять на поведение ее ребенка, а затем присваивает этим факторам процентное соотношение, чтобы помочь ей понять, что она не может нести стопроцентную ответственность. Например, хотя мать играет значительную роль в формировании поведения своего ребенка, также на него влияют различные другие факторы в его жизни (например, другие взрослые, сверстники, родственники или братья и сестры, окружающая среда в классе, темперамент ребенка, проблемы с обучением, скука или влияние средств массовой информации, таких как музыка, Интернет, телевидение и фильмы). Список можно продолжать бесконечно.

Точно так же рассмотрим пациента с депрессией, который какое-то время мало двигался и значительно прибавил в весе, а теперь пришел к выводу, что его никто не любит, или что он неудачник. Круговая диаграмма может помочь ему увидеть, что никого не любят только за его фигуру или размер. Принимая во внимание все определяющие его факторы (например, другие физические характеристики, его личность, склонности, интересы, опыт, интеллект, образование, особенности характера), пациент может прийти к более взвешенному выводу, что он — это намного больше, чем его фигура или размер.

Используйте круговую диаграмму на следующей странице, чтобы помочь вашим пациентам перефразировать свои автоматические негативные мысли и прийти к более взвешенным выводам.

Рабочий лист пациента

КРУГОВАЯ ДИАГРАММА

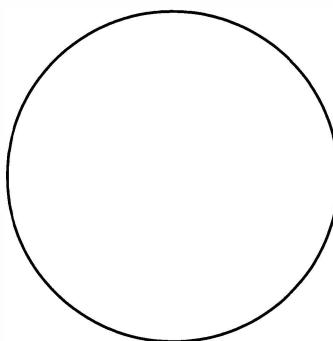


Вспомните ситуацию, когда вы пришли к выводу, что несете полную ответственность за результат. Несете ли вы полную ответственность за ситуацию, в которой вы являетесь лишь одним из многих задействованных факторов? Составьте список всех факторов, которые могли повлиять на этот результат, и поместите все эти факторы в круговую диаграмму ниже. Затем спросите себя, возможно ли, что вы не несете полную ответственность за такой результат, и попытайтесь определить, какой процент вашей ответственности в этой ситуации, учитывая все влияющие на нее факторы.

Событие или ситуация: _____

Факторы, которые могут способствовать такому результату:

Поместите эти факторы в круговую диаграмму ниже и назначьте им проценты:



Теперь спросите себя, на самом ли деле вы ответственны на 100%, или ваш вывод основан на одном факторе. Какой процент будет более разумным? _____ %

Коллажи или изображения

Многие пациенты не хотят заполнять журнал мыслей по разным причинам, например, из-за проблем с грамотностью, языковых барьеров или явного нежелания. В этом случае реальной альтернативной может стать использование коллажа. Вырезанные из журналов и газет изображения могут символически отображать автоматические мысли пациентов и потенциальные перефразирования этих мыслей. Попросите пациентов либо во время сеанса, либо дома самостоятельно, вырезать картинки, которые представляют их автоматические мысли, предположения и убеждения относительно ситуации, а также картинки, которые представляют собой альтернативное перефразирование.

Например, представьте женщину, страдающую депрессией, которая должна была напечь кексы на спортивный матч своей дочери, но считала себя бесполезной и слабой, что заставляло ее думать: «Это для меня слишком сложно. Я не могу этого сделать. Я никому там не нужна». Она сделала коллаж из фотографий, на которых была изображена женщина с ограниченными возможностями, которая держится за голову от боли, падает, ходит с посторонней помощью и сидит одна. Вместе на занятии мы создали альтернативный коллаж: женщина обучает класс, преподносит торт, читает детям книгу, поднимается по крутой лестнице и тренируется с гантелями в руках. Затем она взяла черный маркер, перечеркнула накрест коллаж, который представлял ее негативные мысли и убеждения, и провела неделю, рассматривая альтернативный коллаж и пытаясь найти большее изображений в поддержку недепрессивной точки зрения.

Точно так же, изображения являются альтернативным способом изучения мыслей при работе с пациентами, у которых наблюдается задержка в развитии или проблемы с грамотностью. Рассмотрим случай взрослой пациентки с интеллектуальными способностями второклассницы. Недавно она потеряла отца из-за болезни сердца и теперь считала, что не сможет нормально функционировать и быть счастливой, если рядом с ней не будет какого-то родственника. Глядя на семейные фотографии, предоставленные ее матерью, мы смогли доказать, что пациентка могла быть счастливой и нормально функционировать без матери или одного из ее братьев или

сестер рядом с ней. В этом нам также помогли фотографии, на которых она хорошо проводит время, занимаясь своими любимыми делами, такими как танцы и боулинг, без сопровождения семьи.

Анализ преимуществ и недостатков

Анализ преимуществ и недостатков — это еще один инструмент, который помогает пациентам перестроить свои мысли. Он особенно полезен, когда пациенты не могут принять решение (например, “Должен ли я прекратить отношения, устроиться на работу, переехать?”), или если они застряли в образе мышления, от которого мало пользы, даже если их мысли верны (например, “Для чего вообще нам нужно продолжать об этом говорить? Какой смысл продолжать называть себя этим мерзким именем?”). Рассматривая плюсы и минусы продолжения действия по сравнению с отказом от него, пациенты могут прийти к более взвешенному выводу.

Например, Ники постоянно размышляла о своем прошлом и настойчиво делала его темой обсуждения в каждом разговоре, а также обвиняла семью в своих нынешних проблемах. Значительное время в терапии было потрачено на то, чтобы помочь ей осознать, что прошлое нельзя изменить, что, возможно, она делала выводы, не основанные на фактах, и что ее память на самом деле может нарисовать более негативную картину, чем есть на самом деле. Однако она хотела фокусироваться только на каждом случае несправедливости, который она помнила. Ники изучила, какими будут плюсы и минусы, если она продолжит зацеливаться на своем прошлом, а также плюсы и минусы, если она перестанет это делать, и поняла, что такие разговоры ни к чему не приведут. Зацикленность на прошлом мешала ей жить настоящим, мешала ее способности испытывать радость и только разжигала гнев по отношению к ее родным и отдала ее от семьи, частью которой она хотела быть.

В качестве другого примера рассмотрим случай с Зиком, который называл себя неудачником всякий раз, когда он не соответствовал своим стандартам, будь то в работе, спорте или игре в карты. Хотя иногда он действительно в чем-то проигрывал, в основном он выступал достаточно хорошо и даже превосходил ожидания других. Однако, по его мнению, все, что было ниже его идеала, делало его неудачником. Проанализировав, в чем плюсы и минусы того, что он называет себя неудачником, Зик смог понять, что называть себя таким образом не имеет смысла. Это, скорее, заставляло его чувствовать себя побежденным, вместо того, чтобы стимулировать, и у него опускались руки. Чтобы помочь вашим пациентам рассмотреть плюсы и минусы определенного образа мышления или решения о совершении определенного действия, используйте таблицу анализа преимуществ и недостатков на следующей странице.

Рабочий лист пациента

АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ



Укажите мысль, которая вызывает у вас беспокойство, и, независимо от того, правдива она или нет, попытайтесь проанализировать, какими будут плюсы и минусы, если вы зациклитесь на этой мысли. Или, если вы обдумываете, следует ли предпринять определенные действия, напишите плюсы и минусы этих действий и посмотрите, к какому выводу вам поможет прийти это упражнение.

Преимущества мыслей или определенных действий

Недостатки мыслей или определенных действий

Преимущества того, чтобы не думать конкретные мысли или не предпринимать определенные действия

Недостатки того, чтобы не думать конкретные мысли или не предпринимать определенные действия

Вывод: _____

Анализ когнитивного континуума

Рассмотрение данных о континууме — это еще один способ помочь пациентам расставить все по своим местам. Если пациенты видят в своих действиях (или в самих себе) только наихудшее, анализ когнитивного континуума позволяет им получить более объективную картинку. Например, Брэндон считает себя худшим сотрудником, поскольку иногда он срывает сроки, допускает мелкие ошибки и нервничает, когда люди задают ему вопросы. Когда Брэндона спрашивают, чем занимаются лучшие сотрудники, он отвечает: “Они всегда соблюдают сроки, никогда не делают ошибок, не нервничают, отлично работают, никогда не жалуются, появляются каждый день и выкладывают по полной”. Завершив анализ континуума, он смог понять, что большую часть времени хорошо работает, редко жалуется, появляется каждый день и выкладывается на все сто. В свою очередь, он пришел к выводу, что у него много общего с его определением хорошего сотрудника.

Вдобавок, когда он обдумал все характеристики плохих сотрудников (например, таких, которые лгут, постоянно сказываются больными, чтобы избежать работы, не то что задерживают работу, а не выполняют ее вообще, стараются переложить свою работу на других), он решил, что он не самый плохой сотрудник на свете. Фактически, он все еще учится и готов просить и принимать помощь, чтобы продолжать совершенствоваться, что только подтверждает, что он хороший сотрудник. Помогите своим пациентам придать их точке зрения более сбалансированный характер, используя анализ когнитивного континуума, представленный на следующей странице.

Рабочий лист пациента, пример

АНАЛИЗ КОНТИНУМА

-
-
-
-
-
-

Вспомните, когда вы пришли к наихудшему выводу о себе или о сложившейся ситуации. Создайте континуум от худшего к лучшему из того, что вы заключили о себе или о ситуации. Ниже приводится образец анализа континуума, за которым следует пустой шаблон, который вы должны заполнить в соответствии с вашей ситуацией.

Пример: это был худший званный ужин в истории.

Худший званный ужин

Лучший званный ужин

Пищевое отравление	Подгоревшая еда	Посредственная еда	Адекватная еда	Вполне хорошая еда	Великолепная еда
--------------------	-----------------	--------------------	----------------	--------------------	------------------

Травмы	Драка	Ссора	Разговор на повышенных тонах	Ограниченнное общение	Позитивное общение
Жалобы	Негативные отзывы	Нейтральные отзывы	Позитивные отзывы	Премиумчественно положительные отзывы	Восторженные отзывы

Выскажите свой новый вывод: это был далеко не худший званный ужин в истории. На самом деле, все хорошо провели время, несмотря на плохую еду.

Рабочий лист пациента, пример

АНАЛИЗ КОНТИНУМА

• • • • •

Укажите ярлык или событие:

Наихудшее

Наилучшее

(Самое негативное) (Менее негативное) (В какой-то мере негативное) (Довольно позитивное) (Более позитивное) (Самое позитивное)

(Самое негативное) (Менее негативное) (В какой-то мере негативное) (Довольно позитивное) (Более позитивное) (Самое позитивное)

(Самое негативное) (Менее негативное) (В какой-то мере негативное) (Довольно позитивное) (Более позитивное) (Самое позитивное)

Высажите свой новый вывод:

Никакого осуждения

Часто пациенты, страдающие депрессией, наделяют негативную ситуацию чрезмерным значением. Например, они часто приписывают ситуации личностный смысл или предполагают, что ситуация никогда не улучшится, что лишь порождает безнадежность, страх и неуверенность в себе. Один из способов помочь пациентам выбраться из этого паттерна негативного мышления состоит в том, чтобы помочь им развить неосуждающую позицию принятия. Способность признавать отрицательную информацию без суждения — вот что лежит в основе принятия. Принятие требует признавать вещи такими, какие они есть, не позволяя сомнениям, неуверенности или суждениям встать на пути.

Пациенты могут практиковать культивирование неосуждающего отношения, используя три принципа эффективности: признавать, принимать и предпринимать. В частности, они могут научиться **признавать** (например, записывать факты ситуации), **принимать** (например, воздерживаться от высказывания своего мнения и делать точные выводы, основанные исключительно на фактах) и **предпринимать соответствующие действия** (например, выбирать наиболее эффективный и соответствующий ситуации способ действий). Допустим, если пациентка получает аномальную маммографию, это не означает, что у нее рак, что лечения не существует и что она умрет. Однако, если пациентка позволяет себе в это поверить, она может перестать заботиться о себе и избегать лечения. Вместо этого эта пациентка может практиковать тройное “П” эффективности, признавая, принимая и предпринимая соответствующие действия. В частности, она может признать аномальный результат, принять данные в том виде, в каком они есть сейчас, отложив свое суждение до тех пор, пока она не получит факты (что означает рассмотрение различных объяснений аномальных результатов ее теста, многие из которых являются безобидными), и предпринять соответствующие действия, выполняя рекомендованные следующие шаги. Этот когнитивный инструмент можно использовать для решения проблем с автоматическим мышлением и убеждениями в самых разных ситуациях.

Рабочий лист пациента

ТРИ “П”



В следующий раз, когда вы почувствуете себя расстроенным, используйте тройное “П” эффективности, чтобы уменьшить свой дистресс: **Признайте** факты, практикуйте **Принятие**, напоминая себе, что не стоит приписывать ситуации ненужный смысл или суждение, и **Предпринимайте** соответствующие действия.

Признавайте факты

Запишите особенности ситуации, включая свои чувства и реакцию тела.

Каковы факты ситуации? _____

Принимайте

Взгляните на ситуацию объективно. Не судите, не придавайте чрезмерного личного значения и не делайте прогнозов на будущее.

Что мне говорят факты? _____

Предпринимайте соответствующие меры

Вместо использования неэффективных стратегий (таких, как избегание, неэффективное общение, членовредительство) примите эффективные и надлежащие действия (например, урегулируйте сложившуюся ситуацию, эффективно общайтесь, успокаивайте себя).

Какие действия я могу предпринять? _____

Рефрейминг ярлыка сомнения

Как только вы сдвинетесь с мертвой точки, помогая пациентам отбрасывать любые неточные или искаженные мысли и изменять и перефразировать их в более реалистичные точки зрения, вы можете перейти к рефреймингу ярлыка сомнения. Перефразировав свои негативные автоматические мысли, пациенты могут обрести новую перспективу. Это позволит им делать новые выводы, которые можно использовать для изменения глубинного ярлыка сомнения. Например, если пациенты могут прийти к выводу, что они преуспели в конкретной ситуации, тогда ярлык сомнения, связанный с неудачей, больше не может к ней применяться.

Учитывая, что ярлыки сомнений негативно влияют на восприятие пациентами себя и окружающего мира, рефрейминг ярлыка сомнения имеет большое значение для выздоровления и предотвращения рецидива. Для этого соберите текущие данные и данные за прошедший период, которые помогут пациенту изучить доказательства за и против ярлыка сомнения. Эти данные должны быть сосредоточены на объективных, наблюдаемых фактах, а не на мыслях, чувствах, воображаемых тревогах или предвзятых размышлениях пациента о прошлом. Не стоит сосредотачиваться на какой-либо отдельной части данных; лучше изучите общую картину того, что поддерживает или не поддерживает их ярлык сомнения.

Часто пациенты пытаются не принимать в расчет данные, которые они считают несущественными, но которые опровергают их ярлык сомнения. Убедитесь, что они приписывают себе в заслугу каждое свое действие и прогресс, независимо от того, насколько они малы, таким образом накапливая доказательства против ярлыка сомнения. Также может быть полезно взглянуть на имеющиеся данные с точки зрения другого человека, чтобы рассмотреть любые подтверждающие доказательства, которые пациент мог упустить. Если в процессе сбора этих данных появляются какие-либо новые уничтожительные ярлыки, обязательно устраните позже и их. Однако работайте только с одним ярлыком сомнения за раз.

После того, как вы соберете все доступные доказательства, спросите пациентов, насколько они верят свидетельствам в поддержку своего ярлыка сомнения и насколько они верят свидетельствам против своего ярлыка сомнения по шкале от 0 до 100 процентов. Вы хотите убедиться

в том, что собрали достаточно данных, чтобы доказательств против ярлыка сомнения было больше, чем за него. Вернемся к ситуации с Эми: она смогла привести в общей сложности 11 фактов: четыре в поддержку своей уверенности в том, что она “недостаточно хороша”, которым она верила на 40 процентов, и семь против этого убеждения, которым она верила на 60 процентов. Таким образом, доказательства, опровергающие ее ярлык сомнения, оказались более правдоподобными. Дело не в количестве элементов в каждом столбце как таковом, а в том, насколько сильно пациент верит в их истинность.

Данные в пользу утверждения “Я недостаточно хороша”	Данные против утверждения “Я недостаточно хороша”
<p>Я делаю меньше, чем должна.</p> <p>Мой муж всегда предлагает мне решения.</p> <p>Я не могу преодолеть эту депрессию.</p> <p>У меня не тот размер, который мне бы хотелось.</p>	<p>Я вошла в список лучших студентов в колледже.</p> <p>У меня есть ученая степень.</p> <p>Я отлично готовлю.</p> <p>Я хорошо заботюсь о других</p> <p>У меня успешный брак.</p> <p>У меня есть друзья.</p> <p>На мне все домашние обязанности.</p>
<p>На сколько процентов вы убеждены в этих данных (0–100%)? 40 %</p>	<p>На сколько процентов вы убеждены в этих данных (0–100%)? 60 %</p>

После того, как вы соберете все доступные данные, вернитесь, просмотрите каждую строчку в первом столбце (например, в поддержку ярлыка сомнения) и помогите пациентам рассмотреть альтернативный вывод. Попросите их перефразировать каждое свидетельство, используя новый, более реалистичный образ мышления. Такое упражнение позволит уменьшить достоверность ярлыка сомнения. Следующая таблица является продолжением примера Эми.

После того, как с вашей помощью пациенты перефразируют каждый факт, предложите им просмотреть свои ответы в первой таблице и повторно оценить, насколько сильно они верят данным за и против ярлыка сомнения. Рефрейминг, который они выполнили во второй таблице,

должен был снизить достоверность ярлыка сомнения. Например, после просмотра фактов, вера Эми в свидетельства в поддержку ее ярлыка сомнения упала до 10 процентов, тогда как вера в свидетельства против ярлыка сомнения возросла до 90 процентов.

Данные в пользу утверждения “Я недостаточно хороша”	Рефрейминг
• Я делаю меньше, чем должна.	• Я в депрессии, и мне трудно что-либо делать. То, что я вообще что-то делаю, — это уже достижение.
• Мой муж всегда предлагает мне решения.	• Мой муж не пытается меня оскорбить; он просто пытается помочь так, как умеет.
• Я не могу преодолеть эту депрессию.	• Даже если моя депрессия берет верх, это не отражение моего характера и это не моя вина. Страдать от депрессии — это и означает быть в подавленном состоянии.
• У меня не тот размер, который мне бы хотелось.	• То, что я прибавила в весе, не означает, что я стала хуже. Я бы хотела не набирать вес, но у меня есть много других качеств, которые делают меня тем, кем я есть.

Наконец, попросите пациентов прийти к новому, реалистичному общему выводу. Обратите внимание, что этот новый вывод может быть полной противоположностью, вариацией или менее радикальной версией первоначального ярлыка сомнения. Например, вместо “Я недостаточно хорош” пациент может сказать: “Я удовлетворительный”, “Я нормальный” или “Я адекватный”. Вернемся к примеру Эми. Она смогла прийти к следующему новому реалистичному выводу: “Я достаточно хороша такой, какая я есть. Я просто в депрессии, и это делает меня самокритичной”.

На следующей странице представлен рабочий лист, который вы можете использовать с пациентами, чтобы помочь им изменить ярлык сомнения и преобразовать его в более реалистичное и полезное убеждение.

Рабочий лист пациента

МОДИФИЦИРУЙТЕ СОМНЕНИЕ



Рефрейминг ярлыка сомнения — это важная часть выздоровления и предотвращения рецидива. Напишите свой ярлык сомнения в следующей строке и в течение следующей недели запишите аргументы за и против вашего ярлыка сомнения.

Какой ваш ярлык сомнения? _____

Теперь найдите доказательства за и против этого убеждения.

Аргументы в поддержку ярлыка сомнения	Аргументы против ярлыка сомнения

Теперь просмотрите факты в каждой колонке и оцените, насколько сильно вы верите в аргументы за и против ярлыка сомнения (0–100%).

_____ %: аргументы в поддержку ярлыка сомнения

_____ %: аргументы против ярлыка сомнения

После того, как вы изучите аргументы, вернитесь и просмотрите данные в левом столбце (например, аргументы в поддержку ярлыка сомнения) и рассмотрите альтернативный вывод для каждого аргумента.

Аргументы в поддержку ярлыка сомнения	Рефрейминг

Теперь повторно оцените свои проценты из первой таблицы. Насколько сильно вы верите аргументам за и против ярлыка сомнения теперь (0–100%)?

_____ %: аргументы в поддержку ярлыка сомнения

_____ %: аргументы против ярлыка сомнения

Каким будет ваш новый, реалистичный, общий вывод, принимая во внимание ваше новое убеждение?

Выявление и оценка условных предположений

Как обсуждалось в главе 2, условные предположения — это промежуточные убеждения между ярлыком сомнения и нашими компенсаторными стратегиями совладания со стрессом. Это утверждения “если, то”, которые определяют действия людей в окружающем их мире. Хотя особой необходимости разбивать эти предположения на отрицательные и положительные нет, это может быть полезно, поскольку отрицательные предположения активируют ярлык сомнения, тогда как положительные предположения отражают защитные стратегии, которые пациенты используют в попытке деактивировать ярлык сомнения.

Например, отрицательное предположение Эми может быть таким: “Если люди высказывают мне свои замечания или советы, значит, я недостаточно хороша”. В результате каждый раз, когда кто-то дает ей совет (например, ее муж, член семьи, работодатель, коллега, друг или незнакомец), существует риск активации ее ярлыка сомнения о том, что она “недостаточно хороша”. Когда это происходит, она, вероятно, раздувает ситуацию, испытывает сильный эмоциональный или физический дискомфорт, у нее ухудшается настроение. Чтобы компенсировать это, ее положительное условное предположение может быть таким: “Если я буду идеальной и все буду делать правильно, то люди не узнают, что я недостаточно хороша”. Поскольку невозможно постоянно со всем спрашивать, не говоря уже о том, чтобы делать все идеально, она продолжает быть уязвимой.

Условные предположения можно проверить. Мы часто можем изучить примеры из личной жизни наших пациентов, чтобы проверить их идеи. Например, сколько раз Эми не могла сделать что-то “идеально” с ее точки зрения, а этого никто не заметил? Данные из примеров других людей также могут быть полезны для проверки предположения. Знает ли Эми кого-нибудь, кто, по ее мнению, достаточно хорош, но не справляется со всем или делает что-то неидеально? Часто проверка предположений требует проведения экспериментов для проверки условной гипотезы. Например, Эми могла провести эксперимент на работе, намеренно добавив некоторые незначительные ошибки в служебку, которую она рассыпает (например, грамматические или орфографические ошибки), и посмотреть, заметит ли их

кто-нибудь. Если кто-нибудь заметит, то она сможет увидеть, каковы будут последствия и сможет ли она их пережить (при условии, что есть какие-то реальные последствия). Как и в любом хорошем эксперименте, важно получить прогнозы Эми и сопоставить их с наблюдаемыми данными, чтобы ее гипотезу можно было изменить.

Помните, что ошибочные предположения можно изменить с помощью сократического диалога и направляемых открытий, чтобы помочь пациентам сделать для себя более точные и реалистичные выводы. В случае с Эми рефрейминг ее условных предположений может состоять из следующих этапов: создать реалистичный план того, чего она может достичь, постараться сделать то, что в ее силах, и принять замечания как полезную обратную связь.

Учитывайте биполярное расстройство

У пациентов с диагнозом биполярное расстройство ярлыки сомнения часто связаны со значением, которое они придают своему диагнозу, или с прописанными им лекарствами. Например, из-за своего диагноза они могут считать себя неполноценными, недостаточно хорошими, нежеланными или некомпетентными. Точно так же они могут считать себя ущербными, слабыми или неполноценными, если им нужно принимать лекарства. Терапия помогает пациентам с биполярным расстройством определять себя за пределами своего диагноза (например, через свою личность, свои интересы, навыки, склонности, ценности), что помогает им преодолеть неуверенность в себе. Они также могут смириться с приемом лекарств, если осознают, что соблюдение режима приема лекарств является признаком силы и мудрости, а не отражением слабости и инвалидности.

СОХРАНЕНИЕ И УСИЛЕНИЕ УВЕРЕННОСТИ ЧЕРЕЗ ДЕЙСТВИЯ

Борьба с депрессией — это многоступенчатый процесс. Для успеха жизненно важно выполнить все следующие шаги — **рефрейминг, релаксация, реакция**. В идеале, при выполнении всех этих шагов пациенты избавляются от депрессии навсегда. Первый шаг — **рефрейминг** мыслей, предположений и убеждений — это ключ к уменьшению стресса и сохранению этих результатов. На ситуационном уровне Эми научилась понимать, что отзывы ее мужа были полезными,

а не критичными. Вдобавок Эми заменила свое убеждение о необходимости быть совершенной и делать все правильно на более разумное предположение, которое включало реалистичные ожидания и осознание того, что ошибки допустимы. Что еще более важно, ее ярлык сомнения “я недостаточно хороша” был изменен на более точное и позитивное мнение о себе: “я достаточно хороша такой, какая я есть”.

Второй шаг — **релаксация** — это легкая часть. Как только пациенты смогут изменить свое мышление и выработать более реалистичные и полезные убеждения, вполне вероятно, что за ними последуют положительные эмоции. Однако этим эмоциям можно помочь развиться. Вы можете помочь пациентам успокоить их тело, обучив их практическим техникам, способствующим релаксации, таким как техники самоуспокоения, медленное диафрагмальное дыхание, постепенное расслабление и медитация.

Последний шаг — **реакция** — включает не только составление поведенческой стратегии, которую пациенты могут немедленно реализовать, но и разработку стратегий, которые пациенты внедрят в будущем. Депрессия крадет энергию и мотивацию, а также лишает людей способности действовать эффективно. Негативно предвзятые мысли убеждают людей опускать руки, избегать, убегать, изолироваться, уходить и закрываться. Следовательно, хотя мобилизация пациентов на начальные действия является ключевым моментом, очень важно помочь им сохранить эти достижения в долгосрочной перспективе, чтобы укрепить и поддержать их уверенность в себе. Ниже приведены некоторые идеи, которые помогут пациентам усилить свое новое, более позитивное самовосприятие и укрепить уверенность в себе:

- Попросите пациентов восстановить связь с другими, отвечая согласием на приглашения и представляющиеся возможности.
- Научите пациентов стоять за себя, говоря “нет”, когда это оправдано.
- Попросите пациентов обращать внимание на данные, подтверждающие их новое положительное самовосприятие, и ежедневно их записывать. Например, обеспечьте пациентов ежедневником, который они могут использовать для отслеживания полученных ими сообщений, улучшающих их самочувствие. Попросите их пересматривать его в конце каждого дня.

- Посоветуйте пациентам придумывать, как минимум, три ежедневных утверждения о себе, которые соответствуют их новому самовосприятию. Попросите их ежедневно повторять эти аффирмации и добавлять новые по мере роста их самооценки.
- Если появляется информация, которая заставляет пациентов сомневаться в себе, попросите их изучить факты и посмотреть, можно ли прийти к более разумному выводу.
- Посоветуйте пациентам заняться деятельностью, которая соглашается с их более позитивной самооценкой.
- Поощряйте пациентов принимать вызовы и делать то, что выводит их из зоны комфорта.
- Обеспечьте пациентов копинг-карточками, которые они смогут носить с собой в электронном или бумажном виде. Эти карточки будут напоминать им о новых, более реалистичных выводах, которые они сделали о себе.



ТРЕВОГА

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ТРЕВОГИ

Тревога — это адаптивная биологическая реакция, который возникает, когда мы сталкиваемся с опасными ситуациями. Она помогает нам справляться с трудными и тяжелыми условиями и предотвращает пагубные последствия. Другими словами, это наша природная внутренняя система сигнализации. Когда мы осознаем опасность, эта внутренняя сигнализация активирует нашу симпатическую нервную систему, которая провоцирует выброс адреналина и активирует реакцию “бей, беги или замри”. Эта физиологическая активация необходима для быстрого увеличения частоты сердечных сокращений и перекачивания большего количества крови по телу, для замедления пищеварения, для метаболизма жиров и сахаров ради выработки энергии и для высвобождения химических веществ, которые способствуют быстрому сворачиванию крови.

Когда мы считаем, что находимся в опасности, и с нашим организмом происходит подобная физиологическая активация, мы стремимся выжить, убегая от угрозы, борясь с ней или прячась от нее. Например, если мы сталкиваемся с реальной угрозой пожара и не имеем необходимых ресурсов для его тушения (например, нет пожарного на месте или шланга под рукой), то тревога, которую мы испытываем, является адаптивной, потому что она сигнализирует нам о необходимости выбежать из здания. Тревога становится проблемой только тогда, когда наше восприятие угрозы и доступных ресурсов является неточным, но наше тело по-прежнему реагирует так, как будто опасность реальна. Когда это происходит, наша поведенческая предрасположенность биться, бежать или замирать становится дезадаптивной.

Согласно когнитивной модели тревоги, все тревожные расстройства связаны с преувеличенным восприятием угрозы и недооценкой ресурсов. Следовательно, когнитивная модель — это теория оценки,

риска и ресурсов (Beck & Emery, 2005). Когда пациент сталкивается со стимулом — либо внешним (например, звук, запах, событие), либо внутренним (например, телесное ощущение, мысль, чувство, образ) — мозг дает ему две оценки. Первая — это оценка угрозы. То есть, насколько опасна эта ситуация. Тревожные пациенты преувеличивают эту опасность, потому что они переоценивают вероятность угрозы и ее возможные последствия. Вторая оценка — это оценка ресурсов или способности справиться с ситуацией. Тревожные пациенты недооценивают доступные им ресурсы, потому что они не видят имеющихся внешних источников (например, друзей, коллег, профессионалов, специалистов по оказанию первой помощи) и недооценивают свою способность справиться с ситуацией.

Когда эти две оценки указывают на существование угрозы (реальной или мнимой) и ограниченность ресурсов, активируется тревога. Например, представьте человека с социофобией, который приходит к врачу после нескольких месяцев ожидания приема по серьезному медицинскому поводу. Пока он сидит в приемной, он смотрит вокруг и думает, что все пялятся на него, осуждают его и критикуют (преувеличенное восприятие вероятности). Для него недопустимо знать, что его осуждают (преувеличенное восприятие последствий), и он считает, что недостаточно силен, чтобы выдержать это пристальное внимание (недооценка способности справиться с ситуацией). Поэтому он сбегает из приемной и пропускает желанную встречу, ставя под угрозу свое здоровье.

В этом примере восприятие мужчиной угрозы преувеличено, поскольку большинство людей, сидящих в залах ожидания, не обращают ни на кого внимания; обычно они поглощены телефоном, смотрят телевизор, читают или дремлют. Вероятность того, что они смотрят на него, невелика, а вероятность того, что они отрицательно его оценивают, еще ниже, хотя и возможна. Однако мнение одного случайного незнакомца никак не повлияет на его жизнь. Оно не повлияет на то, как будет лечить его доктор, не поставит под угрозу качество его лечения или не повлияет на его значимость в глазах других людей. Проще говоря, это не сильно повлияет на его жизнь. Кроме того, как бы неприятно нам ни было думать, что мы кому-то не нравимся, правда состоит в том, что мы можем пережить критику.

Как показывает этот пример, у людей с повышенной тревогой происходит нежелательная активация их внутренней системы сигнализации, что приводит к неуместным и неэффективным поведенческим действиям. Согласно когнитивной модели тревоги, тревожным расстройствам свойственна эта общая предвзятость в когнитивной обработке, поэтому оценка и лечение тревоги одинаковы для всех тревожных расстройств и могут быть легко адаптированы для целевых профилей конкретных симптомов (Clark & Beck, 2010). Характерной особенностью тревожных расстройств является конкретное содержание страхов, лежащих в основе тревоги, и вытекающие из этого стратегии, которые люди используют, чтобы справиться с ситуацией. Таким образом, ключом к пониманию тревожного пациента является определение содержания его страхов, а также неэффективных поведенческих стратегий, которые он использует для того, чтобы справиться с ситуацией.

Чтобы проиллюстрировать эту точку зрения, рассмотрим человека, который боится летать и отказывается путешествовать самолетом. В случае определенной фобии содержание его страха может заключаться в том, что самолет упадет, а он не хочет умирать. Однако конкретные фобии могут быть более сложными. Возможно, причиной боязни полетов у этого пациента является вовсе не крушение самолета. Может быть, он боится, что умрет, и его невеста этого не переживет, или, возможно, он сомневается, достаточно ли он сделал добрых дел, чтобы претендовать на хорошую загробную жизнь.

С другой стороны, представьте, что у этого пациента социофобия. В этом случае его страх полетов связан с опасениями по поводу социального унижения, например, вероятности того, что в самолете будет неприятный запах, и все будут думать, что он исходит от него. В свою очередь, он считает, что он не вынесет смущения, которое за этим последует. Наконец, представьте, что у пациента диагностировано обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). В этой ситуации он может опасаться, что его посадят у аварийного выхода, и он знает, что испытает желание открыть аварийную дверь и выброситься из самолета. Он беспокоится о том, что будет действовать в соответствии с этой нежелательной, навязчивой мыслью, хотя нет никаких доказательств того, что он действительно бы так поступил.

В каждом из этих сценариев основной механизм, вызывающий тревогу у пациента, один и тот же (например, преувеличение восприятия угрозы и недооценка ресурсов), но его конкретный страх отличается в зависимости от расстройства (Beck & Emery, 2005). Разные страхи вызывают разные проявления симптомов, поэтому выявление конкретного содержания страха пациента является важным компонентом лечения. Например, пациентам с определенной фобией характерен иррациональный страх перед определенными ситуациями или объектами, и их стратегия выживания заключается в том, чтобы любой ценой избежать воздействия раздражителя, вызывающего этот страх. Напротив, люди с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) испытывают более беспредметную тревогу, которая возникает у них во многочисленных ситуациях, что заставляет их проявлять чрезмерную бдительность и постоянно беспокоиться о повседневных жизненных событиях.

Пациенты с паническим расстройством боятся телесных повреждений. Они неверно интерпретируют телесные ощущения как значительно более опасные, чем они есть на самом деле, и используют различные способы избегания, чтобы свести к минимуму появление любых физических симптомов. Когда эти симптомы действительно возникают — а они неизбежно возникают — пациенты с паническим расстройством считают, что эти симптомы опасны для жизни, и обращаются за неотложной медицинской помощью, как правило, в ближайшее отделение неотложки. Тревожно-ипохондрический синдром (или то, что обычно называют тревогой за здоровье) похож на паническое расстройство, но сопровождается опасением, что в *какой-то момент* произойдет медицинская проблема или катастрофа. Пациенты с тревожно-ипохондрическим синдромом постоянно настороже, внимательно следят за любыми признаками заболевания и ищут чрезмерной поддержки у медицинских работников. Вместо того, чтобы отправиться в ближайшее отделение неотложной помощи, они идут в кабинет специалиста.

При социальной фобии пациенты боятся осуждения или негативной оценки со стороны других людей в контексте социальных или производственных ситуаций, поэтому их стратегия выживания заключается в том, чтобы полностью избегать этих ситуаций. При ОКР этот страх связан с навязчивыми мыслями и побуждениями (например, навязчивыми идеями). Пациенты с ОКР преувеличивают силу и важность своих навязчивых идей, что заставляет их пытаться подавить

эти мысли или выполнять различные компульсивные действия, чтобы нейтрализовать свою тревогу. Наконец, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) можно концептуализировать как проблему тревожности, в которой содержание страха состоит в боязни заново пережить ужас травмы. Пациенты с ПТСР пытаются подавить воспоминания о травматических событиях, избегая любых напоминаний (например, людей, мест, событий, чувств), связанных с травмой.

Как показывают предыдущие примеры, тревожные расстройства характеризуются не только общими когнитивными искажениями, которые приводят к преувеличению угрозы и недооценке ресурсов, но и схожей стратегией преодоления: избеганием. В частности, пациенты с повышенной тревогой будут либо напрямую избегать ситуаций, которые вызывают у них тревогу, либо предпринимать различные меры безопасности, которые нейтрализуют любое чувство тревоги. Например, пациенты с тревожным заболеванием могут искать чрезмерной поддержки у медицинских работников, а пациенты с паническим расстройством могут выходить на улицу, только убедившись, что поблизости есть больница. Точно так же пациенты с социофобией могут пойти на крайние меры, чтобы мир не увидел, как они краснеют, например, надеть водолазку, нанести чрезмерный макияж и носить волосы так, чтобы они закрывали лицо.

Избегание — это дисфункциональная копинг-стратегия, потому что она является следствием неточного восприятия. То, что, по мнению пациентов, обеспечивает им безопасность, на самом деле препятствует их выздоровлению. Именно это делает избегание. Избегание препятствует новому обучению и укрепляет их мнимое восприятие. Оно не дает пациентам узнать правду и развить новую, более точную точку зрения. Хотя пациенты считают, что они обеспечивают себе безопасность или избегают опасности, на самом деле они способствуют сохранению тревоги, потому что избегание не дает им дискредитировать их ошибочное восприятие угрозы (Clark & Beck, 2010; Salkovskis, 1996).

Пациентам сложно отказаться от избегания, потому что они ошибочно полагают, что тревога опасна, и ставят себе за цель погасить ее. Очень важно скорректировать ожидания. Правда в том, что тревога адаптивна, поскольку она сигнализирует о наличии опасной угрозы. Если бы мы могли отключать свою природную систему сигнализации, то не могли бы должным образом реагировать на реальные угрозы и были

бы обречены на смерть. *Проблема не в самой тревоге, а, скорее, в связанных с нею страхах пациентов.* Таким образом, цель лечения состоит в том, чтобы помочь пациентам понять, что тревога не опасна, чтобы они могли перестать избегать ее и посмотрели в лицо своим страхам, умели более точно оценить угрозу и ресурсы и отключать ложные сигналы тревоги, сохраняя при этом свою природную систему оповещения.

В этой главе мы исследуем два компонента КПТ при тревожных расстройствах: когнитивную реструктуризацию и экспозиционную терапию. Когнитивная реструктуризация представляет собой первую фазу лечения, во время которой пациенты учатся определять и изменять иррациональные модели мышления, которые способствуют их тревоге. После того, как пациенты развили достаточные когнитивные навыки, чтобы справиться со своей тревогой, они могут перейти ко второй фазе лечения. Эта фаза включает использование техник на основе экспозиции, чтобы научить пациентов противостоять тем вещам, которых они боятся. В совокупности эти два метода используются для лечения тревоги, устранивая склонность пациентов переоценивать угрозу и недооценивать свою способность справляться с ситуацией.

КОГНИТИВНАЯ РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ

Когнитивная реструктуризация хорошо зарекомендовала себя при лечении различных тревожных расстройств, включая паническое расстройство, социофобию, ГТР, ОКР и ПТСР (Clark & Beck, 2010). Как и в ситуации с лечением депрессии с помощью когнитивной реструктуризации, лечение тревоги направлено на выявление и изменение неточных или бесполезных мыслей, которые вызывают у пациентов дистресс. По этой причине доступные стратегии когнитивной реструктуризации, обсуждаемые в главе 5, также применимы к лечению тревоги. Однако в случае с пациентами с повышенной тревогой особый фокус когнитивной реструктуризации нацелен на избавление пациентов от склонности переоценивать вероятность (“ошибка вероятности”) и серьезность негативных результатов (“катастрофическая ошибка”), а также от их тенденции недооценивать свою способность справляться с ситуацией или использовать внутренние и внешние ресурсы (“ошибка ресурса”). В следующих разделах каждая из этих трех ошибок обсуждается более подробно.

Ошибка вероятности

Пациенты с повышенной тревогой склонны неправильно оценивать вероятность негативного исхода. Независимо от того, является ли событие возможным, вероятным или определенным, пациент с повышенной тревогой ошибочно считает, что произойдет худший сценарий. Например, пациентка с ОКР, которая одержима навязчивой идеей нанести вред своему мужу, может полагать, что простое наличие навязчивых мыслей увеличивает вероятность того, что она доведет их до конца. Или пациент с паническим расстройством может ошибочно полагать, что каждый раз, когда он испытывает дискомфорт в груди, это приведет к сердечному приступу. Точно так же пациентка с фобией кошек может полагать, что любое общение с кошками приведет к беспринципному нападению животного, в результате которого она будет покалечена.

Чтобы противодействовать ошибке вероятности, необходимо помочь пациентам изучить факты в пользу и против их искаженного убеждения. Вернемся к примеру с пациенткой с ОКР, у которой возникают навязчивые мысли о причинении вреда: она придает этой мысли такой же вес, как фактическому действию на основе этой мысли. Действительно, пациенты обычно придают мыслям больше значения, чем они того заслуживают. Они позволяют таким мыслям определять их характер (например, “Если я так думаю, значит, я плохой человек”). Чтобы устраниТЬ ошибку вероятности, вы можете попробовать провести поведенческий эксперимент, чтобы проверить обоснованность их гипотезы. Например, вы можете попросить пациента с ОКР купить лотерейный билет и подумать про себя: “Я собираюсь выиграть в лотерее”, чтобы посмотреть, не повысит ли эта мысль вероятность такого исхода. Если вы поможете пациентам понять, что мысли не так сильны или значимы, как они думают, они смогут противодействовать ошибке вероятности и прийти к новым, реалистичным выводам о своих навязчивых мыслях.

В случае с пациентом с паническим расстройством, вы можете противодействовать ошибке вероятности, задавая ему направляющие вопросы, которые помогут ему оценить вероятность сердечного приступа в результате учащенного сердцебиения и потоотделения. Важно отметить, что простой вопрос: “Какие у вас есть аргументы в поддержку и против вашей гипотезы?” обычно неэффективен,

поскольку пациенты, как правило, видят только доказательства, подтверждающие их предвзятое мнение. Скорее, опытный психотерапевт использует сократический диалог, чтобы направить пациентов к новому, точному выводу, например, “Сколько раз у вас были эти симптомы паники? Сколько раз у вас был сердечный приступ? Сколько раз вы умирали? Вы проверяли эти симптомы? Вы проходили какие-нибудь тесты? Какие были результаты: нормальный, не-нормальный, низкий риск, высокий риск? Вам давали какие-нибудь лекарства? Что это были за лекарства, транквилизаторы? Они помогли? Противотревожные препараты эффективно избавили вас от симптомов? Могло ли это предотвратить сердечный приступ? Нет? Что это говорит вам о вероятности сердечного приступа?” В этом случае изучение доказательств помогает пациенту прийти к выводу, что сердечный приступ в результате возникновения панических симптомов крайне маловероятен. Новый вывод заключается в том, что вероятность сердечного приступа в результате учащенного сердцебиения и потоотделения крайне мала.

Сложность избавления от ошибки вероятности заключается в том, что если пациенты избегают пугающего их симптома, объекта или опыта, у них нет возможности проверить свое предположение. Например, рассмотрим случай пациентки с фобией кошек, которая принимает крайние меры, чтобы избегать этих животных. Она просит мужа обыскать двор, прежде чем она войдет в дом, и избегает всех потенциальных мест, где могут находиться кошки, включая задний двор, летний душ, рестораны под открытым небом, зоомагазины и дома любых друзей или членов семьи, у которых есть кошки. Это не позволяет ей проверить обоснованность ее страхов о том, что кошка на нее нападет, поэтому ошибка вероятности остается неизменной. Когда пациенты прибегают к поведению избегания, они не получают данных, опровергающих их страхи, и их ошибку вероятности невозможно изменить.

Катастрофическая ошибка

Пациенты с повышенной тревогой преувеличивают не только вероятность возникновения негативных последствий, но и то, насколько плохими будут эти последствия. Обычно они делают

катастрофические предположения и верят, что произойдет худший сценарий. Например, пациент с ГТР может преувеличить вероятность пропустить свой рейс и полагать, что если это случится, наступит конец света. Однако, на самом деле у этого пациента может быть еще час до этого рейса, а через час может быть свободно доступен другой рейс (а также еще пять в тот же день). Скорее всего, если он опоздает на рейс, это действительно будет иметь реальные последствия, но ваша роль как психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту увидеть, что эти последствия, хотя и неприятны, могут оказаться не такими катастрофическими, как он предполагал.

Чтобы помочь пациентам исследовать свое катастрофическое мышление, используйте приведенные ниже несколько полезных вопросов, которыми вы можете руководствоваться в разговоре.

- “Обязательно ли эти мысли верны?”
- “Согласуются ли эти мысли с доказательствами?”
- “Каким может быть худший, лучший и наиболее вероятный исход?”
- “Сможете ли вы пережить худший исход, и действительно ли это будет проблемой?”
- “Можете ли вы думать об этой ситуации по-другому?”
- “Эти мысли полезны?”
- “Что вы могли бы сказать другу или другому человеку в этой ситуации?”
- “Какие у вас есть внутренние и внешние ресурсы, которые помогут вам справиться с этой ситуацией?”

Чтобы проиллюстрировать, как может выглядеть этот разговор, представьте себе женщину с социофобией, для которой осознание того, что кто-то ее не любит или плохо о ней думает, равнозначно концу света. Ваш первый вопрос поможет этой пациентке проверить обоснованность ее тревожных мыслей. Например, вы можете спросить: “Если кто-то не любит вас или плохо о вас думает, как этот человек будет к вам относиться? Какие у вас есть доказательства того, что этот человек относится к вам таким образом? Какие у вас есть доказательства того, что этот человек не относится к вам таким образом? Как объективный

наблюдатель может описать отношение к вам этого человека?" Затем вы можете помочь пациентке решить, что она будет делать, *даже если* этот пугающий исход окажется правдой. Например, вы можете спросить: "Как то, что вы не нравитесь этому человеку, повлияет на вашу жизнь? Означает ли это, что все 7 655 957 369 человек на земле вас не любят?" Если вы поможете этой пациентке понять, что мнение отдельного человека несущественно для общей схемы вещей, она осознает, что *сможет* пережить то, что кто-то ее не любит или негативно о ней отзыется. Вместо того, чтобы бояться такого исхода, она может научиться принимать его как возможность и осознать, что это не обязательно должно быть проблемой.

В рамках преодоления тревоги важно, чтобы пациент признал, что в жизни редко можно быть в чем-то полностью уверенными, и что вероятность возникновения различных аномалий или случайностей довольно велика. Пациенты не всегда могут быть полностью уверены в том, что ничего плохого не случится. Если вероятность того, что произойдет что-то плохое, высока, необходимо решить, как справиться с этими последствиями. Однако, когда вероятность угрозы нулевая или мала, бороться с катастрофическим мышлением бесполезно. Решение проблем для каждой призрачной возможности угрозы означает, что пациенты не могут жить сегодняшним днем, испытывать радость, достигать целей или сближаться с другими людьми. Нет смысла готовиться к вспышке бубонной чумы, к нападению птиц на детской площадке или к цунами в государстве, не имеющем выхода к морю.

Ошибка ресурса

Пациенты с повышенной тревогой недооценивают доступные им внутренние и внешние ресурсы, с помощью которых они могут справляться с угрозами по мере их возникновения. Терапия заключается в том, чтобы помочь пациентам понять, какие ресурсы у них уже есть, а также создать дополнительные внутренние и внешние ресурсы. Например, пациенту с социальной тревогой может потребоваться развить навыки общения или напористости, тогда как пациенту с фобией вождения может потребоваться обучение вождению и практика с инструктором, прежде чем он выедет на реальную дорогу. Что касается внутренних ресурсов, то многие пациенты уже имеют необходимые навыки или просто

нуждаются в дополнительном обучении для их дальнейшего развития. Некоторые примеры этих внутренних ресурсов включают интеллект, смекалку, сообразительность, духовность, умение справляться с трудностями, таланты, знания, индивидуальность, чувство юмора, физическую силу, стойкость и, что наиболее важно, уверенность в себе.

Уверенность в себе — это, пожалуй, самый важный внутренний ресурс, над которым нужно работать в контексте терапии, потому что тревожные пациенты чувствуют себя беспомощными сделать что-то со своей тревогой, что лишь усиливает их неуверенность в себе. Правда в том, что никто не беспомощен. У всех нас есть способности, навыки, знания и сильные стороны, благодаря которым мы способны противостоят жизненным трудностям (и даже если у пациентов действительно отсутствуют определенные жизненные или терапевтические навыки, терапия может помочь им приобрести их!). Главное — помочь пациентам понять это. Помогая пациентам развить уверенность в себе, вы укрепляете их способность считать себя способными и желанными, вместо того, чтобы ставить под сомнение свою компетентность или социальную желательность (Sokol & Fox, 2009). Уверенные в своих способностях пациенты понимают, что им не обязательно быть “совершенными” и что они могут совершать ошибки. Они осознают, что просьба о помощи или получение дополнительной подготовки не ставит под сомнение их компетентность. Точно так же пациенты, которые уверены в своей социальной желанности, больше не боятся быть отвергнутыми (например, когда они кому-то не нравятся или кто-то им недоволен), потому что они знают, что эти действия не определяют их ценность. Уверенность в себе — это ключ к устранению необоснованной тревоги. Таким образом, необходимо четко определить и записать сильные стороны и ресурсы пациента, как внутренние, так и внешние, потому что это является важной частью лечения тревоги. Без сомнения в себе тревога не может существовать.

Помимо работы с внутренними ресурсами, при устранении ошибки ресурса психотерапевт может помочь пациентам распознать внешние ресурсы, к которым у них уже есть доступ. Под такой помощью может иметься в виду создание дополнительных источников поддержки для изолированных от общества пациентов. К внешним ресурсам могут относиться самые разные люди из сообщества в целом, в том числе друзья, семья, соседи, неравнодушные граждане,

полиция, пожарные, электрики, сантехники, специалисты в области психического здоровья, врачи, юристы, бухгалтера, строительные рабочие и службы быстрого реагирования. Например, лектор, который боится, что не сможет дать ответы на вопросы, может осознать, что ответ могут знать другие члены аудитории или докладчики. Точно так же у пациента, участвующего в деловых переговорах, есть команда юристов, бухгалтеров и руководителей продаж, которые обладают опытом для решения любых возможных проблем.

Когда пациенты осознают, какими внутренними и внешними ресурсами они располагают, это сводит к минимуму их воспринимаемое чувство риска и вооружает их необходимыми инструментами для перехода к следующему этапу лечения: экспозиционной терапии.

СТРАТЕГИИ НА ОСНОВЕ ЭКСПОЗИЦИИ

Чтобы подготовить вашего пациента к стратегиям, основанным на экспозиции, сначала объясните когнитивную модель тревоги в контексте его конкретных страхов. Чего именно он боится? Вы хотите выявить страхи относительно вероятности пугающего исхода (вероятность), предполагаемых последствий этого пугающего исхода (степень серьезности) и имеющихся у него предполагаемых ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с этим исходом. Затем используйте принципы когнитивной реструктуризации, чтобы помочь пациентам увидеть, что их восприятие угрозы преувеличено, а их внутренние и внешние ресурсы недооценены.

Как только пациенты поймут когнитивную модель тревоги и получат знания посредством когнитивной реструктуризации и поведенческих экспериментов, они готовы начать процесс экспозиционной терапии. Экспозиция — это возможность для пациентов проверить обоснованность их страхов. Это мощный инструмент для изменения неточного и искаженного мышления, поскольку он предоставляет конкретные фактические данные, опровергающие пугающую их гипотезу.

Вы можете использовать с пациентами ряд методик, основанных на экспозиции, включая экспозицию *in vivo*, имагинальную экспозицию, интероцептивную экспозицию и экспозицию в виртуальной реальности. При экспозиции *in vivo* пациенты непосредственно противостоят своим страхам в реальной жизни. Например, пациента

могут попросить прикоснуться к объекту, вызывающему страх (например, змея), намеренно пролить кофе на рубашку и пойти так в общественное место или поесть в одиночестве в ресторане — все это примеры экспозиции *in vivo*.

Согласно Кларку и Беку (2010), большинство психотерапевтов рекомендуют использовать экспозицию *in vivo* каждый раз, когда это возможно, но иногда такая возможность отсутствует. Например, в определенных ситуациях экспозиция *in vivo* была бы опасной, непрактичной или неэтичной. В этих случаях может оказаться эффективной **имагинальная экспозиция**, когда пациентов просят противостоять своим страхам в своем воображении. Например, вы можете попросить пациентов представить, как они едут на машине по большому мосту, роняют пакет с продуктами на пол или испытывают паническую атаку на глазах у своего ребенка. Имагинальная экспозиция особенно уместна, когда страх пациента связан с мыслью, образом или идеей. Эта методика также может помочь акклиматизировать пациентов на начальных этапах экспозиционной терапии, особенно тех, которые отказываются начинать с экспозиций в реальных условиях.

Интероцептивная экспозиция — это еще один тип экспозиционной терапии, используемый для лечения панического расстройства. При этой экспозиции у пациента намеренно вызывают пугающие его телесные ощущения, такие как головокружение, потоотделение, учащенное сердцебиение и одышка. Например, вы можете попросить пациентов специально вызвать у себя гипервентиляцию, дышать через узкую соломинку с зажатым носом, вращаться на стуле, бегать на месте или смотреть на узор в виде елочки. Ключ к интероцептивной экспозиции — вызвать пугающий телесный симптом. Наконец, **экспозиция в виртуальной реальности** включает использование технологий для создания виртуальной симуляции пугающего раздражителя. Оборудование виртуальной реальности можно использовать для реалистичного воспроизведения множества пугающих ситуаций, в том числе, нахождения на высоком выступе, в самолете или перед аудиторией.

Ключевые компоненты экспозиционных вмешательств

Перед тем, как начать какой-либо вид экспозиционной терапии, важно обосновать пациентам эту необходимость. Вы хотите, чтобы

пациенты понимали, что преодоление своих страхов — это необходимый компонент выздоровления. Если они и дальше будут прибегать к избегающему поведению, то навсегда останутся в плену своих страхов, ставя под угрозу свои возможности, цели и интересы. Избегание не позволяет пациентам проверить обоснованность их страхов и мешает новому обучению. Помогите им понять, что экспозиция — это противоположность избеганию и механизм, с помощью которого пугающая их гипотеза может быть опровергнута.

Основная задача экспозиционной терапии состоит в том, чтобы заставить пациентов делать новые, более точные выводы о пугающих их прогнозах и последствиях. Чтобы это произошло, вы должны сначала определить пугающий их результат, попросить пациентов пройти экспозицию, а затем обсудить результаты. Фактически, само проведение экспозиции — это уже результат. Успех экспозиции определяется тем, преодолели ли пациенты пугающий их исход, а не тем, как они себя чувствуют до, во время или после экспозиции. По сути, если во время экспозиции пациенты испытывают сильное беспокойство, это может стать для них еще более убедительным аргументом против обоснованности их страхов. В частности, если пациенты считают, что они не могут функционировать в состоянии тревоги, их гипотеза опровергается, когда они видят, что *смогли* функционировать и пережить экспозицию, несмотря на свою высокую тревогу. Например, пациент, который смог проехать в лифте, несмотря на свою тревогу, осознает, что он не задохнется и не умрет. То, что он ехал в лифте, уже само по себе успех.

Как и в любом хорошем эксперименте, надежность зависит от повторения. Необходимо часто повторять экспозиции, чтобы пациенты могли объективно пройти к более точным выводам о своих прогнозах. Единовременный успех может показаться счастливой случайностью, но успех при многократном воздействии — это веское свидетельство. Кроме того, продолжительность самой экспозиции должна быть достаточно длительной, чтобы произошло эмоциональное обучение. При слишком коротких по своей природе экспозициях это обучение не происходит, поскольку не происходит обработка информации. Если пациенты прекращают экспозицию преждевременно, они не узнают, что могут мириться со своей тревогой и что со временем они привыкнут к пугающему их исходу. Поэтому всегда поощряйте пациентов оставаться в экспозиции дольше, чем они планировали, чтобы полностью проверить обоснованность их страхов. Рекомендуемая

длительность экспозиции *in vivo* часто составляет 20 минут, в то время как другие формы экспозиции могут не требовать такой продолжительности. Например, при интероцептивной экспозиции пациентов обычно просят провести гипервентиляцию в течение одной минуты и повторить это дыхательное упражнение несколько раз.

Хотя обеспечение достаточной продолжительности экспозиции является важной частью лечения, вопрос об интенсивности не так однозначен. В целом, субъективные уровни дистресса, которые попадают в диапазон от 30 до 40 процентов, считаются хорошей отправной точкой, но новые результаты показывают, что обучение может происходить независимо от интенсивности. С одной стороны, состояние повышенной тревоги предпочтительнее, потому что оно позволяет пациентам опровергнуть пугающую их гипотезу и получить новый опыт. Это позволяет пациентам увидеть, что они могут противостоять своим страхам и терпеть дискомфортные чувства, связанные с тревогой.

С другой стороны, если тревога становится слишком сильной, пациентам могут потребоваться некоторые техники управления тревогой (например, глубокое дыхание, техники релаксации), чтобы стимулировать длительную и повторяющуюся экспозицию (Clark & Beck, 2010). Техники управления тревогой являются скользкой дорожкой, потому что пациенты могут начать использовать эти методы в качестве стратегии избегания, которая мешает новому обучению. Это особенно верно при паническом расстройстве, когда пациенты могут использовать техники релаксации или дыхание как способ избежать вызывающих страх телесных симптомов. При этом пациенты лишают себя возможности понять, что их телесные симптомы не так опасны, как они думают, и не могут увидеть, что их опасения необоснованы.

Уговорить пациентов столкнуться с тем, чего они боятся, может быть довольно трудно, поэтому важно работать с ними в сотрудничестве, чтобы решить, насколько медленно или незамедлительно они хотят приблизиться к экспозиции. Многим пациентам может быть полезно разработать иерархию страха, в которой они классифицируют свои страхи от тех, которые вызывают меньше всего тревоги, до тех, которые вызывают наибольшую тревогу. Затем вы можете попросить пациентов начать с воздействий, которые вызывают у них наименьшую тревогу, и продвигаться вверх по иерархии по мере того, как они обретают уверенность. Хотя использование иерархии обычно означает более медленный курс терапии, благодаря ему можно улучшить

сотрудничество с пациентами и снизить вероятность того, что они прекратят лечение преждевременно.

После начала экспозиционной терапии важно, чтобы пациенты продолжали повторять экспозицию, пока их уровень функционирования не повысится, а обоснованность их страхов не будет опровергнута. Попросите пациентов повторять экспозицию каждый день или даже несколько раз в день, пока не будет достигнуто желаемое. По мере того, как пациенты постепенно сталкиваются со своими страхами и опровергают пугающую их гипотезу, экспозиция перестает требовать от них каких-либо усилий и становится ненужной.

Возможные опасности

Когда пациенты придерживаются избегающего поведения, это препятствует обучению и может поставить экспозицию под угрозу. Например, пациентка с паническим расстройством, которая боится потерять сознание, может держаться за стол всякий раз, когда у нее кружится голова, что не позволяет ей проверить, действительно ли она упадет в обморок. Точно так же пациент с посттравматическим стрессовым расстройством может дистанцироваться всякий раз, когда ему приходится пересказывать травматическую историю, что мешает ему узнать, сможет ли он справиться с дистрессом, связанным с травматическим воспоминанием. Или пациент, который боится проезжать мосты, может настаивать на том, чтобы всегда ездить в машине инструктора (которая оснащена дополнительным рулевым колесом и тормозом), что мешает ему узнать, сможет ли он безопасно проехать по мосту. Обратите внимание, прибегают ли ваши пациенты к каким-либо формам такого избегающего поведения, поскольку его необходимо устранить, если вы хотите, чтобы экспозиция пошла пациентам на пользу.

В дополнение к избегающему поведению, еще одна потенциальная ловушка экспозиционной терапии заключается в том, что пациенты сталкиваются с ситуацией, которая находится слишком высоко в их иерархии страха. Это приводит к дисрегуляции и препятствует любому новому научению. В такой ситуации вы можете пересмотреть сделанные вами ранее когнитивные выводы относительно их восприятия опасности и ресурсов, сократить продолжительность экспозиции, вернуться к ситуации, находящейся ниже по иерархии страха,

или использовать успокаивающие техники, чтобы помочь пациентам включиться в процесс.

Наконец, одним из самых серьезных препятствий в экспозиционной терапии является отказ пациента практиковать экспозицию. Чтобы помочь пациентам привыкнуть к экспозиции, желательно, чтобы они сначала практиковали ее во время сеанса, так, чтобы, практикуя ее потом самостоятельно вне сеанса, они чувствовали себя более подготовленными. Хотя во время сеанса проще практиковать имагинальную экспозицию, интероцептивную экспозицию или экспозицию в виртуальной реальности, также во время сеанса можно проводить некоторые экспозиции *in vivo*. Кроме того, может быть полезно заручиться поддержкой членов семьи, друзей или близких людей, которые могут помочь пациентам выдержать экспозицию. Наконец, вы можете преодолеть сопротивление пациентов, напоминая им о причинах, по которым они решили заняться экспозицией, а также о том, что, продолжая прибегать к избегающему поведению, они препятствуют своему выздоровлению.

РЕЗЮМЕ: ВОСЕМЬ ШАГОВ К ЭКСПОЗИЦИИ

1. Определите, чего пациенты избегают и чего они боятся.
2. Обсудите причины применения экспозиционной терапии и то, как избегание препятствует выздоровлению.
3. Напомните пациентам, что успешная экспозиция состоит в том, чтобы столкнуться с самим страхом, а не с тем, что они чувствуют до, во время или после экспозиции.
4. Решите, какой тип экспозиции подходит больше всего. Возможно, могут быть использованы несколько типов экспозиции.
5. Дайте четкие прогнозы, прежде чем просить пациента начать экспозицию.
6. Пусть ваш пациент приступит к экспозиции. При необходимости разработайте иерархию и попросите пациентов работать по ней снизу-вверх.
7. Обсудите результат каждой экспозиции, чтобы прийти к четким выводам и извлечь уроки.
8. Практикуйте, практикуйте, практикуйте!

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Как уже говорилось, тревожные расстройства имеют одну общую черту — все они связаны с преувеличенным восприятием угрозы и недооценкой ресурсов (Beck & Emery, 1985). Таким образом, у них будет одна цель лечения, которая состоит в том, чтобы научить пациентов более реалистично оценивать риски и ресурсы. Однако важнейшие компоненты лечения, используемые для достижения этой цели, различаются в зависимости от конкретного содержания страха пациента. В следующих разделах обсуждаются конкретные вмешательства, используемые при лечении распространенных тревожных расстройств, включая ГТР, социальную тревогу, паническое расстройство, специфическую фобию, тревожно-ипохондрический синдром, ОКР и посттравматическое стрессовое расстройство. В частности, мы обсуждаем симптомы каждого расстройства, а также знакомим вас с конкретными когнитивными и поведенческими вмешательствами, которые могут быть использованы при каждом расстройстве.

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — это чрезмерная и постоянная тревога в самых разных сферах жизни (например, здоровье, семья, работа, финансы). Главная особенность ГТР заключается в том, что пациент постоянно ожидает, что случится что-то плохое, и пытается контролировать это событие. Хотя периодическое беспокойство — это нормальная часть жизни, люди с ГТР испытывают беспокойство, которое носит непропорциональный характер, поскольку они склонны предвидеть катастрофу, несмотря на отсутствие доказательств. Кроме того, беспокойство, характерное для ГТР, носит хронический и повсеместный характер. Это беспокойство не связано с конкретной озабоченностью потенциальной проблемой; скорее, оно связано с беспокойными и навязчивыми мыслями, которые выходят из-под контроля (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Первичный компонент когнитивной реструктуризации при ГТР заключается в том, чтобы помочь пациентам понять, что их

беспокойство неадекватно и бесполезно. Пациенты с ГТР часто считают, что их беспокойство каким-то образом им помогает, поэтому важно указать на его различные недостатки. Например, беспокойство вызывает у них стресс, мешает сосредоточиться и учиться, мешает им получать удовольствие и не дает им полноценно жить настоящим моментом. Даже перед лицом этих недостатков некоторые пациенты с ГТР по-прежнему будут придерживаться положительных убеждений о беспокойстве, потому что они ошибочно полагают, что беспокойство — это способ обрести уверенность. Ключ в том, чтобы помочь пациентам научиться мириться с неопределенностью и принимать свое бессилие. Плохие вещи случаются, но беспокойство — это не способ предотвратить эти события или помочь справиться с ними. Помочь пациентам принять это бессилие и неуверенность — это важный шаг.

Кроме того, пациенты должны понимать, что решение проблем — это не то же самое, что беспокойство. Решение проблемы ведет к выходу из затруднительного положения, тогда как беспокойство подразумевает лишь систематическое избегание проблемы без принятия мер. Таким образом, цель лечения состоит в том, чтобы научить пациентов не беспокоиться, а более точно оценивать опасность, решать проблемы и принимать соответствующие меры только в том случае, если угроза реальна. Пациенты с ГТР на самом деле хорошо умеют решать проблемы и, столкнувшись с реальными чрезвычайными ситуациями, они склонны проявлять себя с лучшей стороны. Чтобы помочь пациентам увидеть, что они действительно обладают этими способностями к решению проблем, вы можете попросить их вспомнить прошлый опыт, когда они успешно сталкивались с трудностями и преодолевали их. Также может быть полезно использовать образы и попросить пациентов представить различные возможные результаты, связанные с пугающим их сценарием, а также рассмотреть все возможные способы с ним справиться.

Вы можете использовать следующую копинг-карточку, чтобы помочь пациентам с ГТР научиться мириться с неопределенностью, лучше решать проблемы и вырваться из порочного круга беспокойства. На следующей странице есть раздаточный материал, который пациенты могут использовать, чтобы оценить полезность своего беспокойства.

Копинг-карточка
НЕТ БЕСПОКОЙСТВУ

- Беспокойство само по себе является расстройством мышления. Оно крадет энергию, утомляет меня, отвлекает и всячески мучает. Оно мешает моей способности жить настоящим и радоваться жизни. Моя цель — НЕ БЕСПОКОИТЬСЯ.
- Вместо того, чтобы беспокоиться, я могу сказать себе: "В данный момент я ничего не могу сделать для решения этой проблемы. Когда я буду готов, или если это будет необходимо, я разберусь и займусь ею. А пока что я отложу ее на потом".
- Я хорошо решаю проблемы, поэтому, когда я готов столкнуться с проблемой или в этом возникает необходимость, у меня есть навыки, чтобы противостоять ей.
- Мне не нужно во всем разбираться заранее. Это нормально, что я не выясняю все сразу.

Рабочий лист пациента

ОЦЕНИТЕ СВОЕ БЕСПОКОЙСТВО



Когда вы обнаруживаете, что вы беспокоитесь, **ОСТАНОВИТЕСЬ** и выполните приведенные ниже шаги.

1. Спросите себя: что меня беспокоит? То, чего я опасаюсь, скорее всего, маловероятно или невозможно?

2. Спросите себя: если бы это произошло, что самое худшее могло бы случиться? Что самое лучшее? Что наиболее вероятное?

3. Если то, что вас беспокоит, может произойти (и если оно произойдет, это станет проблемой), переходите к вопросу 4. Однако, если то, что вас беспокоит, невозможно или маловероятно (и даже если бы это случилось, это не представило бы проблемы), тогда нет смысла тратить свою энергию на размышления об этом.

4. Если это вероятно и может повлечь за собой проблемы, что вы можете с этим сделать?

5. Если так, то каковы ваши варианты? Оцените плюсы и минусы каждого варианта и выберите курс действий. Если ваши варианты нельзя реализовать прямо сейчас, то подождите. Если у вас нет выбора, примите свое бессилие и пусть вселенная правит балом!

Поведенческие вмешательства

Учитывая, что пациенты с ГТР находятся в состоянии постоянного напряжения, также полезно включать вмешательства, которые снижают уровень их автоматического возбуждения. Поведенческие вмешательства, способствующие релаксации, такие как глубокое дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, осознанность, йога и физическая активность, могут помочь снизить напряжение и реактивность пациентов. Эти вмешательства могут быть особенно полезны перед более прямым вмешательством (например, когнитивной реструктуризацией или поведенческим воздействием) при наличии нетипично сильной соматической тревоги (Clark & Beck, 2010). Эти вмешательства не только успокаивают организм, но и в качестве побочного эффекта снижают беспокойство. В частности, такие вмешательства, как йога и осознанность, могут помочь пациентам отключить свои навязчивые мысли и вместо этого настроиться на свое тело. Однако, если пациенты боятся самой тревоги, сперва должна сработать когнитивная реструктуризация, чтобы устраниить страх, окружающий тревогу. Только после этого вы можете дать пациентам инструменты, позволяющие уменьшить их субъективное восприятие этой тревоги. В противном случае техники релаксации сами по себе могут стать формой избегания.

Еще один полезный поведенческий инструмент заключается в том, что пациенты намеренно выделяют себе каждый день время на беспокойство. Пациенты с ГТР в течение дня поглощены беспокойством, постоянно обсуждая свои проблемы и не находя решения. Запланировав заранее определенное время для беспокойства, пациенты учатся откладывать свои заботы и продолжать свой день. Чтобы осуществить это вмешательство, сначала попросите пациентов выделить 20-минутный период в течение дня, во время которого они могут беспокоиться. Затем, каждый раз, как они будут ловить себя на беспокойстве в течение дня, попросите их записывать эти проблемы и откладывать их до следующего раза. Часто пациенты сообщают, что они не могут беспокоиться в отведенное для беспокойства время, поскольку обнаруживают, что ожидаемая проблема не возникла или не была такой уж большой, следовательно, у них не было необходимости так сильно беспокоиться. В свою очередь, пациенты осознают, что беспокойство только усугубляет их проблемы, вызывая тревогу и мешая рациональному мышлению.

ГТР: ВАРИАНТ ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Практиковать техники релаксации.
2. Запланировать определенное время для беспокойства и отложить любые заботы до этого времени.
3. Прочитать их копинг-карточки.
4. Решать проблемы вместо того, чтобы беспокоиться.
5. Практиковать терпимость к неопределенности.
6. Вообразить альтернативные исходы их страхов.
7. Напоминать себе о тех случаях, когда ониправлялись с трудными ситуациями.
8. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и записать их, чтобы сформировать положительное представление о себе.

Социальное тревожное расстройство

Социальная тревога характеризуется страхом осуждения в социальных ситуациях или ситуациях, связанных с результатами работы. Люди с социальной тревожностью опасаются возможности социального унижения или отказа, и они боятся оказаться в неловком положении. Они чрезмерно восприимчивы к внутренним процессам (например, тревожным чувствам, искаженным автоматическим мыслям, физиологическому возбуждению), и постоянно размышляют о том, как их воспринимаемые социальные недостатки заставят их каким-то образом “наломать дров”. В результате люди с социальной тревогой склонны избегать социальных ситуаций, что ограничивает их возможность общаться, встречаться, путешествовать, работать,ходить в школу и иным образом функционировать в жизни (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Пациенты с социальной тревогой переоценивают вероятность того, что люди обращают на них внимание, и испытывают острый стресс если чувствуют, что их каким-то образом осуждают или отвергают. Поскольку они чрезмерно сосредоточены на внутренних сигналах

и используют эти сигналы в качестве меры своей воспринимаемой социальной некомпетентности, это мешает их способности объективно оценивать фактические социальные сигналы. Следовательно, основной компонент лечения заключается в том, чтобы помочь пациентам изучить реальные данные вместо того, чтобы полагаться на эти внутренние сигналы. Работайте с ними, чтобы оценить их гипотетические страхи, заставляя их наблюдать за сигналами внешнего мира и обучая их подвергать сомнению их искаженные оценки вероятности.

Например, представьте подростка старшего возраста, который боится, что все заметят его отсутствие развития. Он утверждает: “Все думают, что я выгляжу как маленький ребенок. Никто не будет воспринимать меня всерьез. Никто не захочет тусоваться с ребенком. Я буду чувствовать себя униженным”. Из-за этих опасений он оказывается посещать школу, и, поскольку у его опасений нет опровержения, они продолжают расти. Когнитивная реструктуризация может помочь ему оценить свои автоматические мысли, чтобы выбрать более подходящий образ действий. Хотя он и правда отстает в росте, это не означает, что мир оценивает его негативно. Во время работы в летние каникулы никто не относился к нему иначе, чем к остальным. Клиенты не просили помочь им более взрослого сотрудника, и никто не высмеивал его рост или отсутствие растительности на лице. Его друзья по-прежнему относятся к нему так же, как и всегда, по-прежнему делятся с ним своими секретами, гуляют и даже ездят с ним на его машине с его недавно полученными правами. Реальность такова, что все считают его “одним из них”, а не каким-то малолетним пациентом. Осознав это, пациент может вернуться в школу, где его опасения найдут еще большее опровержение.

В качестве другого примера возьмем женщину, которая обильно потеет. Она воображает, что окружающие замечают ее чрезмерное потоотделение и это их напрягает, и предполагает, что в результате они делают о ней множество ужасных выводов. Страх осуждения заставляет ее избегать людей и отклонять приглашения, что еще больше отдаляет ее от мира и усиливает ее страхи. В этой ситуации цель терапии не в том, чтобы уменьшить ее потоотделение, хотя уменьшение ее страха потоотделения, вероятно, уменьшит его интенсивность. Скорее, цель состоит в том, чтобы помочь ей понять, что ее мыслям характерно преувеличенное восприятие неприятия. Правда

в том, что хотя она и потеет больше, чем среднестатистический человек, большая часть мира не судит ее так строго, как она судит себя сама. Фактически, большая часть мира вообще этого не замечает. Хотя вполне вероятно, что кто-то может счесть ее потоотделение неприятным или негативным, это не обязательно повлечет за собой те последствия, которых она боится. Например, ее потливость не помешала ей быть счастливой в браке, иметь друзей и детей, которые ее обожают, или сохранить успешную работу. Ее больше расшатывают воображаемые последствия потоотделения, чем реальные. Даже если кто-то посчитает ее потливость отвратительной, ну и что? Повлияет ли это на что-нибудь, что для нее важно? Когнитивная реструктуризация может помочь ей понять, что она — это не ее пот; скорее, она представляет собой комплекс активов, талантов, интересов и опыта, которые делают ее желанным и достойным человеком.

Наконец, люди с социальной тревогой склонны зацикливаться на своих предполагаемых ошибках, вспоминая о любом взаимодействии с другими людьми. Например, рассмотрим пациента, который считает себя социально неприспособленным и плохо справился с недавним собеседованием. Он вспомнил, как не смотрел в глаза, обильно потел, слишком долго отвечал на вопросы и не выглядел умным. Вместо того чтобы позволить его воображению взять верх, когнитивная реструктуризация может помочь ему более объективно оценить свое восприятие и перефразировать любые ошибочные выводы. Один из способов добиться этого — заставить пациента заново пережить этот опыт через образы или записанные данные. Например, вы можете попросить пациента рассказать, какие вопросы ему задавал потенциальный работодатель, и попросить его пересказать вам свои ответы. При этом становится очевидным, что его ответы во время собеседования были точными.

Чтобы помочь пациентам осознать, что социальная тревога, которую они испытывают, непропорциональна текущей ситуации, используйте следующую копинг-карточку, чтобы напомнить им, что их тревога вызвана переоценкой угрозы и недооценкой ресурсов.

Копинг-карточка

ИЗБЕЖАНИЕ СТРАХА СОЦИАЛЬНОГО ОСУЖДЕНИЯ

- Негативное мнение кого-либо обо мне не должно меня определять.
- Негативное мнение кого-либо обо мне вообще не должно влиять на меня.
- Мир не обращает на меня внимания; все слишком заняты.
- Чтобы быть безупречным, не нужно быть успешным или любимым. Я могу принять свои недостатки.
- Я могу себя проявить. Я не позволю своему страху перед общественным осуждением помешать мне добиваться того, чего я хочу, и делать то, что мне нравится.
- Я могу перестать зацикливаться и посмотреть на мир вокруг себя. Наверное, он не так уж и страшен, как я себе представлял.

Поведенческие вмешательства

При лечении социальной тревожности в рамках КПТ создайте когнитивный рефрейминг, собирая поведенческие данные в контексте воздействий. Экспозиции предоставляют пациентам возможность проверить свои опасные прогнозы и опровергнуть свои ошибочные представления. Например, возвращаясь к случаю с препубертатным учеником, единственный способ узнать, что он не будет отвергнут или изолирован, — это вернуться в школу. Точно так же женщина, которая обильно потеет, может преодолеть свой страх, только представ перед миром в образе потной себя. Вместо того, чтобы скрывать свой пот объемной одеждой или спешить в ванную, чтобы вытереть лицо, она должна научиться смотреть в лицо миру, поту и всему остальному, чтобы поверить в себя и понять, что ее пот не определяет ее.

Однако иногда пациенты, страдающие социальной тревогой, прибегают к поведению избегания так долго, что их социальные навыки, фактически, оказываются под угрозой. Вполне объяснимо, что пациентам бывает сложно вести светскую беседу, если у них не было практики. В этих ситуациях может быть полезно обучить пациентов социальным навыкам. Допустим, вы можете помочь пациентам попрактиковаться в светской беседе, определив интересующие их темы (например, любимые телешоу, фильмы, книги, спорт, музыка), а затем разыграв ролевую

игру, беседуя на эти темы. Цель — научить пациентов делиться своим мнением, задавать вопросы другим и терпимо воспринимать молчание во время беседы. Разговор — это улица с двусторонним движением, поэтому они не несут единоличную ответственность за его течение.

В случае с пациентами, которые пассивно хранят свое мнение и свои потребности при себе, также может потребоваться обучение навыкам самоутверждения. Для этого вы можете научить пациентов основным навыкам, связанным с самоуверенностью (например, излагать факты, сообщать другим о своих чувствах, признавать точку зрения другого человека и выражать свои желания), а затем разыгрывать ролевые игры, используя эти навыки во время сеанса. После того, как пациенты научатся практиковаться с вами во время сеанса, они могут начать использовать навыки самоутверждения при взаимодействии с людьми, которых они считают “безопасными” (например, с семьей, близкими друзьями), и постепенно расширять их круг. Хотя поначалу самоутверждение будет приносить им дискомфорт, со временем они начнут чувствовать себя более естественно.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Просмотреть копинг-карточки, чтобы вспомнить, что их беспокойство вызвано переоценкой угрозы и недооценкой ресурсов.
2. Собрать фактические данные в социальных или связанных с работой ситуациях, сосредотачиваясь на внешних сигналах (а не на внутренних).
3. Взглянуть в лицо своему страху быть отвергнутыми, чтобы доказать себе, что они могут пережить этот опыт. Возможно, для этого им придется намеренно спровоцировать ситуацию, в которой отказ гарантирован.
4. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и записать их, чтобы сформировать положительное представление о себе.
5. Оказаться в ситуациях, которых они избегали.
6. Поставить себя в ситуации, превосходящие их худшие страхи.

На следующей странице содержится раздаточный материал, который вы можете раздать пациентам, чтобы напомнить им об общих принципах стратегий на основе экспозиции во время работы над преодолением своих страхов.

СТОЛКНИТЕСЬ ЛИЦОМ СО СВОИМИ СТРАХАМИ



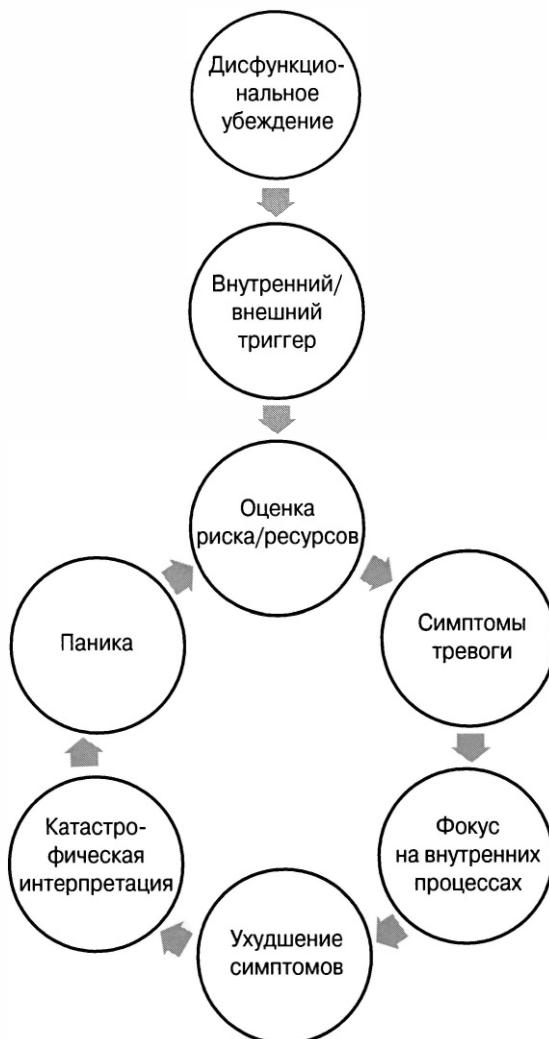
- Окажитесь в ситуациях, которых вы боитесь, и посмотрите, сбудутся ли ваши пугающие прогнозы.
- Заставьте себя столкнуться с самыми неудобными проблемами, чтобы оставить свои страхи в прошлом.
- Будьте осторожны, не позволяйте поведению избегания помешать вам быть свободными. Позвольте миру увидеть вас такими, какие вы есть. Если вы чувствуете, что покраснели или вспотели, если у вас на рубашке пятна от кофе или помада на зубах — отправляйтесь в люди и помните, что эти недостатки вас не определяют.
- Приобретите социальные навыки, если вам их не хватает. Возможно, из-за того, что вы применяли поведение избегания, ваши коммуникативные навыки или уверенность в себе пошли на убыль. Начните с простого. Например, потренируйтесь общаться с другими, побеседовав с членами семьи, спросив, где что-то находится в магазине, или завязав разговор с соседом. Практикуйте решительность в чем-то незначительном, например, попросите в ресторане изменить ингредиент блюда, отклоните приглашение или откажите в необоснованном запросе. Постарайтесь говорить открыто, чтобы рассказать другим, что вы чувствуете и что предпочитаете.
- Тренироваться — это нормально, особенно если вы в этом новичок. Практика является залогом комфорта и умения. Например, внесите в свой ежедневный план задание завязать разговор, отстоять свои права или поставить себя в неудобную ситуацию.
- Воспользуйтесь социальной поддержкой. Никто не говорит, что вы всегда должны делать это одни.

Паническое расстройство

Пациенты с паническим расстройством испытывают повторяющиеся и неожиданные панические атаки и чрезмерно озабочены страхом этих атак в будущем. В результате такой тревоги ожидания эти пациенты становятся сверхчувствительными к физическим ощущениям и часто обращаются за немедленной медицинской помощью при возникновении этих симптомов. Они могут прибегать к различным формам поведения избегания, пытаясь свести к минимуму вероятность панической атаки, например, ограничивая физическую активность или действия, которые, по их мнению, могут вызвать панику. Часто такое избегание может привести к агорафобии, когда пациенты избегают выходить из дома из-за опасения, что они попадут в ловушку и не смогут сбежать, когда у них разовьются симптомы паники (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Пациенты с паническим расстройством прибегают к катастрофической интерпретации телесных ощущений, которые они испытывают во время панической атаки (например, они опасаются сердечного приступа или “сходят с ума”), что заставляет их опасаться будущих панических атак. Следовательно, критической точкой вмешательства является борьба с этой катастрофической интерпретацией (Clark & Beck, 2010). В первую очередь необходимо идентифицировать панический цикл каждого человека, чтобы определить дисфункциональные убеждения, триггеры, оценки и катастрофические интерпретации, вызывающие панику. На следующем рисунке показана когнитивная модель, лежащая в основе этого базового панического цикла.



По материалам Кларка (1986)

Например, представьте себе 60-летнюю женщину, у которой есть ярлык сомнения “со мной не все в порядке” (дисфункциональное убеждение). По дороге на работу она понимает, что забыла что-то дома (триггер), и думает: “Это признак проблем с моей памятью. Я с этим не справлюсь” (оценка риска/ресурсов). Она начинает ерзать

и ощущать покалывание в теле (*симптомы тревоги*). Продолжая сосредотачиваться на этих телесных ощущениях, она учащенно дышит, пытаясь сделать глубокий вдох (*фокус на внутренних процессах*). В результате она начинает чувствовать жар, стеснение в груди, учащенное сердцебиение и расстройство желудка (*усиление симптомов*). Она думает: “Я схожу с ума. Я навсегда потеряю память” (*катастрофическая интерпретация*) и сразу же начинает *паниковать*. После этого она думает: “Мне никогда не станет лучше. Я буду такой всегда” (*оценка риска/ресурсов*), и ее симптомы тревоги закрепляются.

Каждая точка панического цикла — это точка понимания и точка вмешательства. Самый действенный способ вмешательства заключается в устраниении катастрофической интерпретации. В частности, задавая пациентам вопросы по сократическому методу, вы можете помочь им оценить их неверную интерпретацию и рассмотреть альтернативный вывод: их симптомы, хоть и неприятны, неопасны с медицинской точки зрения. В предыдущем примере пациентка опасается, что сойдет с ума и потеряет память. Это очень сильно ее расстраивает, потому что ее мать умирает, и она боится не только потери матери, но и более глобальной потери, если ее память тоже исчезнет. Когнитивная реструктуризация может помочь пациентке увидеть, что в возрасте 60 лет вероятность сойти с ума и заполучить психотическое расстройство очень мала, и что потеря памяти и забывчивость являются нормальными признаками старения. Кроме того, вы можете помочь пациентке осознать, что ее панические симптомы исчезают, когда она отвлекается или принимает лекарства от тревоги. Это станет подтверждением того факта, что эти симптомы являются результатом тревоги, а не основного заболевания.

Хотя когнитивная реструктуризация является одним из компонентов КПТ по лечению панического расстройства, обычно одной ее бывает недостаточно. Многие пациенты с паническим расстройством прошли многочисленные тесты и посетили многих врачей, но, несмотря на все опровергающие данные, они по-прежнему считают, что их здоровье в опасности. Следовательно, устранение их катастрофических интерпретаций с помощью поведенческих вмешательств является еще одним ключевым компонентом лечения, и это особенно важно при ярко выраженной агорафобии.

Поведенческие вмешательства

Интероцептивная экспозиция

Основным поведенческим вмешательством при паническом расстройстве является интероцептивная экспозиция, которая включает в себя намеренное подвергание пациентов телесным ощущениям, которые вызывают у них страх. Цель интероцептивной экспозиции — вызвать эти пугающие телесные ощущения, активировать любые ошибочные убеждения, поддерживать вызывающие страх телесные ощущения без отвлечения или избегания и позволить произойти новому познанию телесных ощущений. Наиболее полезно выявить конкретные физические симптомы, которых пациенты боятся больше всего, хотя для этого может потребоваться подняться по иерархии и начать сначала с симптомов, которых боятся меньше всего.

Эти телесные ощущения можно вызвать различными способами, в зависимости от конкретных симптомов, которые больше всего пугают пациентов. Например, пациент, который боится учащенного сердцебиения, может бегать на месте или делать прыжки в течение одной минуты, тогда как пациент, который боится головокружения и обморока, может вертеться на стуле. Смысл в том, чтобы намеренно попытаться вызвать паническую атаку или воспроизвести симптомы паники как можно точнее. В раздаточном материале “Упражнения по интероцептивной экспозиции” на стр. 205 описаны более конкретные упражнения, которые можно использовать, чтобы вызвать определенные симптомы паники.

Прежде чем начать интероцептивную экспозицию, попросите пациентов дать общую оценку своей субъективной единице дистресса. Эта оценка станет для вас нулевой отметкой их тревожности, чтобы вы могли оценить степень, в которой экспозиция усиливает их чувство тревоги. Затем просмотрите конкретные симптомы тревоги, которые пациенты испытывают во время панических атак, и определите пугающую конкретно их гипотезу. Это поможет вам определить, действительно ли экспозиция приводит к ожидаемому результату. Наконец, начните намеренно вызывать у пациентов пугающие их симптомы посредством интероцептивной экспозиции. В “Руководстве по интероцептивной экспозиции” на странице 207 представлены конкретные этапы этого процесса, в том числе процедура экспозиции и пример того, как помочь пациентам прийти к новым, более точным выводам относительно их симптомов паники.

УПРАЖНЕНИЯ ПО ИНТЕРОЦЕПТИВНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ

● ● ● ● ●

Логическое обоснование

Упражнения по интероцептивной экспозиции пытаются имитировать вызывающие страх телесные ощущения, чтобы оценить гипотезы пациентов об опасности. Для того, чтобы вызвать пугающие симптомы и проверить прогнозы опасности, можно попробовать различные интероцептивные упражнения. Для активации страха можно проводить индукции с использованием более чем одного интероцептивного упражнения. Чем разнообразнее симптомы, тем более универсальным является обучение. Поэтому упражнения, которые вызывают симптомы, обычно не возникающие у пациента, также могут быть полезны. Продолжительность экспозиции варьируется, так как цель состоит в том, чтобы пациенты продержались достаточно долго, чтобы испытать пугающие их симптомы, проверить обоснованность их страхов и подвергнуться воздействию симптомов дольше, чем, по их мнению, они могут выдержать. Если вы разрешите пациентам прекратить экспозицию, это только усилит их страх, поскольку подтвердит их гипотезу о том, что если бы они продолжили экспозицию, то, скорее всего, случилось бы что-то плохое.

Практика

Интероцептивную экспозицию следует сначала проводить в кабинете, а затем можно перейти к независимой ежедневной практике. Многие пациенты находят полезным варьировать упражнение по экспозиции при самостоятельной практике, чтобы полностью защититься от своего чрезмерного и неуместного страха телесных повреждений.

Некоторые идеи

Головокружение, резкая слабость, звон в ушах, тошнота, потливость

- Гипервентиляция/усиленное дыхание (например, неглубокие вдохи через рот и нос со скоростью 100–120 вдохов в минуту) примерно в течение одной минуты.
- Несколько раз покрутитесь на стуле.
- Быстро встаньте из положения сидя.
- Для потоотделения включите обогреватель, выполняя вышеуказанное.

Одышка или затрудненное дыхание

- Дышите через соломинку с круглым отверстием, зажимая нос, примерно 45 секунд.
- Задержите дыхание на 30 секунд.
- Сядьте, накрыв голову тяжелым одеялом или пальто.

Учащенное сердцебиение

- Бегите на месте две минуты.
- Выполняйте прыжки в течении двух минут.
- Бегайте вверх и вниз по лестнице в течение одной минуты.

Дереализация/чувство нереальности

- Смотрите на себя в зеркало в течение трех минут.
- Посмотрите на флуоресцентный свет, а потом попробуйте что-нибудь прочитать.
- Смотрите в течение трех минут на маленькую точку (например, раз мером с монету) на стене.
- Смотрите на узор в виде елочки в течение трех минут.

РУКОВОДСТВО ПО ИНТЕРОЦЕПТИВНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ



1. Сообщите пациентам, что вы хотели бы провести с ними диагностический эксперимент, чтобы лучше понять их панику и помочь им справиться с ней.
2. Если вы еще этого не сделали, ознакомьтесь с конкретными симптомами тревоги, которые они испытывают во время панической атаки, и определите гипотезу, пугающую конкретно этих пациентов.
3. Прежде чем начать воздействие, определите нулевое значение дистресса пациентов, попросив их оценить их тревогу по шкале от 0 до 10.
4. Затем начните экспозицию. В зависимости от конкретных страхов пациента, вы можете начать с любого из упражнений из раздаточного материала "Упражнения по интероцептивной экспозиции". Помните, что вы намеренно пытаетесь вызвать паническую атаку. Если это поможет, вы можете выполнить это упражнение вместе с пациентами и стимулировать их продолжать. Если конкретное упражнение, которое вы выбрали, не имитирует пугающие пациентов симптомы, рассмотрите альтернативную интероцептивную экспозицию (например, задержка дыхания на 30 секунд, вращение на стуле, бег на месте, дыхание через небольшую соломинку).
5. Во время экспозиции спросите пациентов:
 - Какие физические симптомы вы испытываете?
 - Оцените свою тревогу по шкале от 0 до 10.
 - Возникают ли у вас в голове какие-то мысли, и если да, то что это за мысли? Чего вы боитесь больше всего?
6. После того, как экспозиция была завершена, попросите пациентов заново оценить свою тревогу по шкале от 0 до 10. В зависимости от интенсивности их тревоги и их способности справляться с экспозицией, выберите один из следующих двух вариантов:

- **Вариант 1.** Начните обработку этого опыта (переходите к шагу 7).
 - **Вариант 2.** Если клиент испытывает чрезмерный уровень тревоги, который мешает осмысленно обработать экспозицию, попробуйте сначала один из следующих методов управления тревогой. Однако помните, что цель состоит в том, чтобы пациенты, в конечном итоге, столкнулись со своими пугающими симптомами, поэтому вы не хотите, чтобы они использовали эти методы для контроля паники в долгосрочной перспективе.
 - Используйте отвлечение на несколько минут и поговорите о чем-то важном и приятном для пациента, например, о телешоу или о фильме.
 - Попросите пациентов практиковать диафрагмальное дыхание. Попросите их закрыть рот и сделать три вдоха и выдоха через нос как можно медленнее. Один вдох или выдох должен длиться 6–12-секунд.
 - Попросите пациентов прочитать про себя абзац текста задом наперед или описать картинку на вашей стене.
 - Попросите пациентов назвать все штаты США.
7. Спросите пациентов, насколько эта экспозиция была похожа на их реальный опыт панической атаки или как сильно она от него отличалась. Попросите их оценить сходство по шкале от 0 до 10.
8. Спросите пациентов об их выводах после упражнения. Например, какие катастрофические мысли у них возникли во время экспозиции? Сбылось ли что-нибудь из этого? Если использовались методы снижения тревожности из варианта 2, что это говорит о серьезности или опасности их симптомов с медицинской точки зрения? Помните, вы подводите пациента к новой гипотезе: симптомы не опасны. Если пациенты приходят к выводу, что они могут контролировать свои симптомы, они понимают, что они не опасны.
9. Чтобы помочь пациентам понять, что в их панических атаках есть и их вклад, укажите, какую роль они играют в обострении своих симптомов, сосредотачивая чрезмерное внимание на своих пугающих мыслях или начиная учащенно дышать. Например, попробуйте заставить пациентов вызывать эти симптомы, просто быстро вдыхая и выдыхая через нос, и они увидят, что это невозможно. Эксперименты, демонстрирующие способность манипулировать симптомами, подтверждают гипотезу о том, что этих симптомов не следует бояться.

10. Совместно с пациентами разработайте копинг-карточку, в которой ре-зюмируются их выводы. Эта копинг-карточка должна содержать утверж-дение, которое отражает новую (и точную) гипотезу относительно пуга-ющих их симптомов, данные, подтверждающие эту новую гипотезу, со-ответствующие действия (при необходимости) и четкое утверждение, указывающее, что эти симптомы, какими бы они ни были неприятными, неопасны и со временем исчезнут без какого-либо вмешательства. На-пример, "Я думал, что собираюсь [получить сердечный приступ, поте-рять сознание, задохнуться и т.д.], но это было неправдой. Эти симптомы могут быть неприятными, но мне они не повредят. Они вызваны моими пугающими мыслями и чрезмерным вниманием к моему телу. Благода-ря нормальному дыханию, я могу избавиться от этих симптомов. Это говорит мне о том, что эти симптомы неопасны". Образец копинг-кар-точки на следующей странице иллюстрирует новые выводы, к которым в результате интероцептивной экспозиции пришла упомянутая выше 60-летняя женщина. Эта копинг-карточка сочетает в себе когнитивную реструктуризацию и экспозицию.
11. После того, как пациенты завершили интероцептивную экспозицию во время сеанса, убедитесь, что они продолжают практиковать ее в каче-стве домашнего задания, чтобы новое обучение могло продолжаться не только во время сеансов, но и между ними. После каждой экспозиции предлагайте пациентам продолжать писать выводы и поощряйте их ре-гулярно перечитывать эти выводы. Вы также можете попросить их за-полнить рабочий лист **Дневник паники**, чтобы увидеть, как их реакции на панику меняются с течением времени при продолжении практики интероцептивной экспозиции.

Образец копинг-карточки

- Эти симптомы не сведут меня с ума. Если бы я должна была сойти с ума, это случилось бы намного раньше. Даже если тревога ужасна, она не может причинить мне вреда, не может заставить меня сойти с ума или нанести физический вред.
 - Я знаю это по следующим причинам:
 - Гипервентиляция вызвала приступ тревоги, но контроль над дыханием снял панические ощущения. Если бы тревога была признаком чего-то физически опасного, этого бы не случилось.
 - Тревогу можно контролировать. Ситуация усугубляется из-за моей внутренней сосредоточенности и учащенного дыхания. Тот факт, что я могу контролировать свои симптомы, означает, что они не опасны.
 - Тревога — это просто проявление стресса. Это не что-то серьезное.
 - Тревога вызывает беспокойство, но она не вредна.
 - Я много раз ощущала тревогу, но никогда не сходила с ума и не теряла память. Каждый раз, независимо от того, как я реагирую, симптомы со временем исчезают.
- **Вывод:** тревога не причинит мне вреда, и она пройдет!

Рабочий лист пациента

КОПИНГ-КАРТОЧКА ПРИ ПАНИКЕ



Создайте копинг-карточку, в которой подробно описывается ваша новая, тщательно измененная гипотеза, данные, подтверждающие эту новую гипотезу, соответствующие действия (при необходимости) и четкое заявление, указывающее, что симптомы, какими бы они ни были неудобными, не опасны и, в конечном итоге, исчезнут без любого вмешательства.

Рабочий лист пациента

ДНЕВНИК ПАНИКИ

-
-
-
-
-
-

Дневник паники может помочь вам увидеть, меняются ли со временем ваши реакции на панику и сильную тревогу. Записывайте случаи паники и сильной тревоги, ситуацию, в которой они возникли, симптомы, которые вы испытали, вашу интерпретацию ощущений, вашу реакцию на панику, и переросла ли она в полномасштабную паническую атаку.

Дата, время и длительность панического приступа	Ситуация, в которой возникла паника, и степень ее тяжести (0–10)	Описание симптомов паники	Интерпретация ощущений	Ваша реакция на панику. Что вы сделали? Укажите, принимали ли вы лекарства, и в какой дозировке.

Была ли это полномасштабная паническая атака? Если нет, объясните почему

Краткосрочное управление тревогой

Во время интероцептивной экспозиции пациенты должны использовать когнитивную реструктуризацию, чтобы сопротивляться своим паническим симптомам и сохранить пугающие их телесные ощущения, не отвлекаясь и не избегая их. Однако, как мы упоминали в “Руководстве по интероцептивной экспозиции”, иногда необходимо обучать пациентов техникам краткосрочного управления тревогой, таким как отвлечение, переключение внимания и глубокое дыхание, чтобы ослабить их физические симптомы. В краткосрочной перспективе использование этих техник может побудить пациентов оставаться в провоцирующих тревогу ситуациях и свести к минимуму фобическое избегание. Эти техники также удерживают пациентов от употребления вызывающих привыкание анксиолитиков короткого действия.

Использование краткосрочных техник управления тревогой не должно препятствовать новому научению, если вы поможете пациентам понять, что тот факт, что эти инструменты работают, свидетельствует о том, что безопасности и несерьезности их симптомов с медицинской точки зрения. Кроме того, важно со временем постепенно сокращать использование этих стратегий. В конечном итоге, цель состоит в том, чтобы пациенты сталкивались со своими симптомами исключительно с помощью когнитивного рефрейминга или копинг-карточки. Ниже приведены две копинг-карточки, которые вы можете дать пациентам, чтобы помочь им преодолеть желание продолжать использовать техники отвлечения внимания и анксиолитики в течение длительного времени.

Копинг-карточка

Я НЕ НУЖДАЮСЬ В ОТВЛЕЧЕНИИ ВНИМАНИЯ

В краткосрочной перспективе отвлечение очень помогает мне продолжать практиковать экспозицию моих страхов. Однако в долгосрочной перспективе я должен встретиться лицом с пугающими меня мыслями о том, что я _____ [получу сердечный приступ, потеряю сознание, задохнусь и т. д.], просто возражая этим мыслям и продолжая практиковать экспозицию.

Копинг-карточка**МНЕ НЕ НУЖНЫ ЛЕКАРСТВА ОТ ТРЕВОГИ**

Мне не нужны лекарства, чтобы снять тревогу. Тревога — это обычная система сигнализации моего тела. Это реакция людей на жизнь. Я могу уменьшить тревогу, глубоко дыша, и я могу избежать паники, напоминая себе, что опасности нет. Я должен продолжать работать, чтобы преодолеть беспокойство.

Фобическое избегание

Как только вы устранили страх пациентов перед телесными повреждениями с помощью интероцептивной экспозиции, пациенты будут готовы бороться со своим фобическим избеганием. Независимо от того, насколько легким или серьезным является их фобическое избегание, благодаря предшествующей когнитивной и поведенческой работе они уже вооружены знаниями, которые делают следующий шаг экспозиции менее угрожающим. Чтобы помочь пациентам преодолеть агрофобию, вы будете просить их намеренно вызывать симптомы паники в ситуациях или обстоятельствах, которых они больше всего боятся (например, нахождение вне дома, посещение общественных мест, нахождение в толпе и т. д.). Например, мужчина, опасающийся сердечного приступа, может выйти на пробежку в одиночестве и намеренно усиленно дышать, пока не почувствует дискомфорт. Или женщина, которая боится потерять сознание, может пойти в многолюдный торговый центр и начать вращаться вокруг себя.

Некоторым пациентам не требуется постепенная экспозиция, и они готовы немедленно столкнуться с ситуациями, которых они раньше боялись, и намеренно вызвать симптомы паники без дополнительного побуждения. Тем не менее, в случае с пациентами с более серьезной реакцией избегания экспозицию следует проводить постепенно и градуировано. Например, возможно, вам придется разработать иерархию ситуаций, пугающих пациентов, и попросить их медленно продвигаться по ней вверх, чтобы вызвать симптомы паники в различных условиях.

В конце концов, терапевтическая работа может вернуться к тому, что стало триггером первоначальных опасений пациента. Неважно, что вызвало сами телесные ощущения, поскольку любой стимул

потенциально может стать триггером телесной реакции; скорее, важно изучить глубинное базовое убеждение или ярлык сомнения, который сделал пациентов уязвимыми для паники. Считают ли они себя слабыми, уязвимыми, некомпетентными или неполноценными? Если это так, то до тех пор, пока у них есть этот ярлык сомнения, они рискуют испытать рецидив панических симптомов. Непрерывная когнитивная работа и поведенческие эксперименты могут помочь пациентам собрать доказательства, необходимые для того, чтобы противостоять ярлыкам сомнения и преодолеть паническое расстройство.

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Просмотреть копинг-карточки, которые напоминают им о том, что их симптомы неприятны, но неопасны.
2. Намеренно и регулярно вызывать у себя пугающие их физические ощущения, практикуя интероцептивные экспозиции в домашних условиях. Пусть попробуют разные типы экспозиции.
3. Противостоять опасным ситуациям, которых они раньше избегали.
4. Намеренно и регулярно практиковать интероцептивные экспозиции в этих пугающих ситуациях.
5. Вести дневник паники, чтобы увидеть, меняются ли со временем их реакции на панику.
6. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и записать их, чтобы повысить уверенность в себе.
7. Перефразировать любые вызывающие тревогу автоматические мысли, опровергающие ярлык сомнения.
8. Искать триггеры, которые вызывают у них опасения, и проверять точность своего восприятия угрозы и ресурсов.

Специфическая фобия

Специфическая фобия характеризуется чрезмерным и иррациональным страхом перед определенными объектами или ситуациями. Эти фобии могут быть связаны с различными раздражителями,

включая животных или насекомых (например, пауков, собак), естественную среду (например, высоту, темноту), ситуации (например, полет, вождение), боязнь крови-укусов (например, игл, вида крови) или другие неспецифические факторы (например, рвоту, громкие звуки, клоунов). Простая мысль о раздражающем стимуле может вызвать у пациентов со специфической фобией тревогу. Кроме того, страх или тревога, вызванные стимулом, вызывают желание избегать связанных с ним мест, ситуаций и объектов (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Исследования показывают, что в случае специфических фобий простого выполнения когнитивной реструктуризации редко бывает достаточно, чтобы уменьшить эти страхи (Clark & Beck, 2010). Однако при подготовке пациента к встрече с объектами, которых они боятся, может быть полезно выявить ошибочное предположение об опасности, которое подпитывает его страх, и собрать данные об обратном. Например, пациентка, страдающая фобией кошек, может верить, что все домашние кошки нападут на нее и выцарапают ей глаза. Вы можете помочь этой пациентке подготовиться к экспозициям, обсудив размер домашних кошек, подчеркнув их пугливый характер и указав, сколько людей всех возрастов (даже маленькие дети) держат кошек в качестве домашних животных или сталкиваются с ними в повседневных ситуациях без вреда для себя.

Хотя для лечения определенных фобий чаще всего используется экспозиция *in vivo*, иногда в этом нет необходимости, особенно в тех случаях, когда люди в целом считают пугающий объект особенно отвратительным (например, графические изображения рвоты) и он может вызвать телесную реакцию у каждого, что делает прямую экспозицию ненужной. В этих случаях может быть достаточно когнитивной реструктуризации без привлечения самого объекта.

Поведенческие интервенции

Предпочтительным методом лечения специфической фобии является экспозиция *in vivo*. Также, как правило, необходимо проверить на практике пугающую пациента гипотезу и ликвидировать его страх (Clark & Beck, 2010). Как и при любой хорошей экспозиции, сначала определите пугающие прогнозы пациента, проведите поведенческий

эксперимент, используя экспозиции, а затем обсудите наблюдения пациента с объективной точки зрения, как если бы пациент был квалифицированным ученым, чтобы сделать новые реалистичные выводы. Если пациент демонстрирует особенно серьезное избегание фобий, то, возможно, придется проводить эти экспозиции в более медленном темпе, постепенно поднимаясь по иерархии страха. Например, возвращаясь к пациентке с фобией кошек, вы можете начать с того, что она будет смотреть видео с кошками, пока не привыкнет к тревоге, вызванной этой экспозицией, и не получит новый опыт. Затем она сможет постепенно оставаться в одной комнате с кошкой и, в конечном итоге, погладить кошку.

Для построения иерархии страха необходимо сначала установить точки привязки для провоцирующих страх стимулов, обычно в форме субъективных единиц дистресса (СЕД), которые варьируются от 0 до 100. После этого выявляются объекты, животные, действия или ситуации, вызывающие страх, и ранжируются от вызывающих наименьшую тревогу до вызывающих наибольшую тревогу. Затем пациенты готовятся встретиться с этими пугающими стимулами. Для этого им необходимо точно оценить угрозу, а также свои ресурсы для борьбы с предполагаемой угрозой. Воодушевленные осознанием того, что их не просят столкнуться с реальной опасностью и что они вооружены ресурсами, пациенты готовы начать экспозицию.

Независимо от скорости, с которой вы продвигаетесь вверх по иерархии страха пациентов, жизненно важно повторять экспозиции довольно часто, чтобы ложные ожидания и дальше не подтверждались. Например, вы можете попросить пациентку с боязнью кошек навестить друга, у которого есть домашняя кошка. Даже если она испытает сильное беспокойство, войдя в дом своего друга, оставаясь в экспозиции, она узнает, что способна терпеть тревогу и что, в конечном итоге, ее страдания утихнут. Более того, когда она увидит, что когда она входит в комнату, кошка ее друга сначала убегает, а потом возвращается и нежно трется о ее ногу, и что у ее друга оба глаза совершенно целы, это свидетельство опровергнет ее страхи (например, что все домашние кошки нападут на нее и выцарапают ей глаза).

Чем более разнообразны экспозиции, тем более полным становится научение. Для пациентов критически важно перестать избегать того, чего они боятся, иначе их иррациональный страх продолжит

разрушать их жизнь. Столкновение с их страхами — это единственная возможность получить новый опыт и осознать отсутствие угрозы.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ФОБИЯ: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов выполнить приведенное ниже домашнее задание.

1. Регулярно и неоднократно взаимодействовать с объектом, животным, действием или ситуацией, которых они боятся.
2. Просмотреть копинг-карточки, которые напоминают им о том, что их предполагаемая опасность преувеличена и не обоснована.
3. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и записать их, чтобы повысить уверенность в себе.
4. Смириться с ситуациями, которых они избегали, независимо от вероятности того, что там может быть объект, которого они боятся.

Тревожно-ипохондрический синдром

Тревожно-ипохондрический синдром, который также называют ипохондрией или тревожным расстройством, связанным с заболеванием, — это чрезмерные опасения серьезно заболеть даже после того, как медицинские тесты исключили любые основные проблемы со здоровьем. У пациентов с тревожно-ипохондрическим синдромом нет никаких физических симптомов, подтверждающих их опасения, но они все же боятся, что в какой-то момент произойдет медицинская катастрофа. Поэтому они чрезмерно бдительны к телесным сигналам, часто неверно истолковывая физические симптомы, которые отражают нормальные ощущения тела, или дискомфорт в теле, который не является свидетельством серьезного заболевания, и навязчиво обращаются за медицинской помощью (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Пациенты с тревожно-ипохондрическим синдромом озабочены внутренними раздражителями (например, болью в животе, обесцвечиванием кожи, давлением в голове) и основывают свои искаженные представления о здоровье на ошибочных наблюдениях, которые

убеждают их в истинности этих убеждений. Например, они часто ищут информацию в Интернете и пытаются найти у окружающих людей подтверждение своим ложным гипотезам. Кроме того, они уделяют чрезмерное внимание симптомам, которые представляют собой нормальные функции организма, что еще больше усиливает их проблемы со здоровьем. Например, ощущая дискомфорт в кишечнике, пациент может испугаться потерять контроль над своим кишечником, что приводит к еще большему сжатию желудка и дискомфорту. Или представьте пациента, который боится рака горла и испытывает чувство сдавленности в горле после плотной еды. Это заставляет его несколько раз сглатывать, чтобы убедиться, что ему несложно это делать, что только вызывает у него дальний дискомфорт в горле и укрепляет веру в то, что у него рак.

Тревога, которую испытывают эти пациенты, проистекает не из самих физических симптомов, а из их тревоги по поводу значения этих симптомов. Следовательно, когнитивная реструктуризация может помочь пациентам понять, что их выводы основаны на конкретных наблюдениях и что эти наблюдения могут иметь другие альтернативные объяснения. Например, пациента, который считает, что у него рак горла, можно попросить рассмотреть другие возможные причины его симптомов. Он переел? Ел слишком быстро? Ел острую или жирную пищу? Он употребил слишком много алкоголя или кофеина? Он испытывает больший стресс, чем обычно? Изучая эти доказательства, пациент может проверить на практике альтернативные объяснения и рассмотреть возможность того, что его симптомы были результатом несварения желудка или кислотного рефлюкса.

Когда вы работаете с пациентами над изучением альтернативных доказательств их симптомов, не следует собирать эти доказательства, заставляя пациентов проходить дополнительные медицинские исследования, успокаивая их или участвуя в длительном обсуждении симптомов. Скорее, вам нужно, чтобы пациенты рассмотрели альтернативные объяснения своих симптомов и в то же время смирились с мыслью о том, что однажды у них может развиться серьезная медицинская проблема. Независимо от того, что пациенты делают (или не делают), в будущем у них может возникнуть серьезная проблема со здоровьем; однако беспокойство об этом ее не предотвратит. Помогая

пациентам принять свое бессилие, вы даете им возможность взять ситуацию под контроль и жить, а не беспокоиться.

Поведенческие вмешательства

При тревожно-ипохондрическом синдроме в первую очередь необходимо помочь пациентам уменьшить поведенческие проявления, которые закрепляют их страхи, включая поведение, связанное со здоровьем (например, изучение своего тела на наличие признаков болезни) и поиск утешения. Если пациенты постоянно касаются какой-то части тела, которая их беспокоит, это только усиливает отек, покраснение и дискомфорт. Точно так же, хотя изучение тела и поиск утешения приводят к временному снижению тревоги, такое поведение усиливает тревогу в долгосрочной перспективе, поскольку закрепляет проблемы, связанные со здоровьем. Поиск утешения также может быть контрпродуктивным, поскольку пациенты нередко неверно его истолковывают, выборочно обращая внимание только на ту информацию, которая подтверждает пугающий их исход.

Следовательно, после того, как вы поработали с пациентами над выработкой терпимости к неопределенности и рассмотрели альтернативные объяснения их симптомов, очень важно, чтобы они научились противостоять побуждению искать медицинскую информацию или утешение у других. Например, представьте молодую пациентку, семья которой называет ее нервной курицей, потому что она интерпретирует любые телесные симптомы как признак надвигающейся ужасной медицинской катастрофы. По ее убеждению, любая возможная проблема со здоровьем обязательно возникнет у нее и будет иметь катастрофический характер. Поработав с ней над развитием некоторых когнитивных рефреймингов, посоветуйте ей научиться сопротивляться желанию действовать в соответствии с любыми побуждениями, связанными со здоровьем. Например, каждый раз, когда она получает неоднозначную медицинскую информацию, она может думать: “Скорее всего, все не так уж и страшно, не нужно все катастрофизировать”, вместо того, чтобы искать информацию в Интернете. Или, если она обнаружит на своем теле шишку, она может провести эксперимент и посмотреть, исчезнет ли он через несколько дней, вместо того, чтобы спешить к врачу, как она делала это раньше. Или, если она за городом и у нее начинается насморк, она может сказать

себе: “Скорее всего, это обычная простуда. Подумай, сколько людей простужаются, а сколько заболевают пневмонией” и не спешить домой. Наконец, вы можете подсказать ей, что вместо того, чтобы недооценивать себя, она может подумать: “Я справлюсь с этим”. Попросите ее напомнить себе, что, если у нее когда-нибудь действительно возникнут проблемы со здоровьем, она получит достаточно сторонней помощи и качественного медицинского обслуживания в хороших учреждениях с квалифицированными специалистами.

ТРЕВОЖНО-ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Рассмотреть альтернативные объяснения их физических симптомов.
2. Смириться с жизнью в условиях неопределенности и подумать обо всех случаях, когда неопределенность привела к положительным результатам.
3. Не поддаваться искушению искать утешения.
4. Воздержаться от дополнительных медицинских анализов.
5. В качестве эксперимента попробовать не сосредотачиваться на своих симптомах и посмотреть, что произойдет.
6. Практиковать техники релаксации или отвлечения внимания, когда тревога заставляет их исследовать свои симптомы.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Хотя в пятом издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5) ОКР было исключено из категории тревожных расстройств и переклассифицировано в новую диагностическую категорию “расстройства, связанные с навязчивыми состояниями” (APA, 2013), основной механизм ОКР присущ всем тревожным расстройствам (например, преувеличение угрозы и недооценка ресурсов). Поэтому многие врачи по-прежнему считают ОКР тревожным расстройством и рассматривают его как таковое.

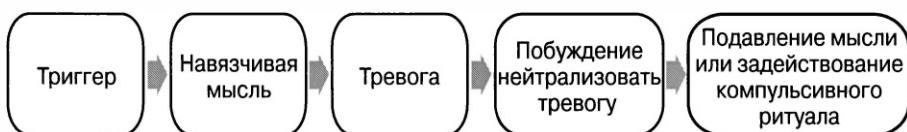
У пациентов с ОКР возникают повторяющиеся и неконтролируемые навязчивые мысли (например, навязчивые идеи), которые отнимают много времени и мешают повседневному функционированию. Содержание навязчивых идей может значительно варьироваться

и включать в себя страх заражения, нежелательные сексуальные мысли, потерю контроля, религиозные навязчивые идеи, одержимость повреждениями, озабоченность симметрией или тем, чтобы все было “как надо”. Пациенты с ОКР считают эти навязчивые мысли более опасными и важными, чем они есть на самом деле, что вызывает у них крайнюю тревогу и дистресс. В свою очередь, они пытаются подавить эти мысли или выполнять различные ритуальные действия (например, компульсивные действия), чтобы нейтрализовать дистресс и предотвратить пугающий их исход (APA, 2013).

Когнитивные вмешательства

Стандарт лечения пациентов с ОКР — это метод экспозиции и предотвращения реакций (ЭПР), который включает (1) подвергание пациентов воздействию мыслей, ситуаций или объектов, которые вызывают их навязчивые идеи, и (2) предотвращение тревожной реакции с целью воздержаться от ритуальных действий в ответ на навязчивые идеи. Однако, не спешите сразу приступать к экспозициям; прежде помогите клиентам с ОКР переосмыслить когнитивные системы убеждений, которые окружают их навязчивые идеи. Пациенты с ОКР считают, что обычные навязчивые мысли — это стимул, которого следует опасаться. Помогая пациентам понять, что навязчивые мысли есть у всех, вы можете приблизить их к точке, в которой они больше не будут бояться этих мыслей и, в свою очередь, им больше не нужно будет предпринимать усилия, чтобы нейтрализовать их или избегать. Поделитесь с пациентами списком навязчивых мыслей и побуждений, о которых сообщают обычные люди; он обеспечит их необходимой им информацией (например, импульсивное желание ударить кого-то или причинить кому-то вред, мысли о несчастном случае, произошедшем с любимым человеком, желание броситься с балкона).

Кроме того, анализ причинно-следственных связей может помочь пациентам понять, как закрепляется их ОКР и какие существуют варианты вмешательства. Вот типичная цепочка:



Например, рассмотрим случай со старшеклассницей Скайлер, которая из-за своих ритуалов ОКР постоянно опаздывала в школу и плохо спала, что лишало ее социальных возможностей. Она видит в своем шкафу черную рубашку и думает, что, возможно, она до нее дотронулась (*триггер*). Это вызывает у нее следующую мысль: “Я прикоснулась к черной рубашке, и теперь произойдет что-то плохое в социальном плане” (*навязчивая мысль*). Ее *тревога* нарастает, и она думает: “Если я выполню свой ритуал, тогда я смогу чувствовать себя лучше и не допущу, чтобы случилось что-то плохое” (*побуждение нейтрализовать тревогу*). В результате она начинает свой ритуал: наводит порядок в своей комнате и повторяет этот процесс семь раз (*компульсивный ритуал*).

Первый пункт в плане вмешательства — развить у пациентов мотивацию или заинтересованность в участии в лечении, исследуя плюсы и минусы ритуализации или подавления мыслей. В случае со Скайлер вы можете помочь ей понять, что в ритуализации есть несколько недостатков. Например, из-за нее она хронически опаздывает и не может принять участие в мероприятиях или выполнить необходимые дела. Кроме того, хотя ритуализация может помочь уменьшить краткосрочную тревогу, никакие ритуалы не устранит ее полностью. Ритуализация также неэффективна в долгосрочной перспективе, потому что тревога никуда не девается. Помогите пациентам осознать это, чтобы оказаться с ними на одной волне, и попросите их разработать копинг-карточку, которая будет напоминать им, почему для них имеет смысл прекратить ритуалы. Образец копинг-карточки для Скайлер мог бы выглядеть следующим образом:

Копинг-карточка для Скайлер
ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РИТУАЛОВ

Моя цель состоит в том, чтобы прекратить ритуализацию. Почему? Она отнимает много времени, утомляет и мешает мне лечь спать. Прекращая ритуалы, я могу научиться не беспокоиться о тревожных чувствах и преодолеть свой страх перед ними. Я также перестану раздражать и беспокоить своих родителей и буду чувствовать себя лучше, обрету независимость, смогу проводить время с друзьями, не буду пропускать ночные вечеринки и восстановлю контроль над своей жизнью.

Во-вторых, вы должны поработать над тем, чтобы сделать ощущение тревоги менее будоражащим, уменьшая страх пациента перед ним. Для этого нужно сначала определить, что в тревоге или дискомфорте является для пациента пугающим или невыносимым. В случае со Скайлер ее тревога связана с сомнениями в ее социальной желательности, поскольку она считает, что если она будет тревожиться, то скажет что-то неуместное в социальных ситуациях и будет отвергнута. Точно так же инженер-программист может подумать: “Если я не избавлюсь от тревоги, я совершу ошибку и потеряю работу”. Обратите внимание, что в обоих этих примерах страх или тревога напрямую связаны с глубинной неуверенностью в себе. Устранение этого страха требует использования когнитивной реструктуризации, чтобы изменить ярлык сомнения и укрепить уверенность в себе. Скайлер может понять, что она имеет социальную значимость, и что из-за одного комментария отношение людей к ней не изменится. Инженер может понять, что на самом деле он достаточно компетентен, и даже если стандарты его работы далеки от идеала, он все равно намного опережает остальных.

Также может быть полезно заставить пациентов практиковать интероцептивную экспозицию, чтобы продемонстрировать, что физических симптомов тревоги не следует опасаться. Однако, в отличие от панического расстройства (которое обычно требует многократных экспозиций), в случае с пациентами с ОКР бывает достаточно однократной интероцептивной экспозиции, чтобы эффективно продемонстрировать им, что тревога не опасна. После того, как вы поработали с пациентами над уменьшением их страха перед тревогой, попросите их составить копинг-карточку, которая обобщает это понимание.

Копинг-карточка

ПРЕОДОЛЕНИЕ ТРЕВОГИ

Тревога неопасна. Она не причинит мне вреда. Мне не нужно от нее избавляться. Вместо этого я могу признать ее, говоря себе: “Я чувствую тревогу, но и что!” То, что я тревожусь, не означает, что я должен предпринимать в связи с этим какие-либо действия. Не стоит заморачиваться; это пройдет.

Следующий шаг вмешательства является наиболее важным; он включает устранение самой навязчивой мысли. Пациенты с ОКР демонстрируют “слияние мыслей и действий” — ошибочное убеждение в том, что простое наличие мысли повышает вероятность того, что эта мысль сбудется. Из-за этой ошибки мышления пациенты часто путают мысль с действием. Они начинают думать, что само наличие мысли увеличивает вероятность ее возникновения, что наличие мысли так же плохо, как и спровоцированное ею действие, и что эти мысли являются отражением их плохого характера. Вы можете объяснить пациентам, что мысли не так важны или опасны, как кажутся, с помощью простой экспозиционной индукции. Например, попросите пациентов подумать: “Идет дождь”, “Я выиграю в лотерею” или “Я хочу тебя ударить” и посмотреть, произойдет ли что-нибудь из этого. Правда в том, что все это могло произойти, но не потому, что они думали об этом или чувствовали это.

Вы также можете использовать более сложный эксперимент, например, попросите пациентов написать на бумаге, что вы или кто-то еще в офисе умрет в следующие две минуты. Здесь может быть особенно полезен метод погружения, когда вы просите пациентов думать над утверждением или написать его не один раз, а снова и снова. Это вызовет у пациентов тревогу, и они заходят нейтрализовать ее, зачеркнув утверждение или разорвав бумагу, но вы должны помочь им противостоять побуждению сделать это. Правда в том, что кто-то действительно может умереть, но не из-за мысли или письменного заявления. Вы хотите, чтобы пациенты поняли, что навязчивые мысли и побуждения — это всего лишь проявления тревоги, и что они являются нормальным повседневным явлением человеческой психики.

Кроме того, постарайтесь не тратить слишком много времени на оценку обоснованности их навязчивых мыслей и побуждений, так как это способствует еще большей одержимости. Однако, в первый раз, когда вы обсуждаете назойливую мысль, не лишним будет оценить суть этой обеспокоенности. Объясните, что когда у них появляется эта мысль — это с ними говорит их ОКР, и в этот момент главное не позволить ему обрести силу или значение. Затем вы можете попросить пациентов разработать копинг-карточку, которая напомнит им об ошибке мышления, лежащей в основе слияния мысли и действия.

Копинг-карточка**КАК СПРАВИТЬСЯ С НАВЯЗЧИВЫМИ МЫСЛЯМИ**

Трезво оценивая ситуацию, я понимаю, что такое мышление неправильное. Это нелепая, ошибочная мысль. Между тем, что я думаю, и тем, что происходит, нет никакой связи. Нет связи между мыслью и действием. Это говорит ОКР, а не реальность.

Поведенческие вмешательства

Эффективное лечение ОКР заключается не только в том, чтобы помочь пациентам понять, что их навязчивые мысли не так опасны или важны, как кажутся. Фактически, многие пациенты осознают иррациональную природу своих навязчивых идей, но, в любом случае, они чувствуют себя вынужденными реагировать на них с помощью ритуалов, чтобы нейтрализовать свою тревогу. Следовательно, важнейшим компонентом лечения ОКР является предотвращение реакций, при которой пациенты воздерживаются от подавления мыслей или компульсивных ритуалов в ответ на свои навязчивые идеи. Как правило, пациентам бывает слишком сложно полностью прекратить свои навязчивые действия, не установив предварительно ступенчатую иерархию, в которой они со временем проводят меньше ритуалов. Вы можете начать с откладывания ритуалов на потом, а затем исключить определенные типы ритуалов. Другие варианты — сначала исключить ритуалы в определенное время дня или в определенных местах. Пациенты также могут делать что-то, что мешает их навязчивым действиям, например, прибегать к поведению отвлечения, если оно удерживает их от побуждения действовать. Цель состоит в том, чтобы, в конце концов, полностью избавиться от ритуалов.

Иногда также бывают ситуации, когда пациенты сталкиваются с чем-то, что является триггером их навязчивой идеи, но что-то встает на пути их способности провести ритуал. Например, пациенты, которые боятся заразиться, могут случайно прикоснуться к чему-то “грязному”, но в непосредственной близости не будет ванной комнаты, из-за чего им придется отложить мытье рук или они не смогут помыть руки вообще. Используйте это как обучающий опыт, чтобы помочь пациентам понять, что, хотя в данном случае предотвращение

реагирования было принудительным, это была возможность проверить их страхи.

Ниже приводится образец копинг-карточки, которую пациенты могут использовать, чтобы противостоять побуждению к навязчивым действиям, когда они начинают экспозиционную терапию. За ней следует образец плана экспозиции и предотвращения реакций, который использовала Скайлер, чтобы отказаться от своих компульсивных ритуалов.

Копинг-карточка

ПРОТИВОСТОЯНИЕ ПОБУЖДЕНИЮ

Я могу делать это постепенно. Я должна встретиться со своим страхом, чтобы преодолеть его. Когда я сопротивляюсь побуждению нейтрализовать тревогу, мне временно становится хуже, но в долгосрочной перспективе это делает меня сильнее. Пускай навязчивые мысли приходят мне в голову, я не должна забывать, что это я приписывают им значение, которое я в них вкладываю. Противостояние побуждению вселяет в меня уверенность, а уверенность помогает справиться с моим ОКР.

ПРИМЕР ПЛНА ЭКСПОЗИЦИИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕАКЦИЙ: СКАЙЛЕР

1. Смириться с тревогой. Я могу терпеть тревожные чувства. Я не должна бояться тревоги; ее можно контролировать и ею можно управлять. Это всего лишь симптом, и он не может мне повредить.
2. Чтобы противостоять своей тревоге и раз и навсегда избавиться от ОКР, я буду двигаться вверх по своей экспозиционной иерархии:
 - Посмотреть на черную рубашку.
 - Понюхать черную рубашку.
 - Прикоснуться непосредственно к черной рубашке.
 - Накинуть черную рубашку на плечо.
 - Надеть рубашку, которая была рядом с черной рубашкой.
 - Надеть черную рубашку.
3. Чтобы доказать, что я могу мириться с тревогой и не боюсь ее, я собираюсь нарушить свой ночной ритуал. Я попробую нанести лосьон только

один раз, закрою дверь и выключу свет только один раз. Я буду взбивать подушку и встряхну ее 1-2-3 раза вне установленного порядка. Я попробую изменить порядок проверки комнаты.

4. Я не сдамся! Я могу чувствовать себя комфортно, не выполняя ритуалы. Я могу научиться проводить без ритуалов каждый день. Если я не сдамся, я начну чувствовать себя комфортно, не выполняя ритуал. Мне вообще не нужно выполнять эти ритуалы.
5. Постоянно напоминать себе каждый день: между ритуализацией или принятием одного решения (а не другого) и тем, что происходит, нет никакой связи. Хотя мне кажется, что эта связь существует, но, объективно, это не так.
6. Когда в моей голове возникает навязчивая мысль, я могу напомнить себе: это просто навязчивая мысль. У обычных людей возникают такие же навязчивые мысли. Именно боязнь этой мысли превращает ее в ОКР. Если я попытаюсь подавить эту мысль, она станет громче, сильнее и ярче. Я просто должна дать ей волю.
7. Регулярно напоминать себе, что я склонна к тревоге, поэтому стресс подстегнет мое ОКР.
8. Самое главное, напомнить себе о том, что я социально желанный, веселый, заботливый человек, и ничто из того, что я делаю или говорю в любой момент, не может обнулить всю мою жизнь.

ОКР: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Составить список всех недостатков и преимуществ продолжения ритуализации в противоположность сопротивлению побуждению к ритуализации. Сделать общий вывод.
2. Давать волю своим навязчивым мыслям (устно, письменно или про себя), сопротивляясь побуждению к ритуализации или подавлению этих мыслей.
3. Читать копинг-карточки, которые они создали во время терапии.
4. Противостоять тревоге, вместо того, чтобы пытаться избавиться от нее.
5. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и записать их, чтобы укрепить положительное представление о себе.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Хотя в DSM-5 (APA, 2013) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было переклассифицировано как расстройство, связанное с травмой и стрессом, теоретически имеет смысл рассматривать его как тревожное расстройство, поскольку ПТСР подразумевает страх заново пережить ужас травмы. Пациенты с ПТСР часто испытывают повторяющиеся и навязчивые воспоминания или кошмары, связанные с травмой, и любые триггеры, которые напоминают им о травматическом событии, вызывают крайний стресс. В результате они пытаются избегать внутренних сигналов (например, воспоминаний, мыслей, чувств) и внешних сигналов (например, людей, мест, ситуаций), связанных с повествованием о травматическом событии. ПТСР можно концептуализировать как “нормальную” реакцию на ненормальные обстоятельства, выходящую за пределы ее полезности во времени и масштабе. В частности, пациенты с ПТСР испытывают сверхактивную и длительную реакцию “бей или беги”, которая регулярно активируется, несмотря на отсутствие реального фактора стресса или угрозы.

Когнитивные вмешательства

Независимо от того, какому протоколу вы следите (например, пролонгированная экспозиция, когнитивно-процессинговая терапия или КПТ), ключевыми элементами в лечении ПТСР являются когнитивная реструктуризация и экспозиция (Clark & Beck, 2010). Как правило, формальное лечение не следует начинать до тех пор, пока симптомы пациентов не начнут вызывать у них дистресс и мешать их повседневной деятельности на протяжении трех месяцев. Хотя это не жесткое требование, преждевременное побуждение пациентов работать над своим повествованием о травматических событиях может нанести вред. Имейте в виду, что большинство людей восстанавливаются после травмы без какого-либо формального вмешательства, и первые симптомы вполне могут иметь медицинский характер (например, травма мозга, побочный эффект лекарств, физическая боль). Кроме того, работа с ПТСР противопоказана, если пациенты все еще находятся в отношениях с нападающим, демонстрируют серьезное диссоциативное расстройство, плохо помнят травматическое событие

или принимают психоактивные вещества и не могут посещать терапию трезвыми (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

Как и при всех тревожных расстройствах, цель лечения ПТСР состоит в том, чтобы скорректировать негативные оценки травматического события и его последствий. Однако лечение ПТСР представляет собой особенно сложную задачу, поскольку люди с этим расстройством часто плохо помнят травматическое событие (они часто вспоминают события травмы в нарушенном порядке), а также им свойственен повышенный перцептивный прайминг связанных с травмой триггеров (из-за чего они легко подвергаются воздействию триггера и повторно переживают травму, как если бы они все еще были там) (Clark & Ehlers, 2004).

Кроме того, хотя избегание является препятствием в лечении любого тревожного расстройства, при ПТСР оно представляет собой особую проблему. Большинство пациентов не хотят вспоминать и переживать произошедшие события или говорить о них, что может значительно ограничить вашу способность работать с ПТСР. Поэтому вы должны помочь пациентам осознать преимущества того, что они больше не избегают повествования о травме и связанных с нею стимулах. Избегание позволяет воспоминаниям о травме оставаться в центре внимания и разрушать жизнь пациентов — и, скорее всего, такое поведение будет способствовать ухудшению их симптомов. Работайте с пациентами, чтобы помочь им понять, что, возвращаясь к повествованию о травме, они дают себе возможность проработать воспоминания, уменьшить их влияние и сделать их более полезными и точными. Ниже приводится пример копинг-карточки, которую пациенты могут использовать, чтобы набраться смелости и перестать избегать повествования о травматическом событии.

Копинг-карточка

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ИЗБЕГАНИЯ

Я не могу убегать, если хочу поправиться. Избегание препятствует выздоровлению. Если я продолжу убегать, я буду оставаться во власти своих воспоминаний. Как бы страшно это ни звучало, но если я столкнусь с воспоминанием, я смогу его преодолеть. Я могу противостоять этому. Я могу быть свободным.

Как только пациенты будут готовы работать над своим повествованием о травматическом событии, они должны поставить себе за цель научиться терпеть и обрабатывать сложные и противоречивые мысли и эмоции, связанные с травмой. Пациенты, пережившие травму, демонстрируют различные ошибки мышления, которые заставляют их сохранять негативное представление о себе, мире и будущем. Это, в свою очередь, способствует закреплению неправильного толкования внешних угроз (например, “Мир — опасное место” и внутренних угроз (например, “Со мной не все в порядке”, “Я не могу позаботиться о себе”, “Я мертв внутри”, “Я слаб”). Используя сократический диалог (например, исследуя альтернативные точки зрения и перспективы, анализируя значение убеждений), вы можете помочь пациентам изменить их представления о себе и мире. В частности, когнитивная реструктуризация может помочь разобраться с когнициями, заложенными в травматическое воспоминание, включая когниции, основанные на страхе (например, “Я умру”), гневе (например, “Они намеренно причиняют мне боль”), вине (например, “Это моя вина”), и стыде (например, “Они меня смущают”), а также с когнициями, которые продолжают возникать после травматического события (например, “Я должен все время быть начеку”, “Я никогда не буду чувствовать себя хорошо”, “Я заслуживаю наказания”).

Например, представьте себе жертву ограбления, которая считает, что она сама виновата в том, что оказалась в плохом районе во время нападения, и что плохие вещи случаются только с плохими людьми. Когнитивная реструктуризация может помочь этой пациентке понять, что хотя плохие вещи случаются, это не означает, что они будут происходить всегда. Кроме того, плохие вещи могут случиться с каждым. В свою очередь, она может научиться признавать, что ограбление было не ее ошибкой и не отражением ее заслуг, а, скорее, случайным событием. Вместо того чтобы думать, что никому нельзя доверять, она может признать, что есть люди, которые никогда не причинят ей вреда, заботятся о ней, и которым можно довериться.

Поведенческие вмешательства

Помимо когнитивной реструктуризации, лечение ПТСР включает в себя использование стратегий на основе экспозиции, включая имагинальную экспозицию (например, повторное переживание травмы

посредством воображения) и экспозицию *in vivo* (например, оказаться в связанных с травмой ситуациях в реальной жизни), последняя из которых обычно выполняется в качестве домашнего задания и между сеансами. Экспозиция — это важный компонент лечения, потому что она позволяет пациентам изменить любые бесполезные когнции, связанные с травмой, и помогает им осмыслить свои плохие воспоминания. Стратегии на основе экспозиции необходимы, чтобы помочь раскрыть травматические когнции и предоставить информацию для нового, более точного восприятия. Иногда воспоминания пациентов о событии отличаются от самого события, что вызывает у них чувство вины или стыда за то, в чем они не виноваты. Как психотерапевт вы можете помочь пациентам обрести более реалистичные воспоминания.

Кроме того, экспозиция позволяет пациентам противостоять ранее избегаемым ситуациям и понять, что эти ситуации безопасны, что изменяет их когнции об опасности. Например, пациент, который попал в ужасную аварию с участием нескольких транспортных средств, повлекшую за собой несколько смертельных случаев, может намеренно избегать участка дороги, на котором произошла авария. В идеале повторное посещение этого участка дороги и наблюдение за проезжающими машинами может изменить неверное представление пациента о том, что текущая угроза все еще существует и что там всегда будут аварии. При необходимости пациент может проехать эту часть дороги в автомобиле — сначала в качестве пассажира, а затем и в одиночку — чтобы закрепить новые знания о том, что если там и произошла трагедия, это не означает, что она все еще происходит или может произойти снова.

Как правило, перед началом экспозиции полезно научить пациентов некоторой форме релаксации, чтобы сделать их более податливыми, а также смягчить любую чрезмерную вовлеченность в повествование о травматическом событии. Пересказывая воспоминания о травме, чрезмерно вовлеченные пациенты могут чересчур проникнуться повествованием о травматическом событии. Это заставит их заново пережить травму, как если бы она происходила снова и снова. Когда это происходит, у пациентов может наступить стадия декомпенсации; как правило, она проявляется в виде диссоциации, демонстрации регрессивного поведения (например, недержание мочи или кала) или неконтролируемых рыданий. В этих случаях можно

использовать техники релаксации, чтобы помочь пациентам опять обрести почву под ногами и напомнить им, что они в безопасности. При возобновлении экспозиции попробуйте изменить процедуры, чтобы снизить вовлеченность, попросив пациентов говорить в прошлом времени, держать глаза открытыми или написать повествование о травматическом событии вместо того, чтобы говорить о нем. С другой стороны, если пациент недостаточно вовлечен, попросите его говорить от первого лица, закрыть глаза и использовать свои чувства, чтобы больше проникнуться происходящим.

Рассмотрим случай студентки колледжа, которая считала себя виноватой в том, что ее изнасиловали на свидании. Она не могла вернуться в свою квартиру, где произошло изнасилование, и не могла выносить пребывание в доме своей семьи, так как считала, что родители также обвиняют ее в случившемся, и мысль о том, чтобы столкнуться с их предполагаемым гневом, была для нее невыносимой. Она избегала своих друзей и пропускала летнюю работу из страха, что у нее случится эмоциональный срыв, или что ей начнут задавать вопросы, на которые она не хотела бы отвечать. Когда она впервые обратилась за лечением, она не хотела говорить об изнасиловании, поэтому терапия началась с решения проблемы избегания в целом. Также в рамках терапии она поставила перед собой цели для восстановления своей жизни. В конце концов, она смогла пересказать повествование о травматическом событии, хотя пережить его заново было для нее болезненной и сложной задачей. Пересказав повествование о травме всего один раз, она сразу поняла, что ее первоначальные выводы о ее вине в произошедшем были необоснованными. В заключение она сказала: “Я чувствовала, что я сама позволила этому случиться, поэтому злилась на себя. Теперь я знаю, что я ничего не могла сделать. Это не я позволила этому случиться. Он издевался надо мной. Он обрел надо мной власть. На меня напало чудовище. Я виню его — человека, который это сделал. Я ОСОЗНАЛА! Теперь у меня есть сила. Он поступил неправильно. Я все еще цела. Я могу исцелиться. Он ничего не получил. Избегать — это дать ему власть отнять у меня все. Я не позволю этому случиться”.

Как только она осознала, что вина лежит на нем, она смогла посмотреть в лицо своим родителям и понять, что их гнев был направлен на него, а не на нее. Она смогла посмотреть в лицо ситуациям

и людям, которых она избегала, и это побудило ее рассказать свою историю другим. Реакция, которую она получила, рассказав свою историю, была более положительной, чем она могла себе представить, и это даже привело к тому, что ее назначили менеджером по рискам в ее сестринстве, что гарантировало, что она бесстрашно переживет свою историю в надежде защитить других.

ПТСР: ПРИМЕР ТИПИЧНОГО ДОМАШНЕГО ЗАДАНИЯ

Попросите пациентов:

1. Подробно изложить свои воспоминания о травме, слушая или читая свое повествование. Это также можно сделать, рассказав свою историю другим.
2. Практиковать техники релаксации.
3. Столкнуться с ситуациями, которых они избегали.
4. Напомнить себе о новых выводах, к которым они пришли в результате оценки повествования о травматическом событии, и продолжить сбор доказательств в поддержку своих новых точек зрения.
5. Сосредоточиться на своих сильных сторонах и не позволять посттравматическому стрессу подпитывать их неуверенность в себе.
6. Восстановить свою жизнь и заняться деятельностью, которой они избегали.

Резюме: тревожные расстройства

Пациенты с тревожными расстройствами склонны переоценивать вероятность и серьезность негативных событий и недооценивать свою способность справиться с ними. Использование когнитивной реструктуризации в сочетании с экспозицией — это эффективный способ исправить эти искаженные убеждения и изменить их. Экспозиции представляют собой поведенческие эксперименты, которые позволяют пациентам проверить обоснованность их страхов. В частности, экспозиция позволяет пациентам определить, действительно ли случился пугающий их исход (и если да, то был ли результат таким плохим, как они ожидали) и, что наиболее важно, были ли у них необходимые ресурсы, чтобы справиться. Очевидно, что если они находятся в вашем кабинете и говорят об экспозиции постфактум, значит, они обладают этими ресурсами.



ГНЕВ

Когнитивная модель гнева

Гнев может быть важным предупреждающим знаком, который сигнализирует о необходимости действовать и защитить себя от беды. Однако чаще гнев возникает из-за ошибочного восприятия, которое причиняет нам ненужные страдания, побуждает к неправильным действиям и заставляет потом сожалеть о своих словах и поступках. Он возникает из-за невыполненных или нарушенных ожиданий, которые обычно выражаются в форме “должен”, “обязан”, “следовало бы” и “необходимо” (Beck, 1999). Гнев скрывается прямо на поверхности, заставляя нас задумываться о несправедливости, ставя под угрозу нашу способность объективно оценивать ситуацию и подталкивая нас к безрассудным действиям.

Лечение гнева, как и тревоги, заключается не в устраниении эмоции гнева, а в том, чтобы помочь пациентам понять, когда гнев является результатом ошибочного мышления. Когда пациенты считают, что другие “должны” или “обязаны” выполнить какую-то их просьбу, они предполагают, что у них есть контроль над другими и над окружающим миром. Чтобы научиться отпускать этот гнев, нужно научить пациентов, что мы, люди, не властны над мыслями, чувствами и поступками других и не можем контролировать внешний мир. Кроме того, хотя у нас нет полного контроля над эмоциями, которые мы испытываем, или мыслями, которые приходят в нашу голову, у нас есть контроль над тем, как мы решаем действовать в ответ на эти мысли или чувства.

Помогая пациентам научиться принимать свое бессилие перед другими людьми и окружающим миром, мы можем научить их заменять свои нереалистичные требования более разумными просьбами (например, “Было бы хорошо, если бы”, “Я бы предпочел”, “Я бы хотел” или “Мне хочется”). Замена требования просьбой гасит гнев

и позволяет пациентам копнуть глубже, чтобы осознать, какие конкретные мысли о ситуации их беспокоят. В основе неудовлетворенных ожиданий часто лежит внутреннее чувство страха или боли. Если спросить пациентов, что для них означает невыполненный спрос или что он о них говорит, можно выявить эти автоматические мысли, чтобы подвергнуть их дальнейшей оценке. Часто автоматические мысли пациентов относительно этих неудовлетворенных ожиданий оказываются несоответствующими действительности или преувеличенными. Один из способов помочь пациентам выявить и изменить любые искажения в своем мышлении — попросить их поставить себя на место другого человека. Поощряйте пациентов представлять, что мог думать и чувствовать другой человек, или какие обстоятельства могли заставить этого человека отреагировать так, как он это сделал. Вы также можете попросить пациентов подумать, как они хотели бы, чтобы к ним отнеслись в подобной ситуации, и рассмотреть возможность поступить так же с человеком, который их разгневал.

Например, рассмотрим ситуацию с Алекс, которая спешила домой с работы, чтобы приготовить ужин для своей семьи, и планировала быстро заскочить в продуктовый магазин, чтобы купить необходимые для готовки продукты. С трудом веря своей удаче, она увидела парковочное место прямо перед магазином, но прежде, чем она успела там припарковаться, его заняла другая женщина. Алекс пришла в ярость от того, что кто-то другой занял ее место, поэтому она опустила окно и начала вслух отчитывать женщину. “Как ты смеешь! Тебе не следовало красть мое место! Ты ужасный человек!” Она продолжала кричать на эту женщину, отъезжая в поисках другого места для парковки. Когда обе женщины снова пересеклись в магазине, Алекс опять напала на женщину с воплем: “Ты намеренно украла мое место! Ты одна из тех людей, которые пытаются меня использовать!”

В этом примере гнев Алекс возник из-за ее уверенности в том, что другая женщина украла ее место, и именно это убеждение вызвало у Алекс такой сильный дистресс, заставив ее зацклиться на воображаемой несправедливости, в результате чего она разразилась неуместной гневной тирадой. После того, как Алекс освоила необходимые когнитивные навыки, позволившие ей распознать свои мысли и копнуть глубже, она смогла признать, что ее мышление могло быть искажено множеством ошибок мышления, включая

призму требований (например, “Ей не следовало красть мое место”), поспешные выводы (например, “Она сделала это специально”) и на-вешивание ярлыков (например, “Она ужасный человек”).

Кроме того, цель управления гневом состоит в том, чтобы помочь Алекс оценить значение, которое она придавала воображаемой несправедливости, поскольку некоторые ее автоматические мысли были связаны с предположением, что люди используют ее в своих интересах; это, в свою очередь, активировало ее глубинное убеждение в своем бессилии. Роль терапевта — помочь Алекс оценить эти автоматические мысли, собрать аргументы за и против этих мыслей и рассмотреть альтернативные объяснения поведения женщины (например, возможно, женщина не осознавала, что Алекс ждала это парковочное место). Алекс также может прийти к более логичному общему выводу о ситуации, поставив себя на место другой женщины и подумав, является ли этот инцидент таким серьезным, каким она его воспринимает.

Кроме того, терапия может помочь Алекс понять, что, *даже если* та женщина намеренно украла ее парковочное место (что вполне возможно), она была бессильна контролировать действия другой женщины. Иногда люди поступают несправедливо по отношению к нам, но мы не можем контролировать их действия. Более того, хотя действия женщины были оскорбительными, они не обязательно были направлены лично против Алекс. Психотерапевт может помочь Алекс практиковать принятие того, что мы бессильны контролировать все, что происходит вокруг нас, но мы можем управлять своей реакцией и научиться говорить: “Ну и что!”

На следующих страницах содержатся различные раздаточные материалы, рабочие листы и копинг-карточки, которые вы можете раздать пациентам. С их помощью они смогут определить, в какой степени невыполненные ожидания или требования (например, “должны”, “обязаны”, “следовало бы”, “необходимо”) выступают в качестве движущей силы гнева в их жизни, а также перефразировать эти требования в более разумные пожелания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА, НА КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ



Если мы ожидаем, что другие люди нам что-то “должны” или “обязаны”, что им “следовало бы” или “необходимо” что-то для нас сделать, мы начинаем гневаться, когда эти ожидания не оправдаются. Один из способов уменьшить чувство гнева состоит в том, чтобы перефразировать эти требования в более обоснованные пожелания (например, “Было бы хорошо, если бы”, “Я бы предпочел”, “Я бы хотел” или “Я хочу”). Ниже приведены некоторые примеры.

Вместо:

“Тебе следовало бы...”
“Ты обязан...”
“Ты должен...”
“Тебе следует...”

“Тебе следовало бы
позвонить мне вчера
вечером”.

“Ты обязан оказать мне
эту услугу”.

“Ты должен прекратить
работать так допоздна”.

“Тебе следует ехать
помедленнее”.

Думайте:

“Я хотел, чтобы ты...”
“Я бы хотел, чтобы ты...”
“Я бы предпочел,
чтобы ты...”
“Было бы неплохо,
если бы ты...”

“Я хотел, чтобы ты
позвонил мне вчера
вечером”.

“Я бы хотел, чтобы ты
оказал мне эту услугу”.

“Я бы предпочел, чтобы
ты не работал так
допоздна”.

“Было бы неплохо, если
бы ты ехал помедленнее”.

Рабочий лист пациента

ПЕРЕФРАЗИРОВАНИЕ ОЖИДАНИЙ



В этом упражнении вы рассмотрите два гипотетических сценария, чтобы увидеть, как можно изложить требование в виде пожелания, переосмыслить значение неудовлетворенных требований и рассмотреть возможность принятия более подходящих мер. Ниже представлен образец сценария, за которым следуют еще два шаблона сценария, которые вы можете заполнить самостоятельно.

Примерный сценарий: Вы зашли в магазин за необходимыми вещами и спешите домой. Пока вы ждете в очереди в кассу, кассир начинает разговаривать с покупателем перед вами, что вызывает небольшую задержку в очереди.

Требовательное утверждение

Кассир должен прекратить так много разговаривать и начать обслуживать следующего покупателя.



Приписываемое значение

Он намеренно делает так, чтобы я опоздал. Он такой невнимательный.



Возможные действия

Стойте и стучите ногой, раздражаясь, что это занимает так много времени. Смотрите на кассира злым взглядом.

Рефрейминг

Я бы хотел, чтобы кассир замолчал и поторопился.



Вероятно, он просто пытается быть дружелюбным. Может быть, он не хочет показаться невежливым и прервать разговор с покупателем. Дружелюбие не означает невнимательность. Он не знает, что я тороплюсь.



Твердо и вежливо спросите кассира, может ли он ускорить процесс, потому что вы очень спешите. Терпеливо ждите, ведь вы сами приняли решение сгонять за покупками, когда у вас мало времени.

Сценарий 1. Вы едете с работы домой, и приближаетесь к перекрестку. Вы замечаете, что светофор только что переключился на желтый, поэтому увеличиваете скорость и пытаетесь проскочить. Однако женщина в машине перед вами резко нажимает на тормоза, и вы тоже вынуждены притормозить.

Требовательное утверждение

Какого черта вы творите, леди? Как можно быть такой глупой и тормозить на желтый свет? Вы бы уже давно проскочили.



Приписываемое значение

Ей наплевать на других, из-за нее могла бы образоваться большая пробка. Ей не место на дороге. Как можно быть такой безответственной, чтобы так поступить!



Возможные действия

Сигнальте ей, не переставая. Покажите ей средний палец или накричите на нее в окно.

Рефрейминг





Сценарий 2. Сегодня у вас день рождения, и вы весь день ждали звонка от своего сына. Хотя он отправил вам сообщение на Facebook и текстовое сообщение, он так вам и не позвонил, а день уже почти закончился.

Требовательное утверждение

Это просто смешно, что мой сын не нашел минуты, чтобы позвонить мне в день моего рождения, а ведь он должен был позвонить. Мой сын должен позвонить мне в мой день рождения.



Приписываемое значение

Ему наплевать на меня. Я для него не настолько важна, чтобы мой день рождения имел для него приоритетное значение!



Возможные действия

В следующий раз, когда он позвонит, продемонстрируйте ему свое раздражение. Избегайте его какое-то время.

Рефрейминг





Копинг-карточка

ОСВОБОДИТЕСЬ ОТ ГНЕВА

- Не позволяйте гневу заманить вас в ловушку. Обращайте внимание на гнев, который вы ощущаете, когда начинаете чего-то требовать.
- Определите требовательное утверждение (должен, обязан, следует, необходимо).
- Не говорите себе, что вы что-то обязаны сделать.
- Не говорите другим, что они что-то обязаны сделать.
- Замените требование пожеланием (хочу, предпочитаю, было бы неплохо, мне хотелось бы).
- Помните: вы не контролируете мысли, слова или действия других людей.
- Не приписывайте обманутым ожиданиям ложный смысл.
- Вы не можете контролировать других людей и окружающий мир. Просто смиритесь с этим.

Дневник гнева

ОБРАЗЕЦ РАБОЧЕГО ЛИСТА ПАЦИЕНТА



Каждый раз, когда вы начинаете сердиться, используйте этот дневник, чтобы выявить боль или страх, лежащие в основе вашего гнева, а также мысли, которые вызывают эти ощущения. Изучите обоснованность этих мыслей и спросите себя, не делаете ли вы ситуацию более личной и не приписываете ли вы ей больше смысла, чем она заслуживает. Постарайтесь рассмотреть все альтернативные объяснения и возможности того, что произошло, и позвольте фактам помочь вам прийти к более точным выводам. Ниже представлен образец дневника, за которым следует пустой дневник, который вы можете заполнить самостоятельно.

Факты (то, что было сказано или сделано вами или другим человеком: что случилось)	Ваши ожидания (Требование)	Ваша версия (Значение)	Замените требование желанием (Хочу, желаю)	Задумайтесь над смыслом (Альтернативная точка зрения)
Муж оставил на полу кучу грязной одежды.	Он должен был положить свою грязную одежду в стиральную машинку.	Он сделал это специально, чтобы разо- злить меня.	Я бы хотела, чтобы он положил свою грязную одежду в сти- ральную машинку.	Дело не в том, что ему все равно. Он никогда не отличался большой любовью к порядку. Он не изменился, поэтому нет смысла что-то от него требовать. Я должна принять его отрицательные качества, а также напомнить себе, что его положительных качеств намного больше. Он умный, добрый, хороший друг, ответ- ственный, надежный и привлекательный.
			Чувство: Гнев, разочаро- вание	Чувство: Обида

Дневник гнева

Дневник гнева			
Факты (То, что было сказано или сделано вами или другим человеком: что случилось)	Ваше ожидания (Требование)	Ваша версия (Значение)	Замените требование нипеожеланием (Хочу, желаю)
Чувство:	Чувство:		

ВСПЫШКА ГНЕВА

Зацикленность на вызванных гневом мыслях (например, “Как она посмела!”) только усиливает вегетативное возбуждение, что еще больше обостряет физические и эмоциональные симптомы. Мышцы напрягаются, возрастает тревога, и способность пациентов объективно оценивать ситуацию оказывается под угрозой. В свою очередь, они действуют на основе ошибочных предположений (например, “Она этого заслуживает. Я должен высказаться!”), которые подталкивают их к неэффективным действиям. Например, разгневанные пациенты будут разражаться гневными тирадами и действовать агрессивно или импульсивно, вместо того, чтобы отстаивать свои потребности более уместным образом.

В тех случаях, когда гнев подпитывает сильные эмоции, полезно попросить пациентов оценить интенсивность своего аффекта по 10-балльной шкале. Если их эмоциональный термометр показывает 8 или выше, они должны воспринять это как сигнал взять “тайм-аут” в сложившейся ситуации и использовать стратегии релаксации или отвлечения, чтобы ослабить возбуждение. После отработки этих стратегий в течение определенного времени они могут перепроверить свой эмоциональный термометр и вернуться к ситуации, когда они менее взвинчены и могут более ясно мыслить. Чтобы помочь вашим пациентам выработать в себе привычку контролировать свои вспышки гнева, предоставьте им следующую копинг-карточку, а также раздаточный материал, которые вы найдете на следующей странице.

Копинг-карточка

УПРАВЛЕНИЕ ГНЕВОМ

Люди не всегда меня слушают. Они не всегда делают то, что я хочу, они не всегда думают так, как я, и не всегда ценят то, что я делаю. Я не могу контролировать их действия. Я могу смириться с тем, что люди иногда игнорируют мои желания. Хотя мне хотелось бы, чтобы все было иначе, я могу принять реальность. Когда я гневаюсь, я могу успокоиться, практикуя глубокое дыхание, прогуливаясь или используя другие техники релаксации.

ПОДАВЛЕНИЕ ВСПЫШКИ ГНЕВА



Во власти эмоций бывает трудно мыслить ясно и вести себя ответственно. Если вы обнаружите, что ваш гнев берет над вами верх, абстрагируйтесь и оцените, насколько интенсивно ваше чувство гнева, используя следующую шкалу.

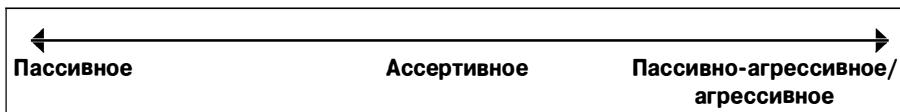
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не раздражен	Средне раздражен	Немного разочарован		Очень раздражен	Разгневан	Взбешен				

Если вы обнаружите, что ваш гнев достигает отметки 8 или выше, это означает, что вам следует сделать перерыв и взять свои эмоции под контроль. Успокойте свое тело, используя некоторые из перечисленных ниже техник релаксации или отвлечения внимания. Вернитесь к ситуации, как только ваш гнев утихнет до управляемого уровня, и вы сможете мыслить более ясно, а затем используйте энергию своего гнева для конструктивных действий. Вам также будет полезно практиковать эти техники, когда вы не чувствуете эмоционального возбуждения, поскольку это поможет поднять ваш эмоциональный порог и держать эмоции под контролем.

- Практикуйте диафрагмальное дыхание.
- Сосчитайте до 20
- Используйте технику прогрессивной мышечной релаксации.
- Сходите на прогулку
- Выполните физические упражнения
- Визуализируйте расслабляющую картину
- Посмотрите на изображение знака "Стоп".
- Посмотрите телевизор
- Послушайте музыку

АССЕРТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ

Ассертивное общение повышает наши шансы на то, что наши потребности будут удовлетворены, а мы будем услышаны. Быть ассертивным означает прямо и ясно сообщать о своих мыслях, чувствах и желаемом образе действий. Ассертивность предполагает четкое изложение нашей точки зрения и высказывание своего мнения спокойным, разговорным тоном. Ассертивность — это противоположность крайней пассивности и агрессии, которые являются менее эффективными формами общения. Эти формы общения распределяются по континууму от пассивной до агрессивной с ассертивностью посередине:



Пассивное общение подразумевает, по сути, отсутствие общения: умалчивание своего мнения в надежде, что люди сами о нем догадаются, либо выражение своих потребностей в нечеткой и обтекаемой форме. На другом конце континуума находится агрессивное общение: угрозы, требования или давление на других. Агрессивное общение предназначено для запугивания или противодействия, и его можно рассматривать как враждебное, деструктивное и резкое. Под агрессивным общением также может иметься в виду пассивная агрессия. Вместо того чтобы прямо высказать свое мнение, ответить отказом или озвучить возможную альтернативу, человек, который прибегает к пассивно-аггрессивному общению, неохотно соглашается с намерением проявить непокорность. Например, кто-то может намеренно “забыть” выполнить важную задачу, о которой его попросили, вместо того, чтобы прямо сказать, что он не может ее сделать. Другая форма пассивно-аггрессивного общения предполагает использование сарказма или подначиваний.

В следующей таблице приведены некоторые примеры каждого типа общения:

Пассивное общение	Ассертивное общение	Агрессивное общение	
		Пассивно-аггрессивное общение	Агрессивное общение
“Я надеюсь, что кто-то придет мне на помощь в этом проекте”.	“Я был бы очень благодарен за вашу помощь в этом проекте”.	“Прямо сейчас этим и займусь”. (Но не займется.)	“Вы должны сделать это прямо сейчас”.
“Я знаю, что вы, вероятно, заняты и у вас нет времени на разговоры, так что можете перезвонить мне, если захотите”.	“Сегодня я не могу вам помочь, но смогу завтра”.	“Я бы сказал вам про встречу, если бы вы позвонили”.	“Как можно быть таким тупым и забыть?”
“Я бы хотел высказать свое мнение, но я просто соглашусь со всем, что они говорят”.	“Мне так жаль, что вы отменили наши планы. Давайте назначим еще одну встречу прямо сейчас”.	“Ой, я, наверное, забыл передать вам важное сообщение от вашего начальника”.	“Я требую, чтобы вы немедленно прекратили делать то, что вы делаете, и сделали то, что я хочу”.

АССЕРТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ



Ассертивное общение увеличивает вероятность получить то, чего вы хотите. Вместо того, чтобы требовать, кричать или угрожать, будьте ассертивны — прямо попросите о том, что вам нужно. Когда вы кричите, ваш голос слышен, а ваше сообщение — нет. Чтобы быть ассертивными, избегайте вопросов “почему”, поскольку это вызовет защитную реакцию и массу оправданий, но не принесет вам результатов. Вместо этого тихим и четким тоном уверенно сообщите о своих потребностях. Расскажите другим, что они сделали (или не сделали), что они сказали (или не сказали), и что вы при этом почувствовали. Затем озвучьте свою просьбу. Будьте готовы учесть мнение других, услышать то, что они говорят, и прийти к компромиссу, если это оправдано.

Шаги ассертивного общения

- Изложите факты:** что произошло (или не произошло) или что было сказано (или не сказано).
- Выразите свои чувства:** опишите свои эмоции по поводу ситуации.
- Скажите, чего вы хотите:** никаких требований! Скажите, чего вы хотите, что предпочитаете или желаете.
- Учитывайте мнение другого человека:** используйте активное слушание и выслушайте его.
- Придумайте компромисс:** найдите место в континууме, которое имеет смысл для вас обоих.

Будьте бдительны: никаких криков, никаких “почему”, никаких требований “ты должен”, не ожидайте, что другой человек прочитает ваши мысли.

ЭФФЕКТИВНАЯ СДЕРЖАННОСТЬ

Эффективная сдержанность означает способность сопротивляться действию агрессивных побуждений даже перед лицом гнева. Один из способов помочь пациентам развить лучший самоконтроль состоит в том, чтобы заставить их провести анализ преимуществ и недостатков своих поступков под воздействием гнева. В частности, вы хотите, чтобы они учили как преимущества, так и недостатки своих вспышек гнева. Вам, как психотерапевту, эти недостатки, вероятно, очевидны. Однако, выполняя этот анализ преимуществ и недостатков, вы хотите засвидетельствовать тот факт, что вспышки гнева имеют свои преимущества (например, привлекают внимание людей, могут дать пациентам то, чего они хотят), а также свои недостатки (например, они, фактически, привлекают негативное внимание, заставляют пациентов утрачивать доверие в глазах других людей и ставят под угрозу их отношения или возможности).

Имейте в виду, что, хотя пациенты могут определить некоторые преимущества своих эмоциональных срывов, эти преимущества, скорее всего, более воспринимаемы, чем реальны. Поэтому используйте наводящие вопросы, чтобы помочь пациентам составить более длинный и эффективный список недостатков их срывов. Ниже перечислены несколько примеров наводящих вопросов, которые помогут подвести пациентов к такому выводу.

- “Представьте, как вы будете себя чувствовать через ____ (минут, дней, недель, месяцев, лет) после того, как совершили это действие”.
- “Если бы подруга описала ту же ситуацию и сказала вам, что она предпримет это конкретное действие, что бы вы ей сказали?”
- “Как это повлияет на ваши отношения, когда вы больше не будете расстроены?”
- “Какими были бы ваши мысли и чувства, если бы кто-то так вам ответил?”
- “Если бы так поступили с человеком, который вам небезразличен, что бы вы ему сказали?”

-
- “Что могут подумать о вас другие люди после того, как вы совершили это действие? Какими могут быть совокупные последствия?”

Для всех пациентов этот список негативных последствий может включать их признание в том, что под воздействием гнева они могут сказать что-то, о чем пожалеют, а их поступки под воздействием гнева могут привести к аресту, разрушить отношения, изолировать их, негативно сказаться на их настроении, усилить негативное мнение о них, отвратить от них других людей и препятствовать новым возможностям. Если пациенты способны признать, что непропорционально бурная реакция — это неправильный путь, то эти злые, разрешающие убеждения не введут их в заблуждение.

С помощью таблицы на следующей странице пациенты смогут провести анализ преимуществ и недостатков в следующий раз, когда они почувствуют гнев и будут рассматривать возможность прибегнуть к агрессивным или проблемным действиям.

Рабочий лист пациента

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ДЕЙСТВИЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ГНЕВА



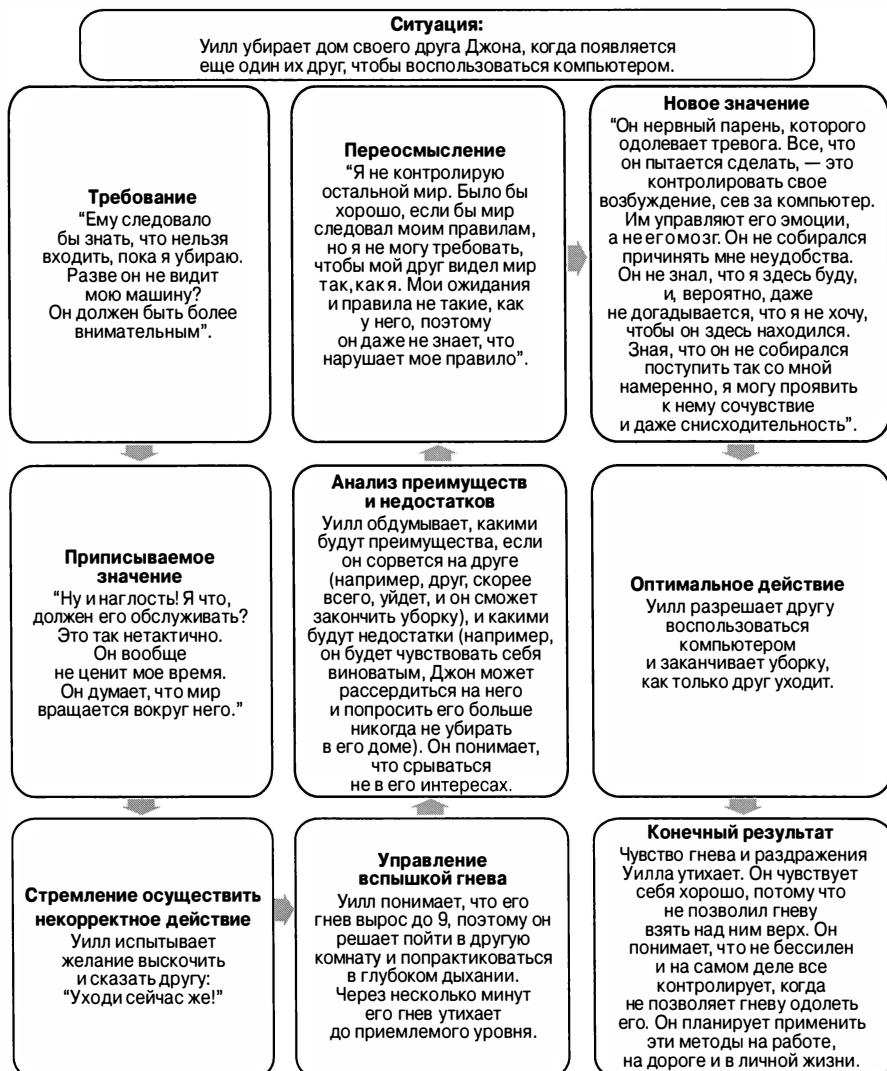
Иногда мы позволяем эмоциям брать над собой верх, что заставляет нас реагировать слишком остро. Используйте этот рабочий лист, чтобы изучить недостатки и преимущества гневного возмущения по сравнению с использованием альтернативной стратегии. Критически оцените свои данные, задав следующие наводящие вопросы: Подразумевают ли эти доказательства новый вывод? Не придется ли вам заплатить более высокую цену? Затем сделайте общий вывод, чтобы вы могли действовать эффективно, а не реактивно.

Преимущества гневного возмущения	Недостатки гневного возмущения
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Преимущества использования альтернативной стратегии (ничего не делать, быть ассертивным)	Недостатки использования альтернативной стратегии
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Вывод: _____

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ: ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЕ ГНЕВА

В следующем примере показано, как принципы, обсуждаемые в этой главе, могут перенаправить путь гнева и вывести ваших пациентов на более эффективный путь, который позволит им объективно оценивать ситуацию и предпринимать соответствующие действия.



УВЕРЕННОСТЬ В СВОИХ СИЛАХ

Как обсуждалось ранее, значение, которое пациенты приписывают своим невыполненным требованиям, обычно определяется скрытыми чувствами обиды или страха, и эти обида и страх часто связаны с основными убеждениями, которые включают неуверенность в себе. В частности, когда пациенты приходят к выводу, что они “должны” или “обязаны” соответствовать определенным ожиданиям, их неуверенность в себе может активизироваться, если они не оправдают этих ожиданий. В свою очередь, они начинают злиться на себя, что приводит к циклу дальнейших осуждений, критики и гнева.

Например, возьмем администратора компании, которая злится на себя, если ее объем продаж не такой высокий, как она хотела. Она думает: “Я могла бы добиться большего. Я должна быть более организованной, эффективной и успешной”. Смысл этого неудовлетворенного ожидания определяется ее скрытым ярлыком сомнения “Я неудачница. Я ленюсь”. В результате она начинает сомневаться в себе и задаваться вопросом, обладает ли она всеми необходимыми качествами для достижения успеха. Эти мысли вызывают эскалацию ее стресса, гнева, разочарования и депрессии.

Чтобы преодолеть гнев этой пациентки, необходимо изучить множество других правдоподобных объяснений того, почему показатели ее продаж ниже ожидаемых. Например, ее бизнес — это трудный путь, наработка базы клиентов требует времени, а она еще новичок. Ее список клиентов неуклонно растет, и начальник доволен ее успехами. Она много работает и у нее есть ум и опыт, необходимые для этой работы. Все эти факты говорят о том, что, независимо от того, сколько продаж она совершает, она не ленивая и не неудачница. Если бы она была ленивой, она бы не стала ходить на встречи, звонить или отправлять электронные письма. Если бы она была неудачницей, она бы даже не стала пытаться и не нашла бы клиентов. По правде говоря, она прилагает чрезмерные усилия, работает слишком много часов и идет на множество личных компромиссов в работе. Хотя ее показатели продаж не так высоки, как бы ей хотелось, их более чем достаточно, чтобы ее работодатель высоко ее оценил.

При скрытой неуверенности в себе любые потенциальные возможности, которые представляют пациентам доказательства их “неудач”,

только усиливают их неуверенность в себе и гнев. Один из способов помочь пациентам противостоять их нереалистичным требованиям и обрести уверенность в себе состоит в том, чтобы заставить их обратить внимание на свои сильные стороны и отдать должное своим достижениям. Таким образом, пациенты смогут понять, что их завышенные требования к себе, скорее всего, не обоснованы. Чтобы помочь пациентам развить эту альтернативную точку зрения, предоставьте им следующую копинг-карточку и прилагаемый рабочий лист на следующей странице.

Копинг-карточка

ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ СОМНЕНИЙ В СЕБЕ

Я могу преодолеть свою неуверенность в себе, делая перечисленное ниже.

1. Не называя себя грязными ярлыками, которых я не заслуживаю.
2. Посмотрев на все, что я могу сделать, сделал и делаю.
3. Ставя себе в заслугу как свои усилия, так и свои успехи.
4. Считая, что требования, которые я к себе предъявляю, могут быть необоснованными.
5. Напоминая себе, что даже если я не оправдываю своих ожиданий, это не означает, что я потерпел неудачу.
6. Сосредотачиваясь на своих сильных сторонах и не сходя с того пути, который я выбрал.

Рабочий лист пациента

СОБЕРИТЕ ДАННЫЕ, ЧТОБЫ ПОВЫСИТЬ УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ



Иногда мы можем злиться на самих себя, когда считаем, что не оправдали своих ожиданий. Чтобы преодолеть этот гнев, нам нужно побороть неуверенность в себе, фокусируясь на своих сильных сторонах и своих достижениях. Используйте этот рабочий лист, чтобы собрать некоторые данные, подтверждающие вашу уверенность в себе. Напишите пять или более конкретных, позитивных и эффективных действий, которые вы предприняли сегодня, а затем опишите, что эти действия значат для вас.

Например:

1. Я сделал кому-то искренний комплимент.
2. Я приходил на работу вовремя, даже когда не хотел идти.
3. Я ответил на телефонный звонок, который был в моем списке дел.
4. Я закончил рабочий проект.
5. Я позвонил подруге, переживающей трудный период, чтобы сказать ей, что я за нее волнуюсь.

Это означает: что я хороший человек, который, в целом, делает хорошие вещи.

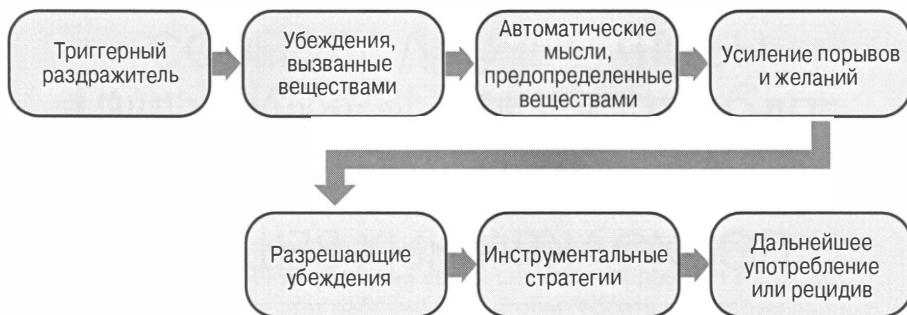
Теперь ваша очередь:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Это означает: _____

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Подобно многим другим психологическим проблемам, злоупотребление психоактивными веществами объясняется тем, что проблемы в мышлении и дисфункциональные поведенческие модели заставляют пациентов поддаваться проблемным побуждениям. Согласно когнитивной модели рецидива (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993), когда пациенты с зависимостью оказываются под воздействием триггерного стимула (например, возвращаются домой после напряженного рабочего дня или направляются в ресторан пообедать), это активизирует их глубинные убеждения, связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами (например, “Алкоголь — это единственный способ справиться со стрессом”), провоцируя возникновение автоматических мыслей, связанных с употреблением определенных веществ (например, “Мне нужно расслабиться. Мне нужно выпить”). Эти автоматические мысли, в свою очередь, приводят к усилению побуждений и пристрастий, которые способствуют возникновению разрешающих убеждений (например, “Я брошу пить завтра”, “Я просто допью эту бутылку”, “Я просто выпью одну”), которые оправдывают их желание употребить. Затем пациенты будут прибегать к инструментальным стратегиям для получения доступа к желаемому веществу, что приведет к продолжению употребления или рецидиву.



В этой главе более подробно исследуется применение когнитивной модели к пациентам, злоупотребляющим психоактивными веществами, и обсуждаются меры вмешательства на этом пути. Однако прежде чем вы сможете приступить к реализации этих терапевтических стратегий, необходимо сначала решить, пожалуй, самую важную проблему при работе с пациентами, которые борются с зависимостью: заставить их согласиться.

МОТИВАЦИЯ И ВОВЛЕЧЕННОСТЬ

Часто самым большим препятствием в лечении употребления психоактивных веществ является то, что пациенты, страдающие зависимостью, не осознают существование этой проблемы, и даже если признают ее, то, как правило, не стремятся над ней работать. Во многих случаях пациенты обращаются за лечением (или проходят принудительное лечение) только потому, что произошло какое-то негативное событие, которое вынудило их избавиться от своей зависимости (например, вождение в нетрезвом виде, арест, развод, потеря работы). Поэтому первым шагом в лечении является работа над повышением мотивации и вовлеченности пациентов.

Один из способов развить у пациентов желание участвовать в лечении и подтолкнуть их к выздоровлению состоит в том, чтобы попросить их проанализировать преимущества и недостатки употребления психоактивных веществ. Они должны рассмотреть плюсы и минусы продолжения употребления в противоположность избавлению от зависимости (Liese & Franz, 1996). Учитывая, что пациенты склонны сосредотачиваться на преимуществах употребления алкоголя

(игнорируя или сводя к минимуму его отрицательные последствия), этот анализ может помочь найти аргумент в пользу трезвости, продемонстрировав пациентам, что воздержание имеет гораздо больше преимуществ, в то время как продолжение употребления имеет гораздо большие недостатки.

Например, рассмотрим случай Джима, который в прошлом злоупотреблял алкоголем, но не считал свое пьянство проблемой. За последние несколько месяцев он все чаще и чаще поддавался желанию пить, в результате чего его жена без предупреждения подала на развод. Однажды ночью Джим был арестован за вождение в нетрезвом виде после того, как врезался в припаркованную машину в состоянии алкогольного опьянения. Небольшая автомобильная авария стала отягчающим фактором, но, к счастью, в припаркованной машине никого не было, и никто не пострадал. В результате Джим был вынужден обратиться за лечением от алкогольной зависимости. Изначально Джим сопротивлялся терапии и настаивал на том, что у него нет проблем и в терапии нет необходимости. Он искал оправдания аварии (например, заявлял, что устал за рулем) и обвинял жену в расторжении брака.

Сначала лечение было направлено на то, чтобы помочь Джиму составить список плюсов и минусов в отношении употребления психоактивных веществ. Это помогло ему разобраться в его проблеме с алкоголем и сделало его более восприимчивым к лечению. Его анализ преимуществ и недостатков подчеркивает недостатки продолжения употребления алкоголя и преимущества воздержания. Хотя он также признает преимущества употребления алкоголя (и недостатки трезвости), эти пункты включают объективное переосмысление, которое позволяет Джиму посмотреть на его злоупотребление алкоголем под более широким углом.

Преимущества употребления алкоголя

1. Это помогает мне расслабиться, но в результате я потерял семью и был арестован.
2. Это притупляет чувство стыда, но теперь меня сфотографировали для уголовного дела, и все знают, что меня арестовали за вождение в нетрезвом виде. Даже друзья моих детей знают об этом.
3. В данный момент я чувствую себя хорошо, но по утрам мне бывает трудно встать и пойти на работу.
4. Я люблю выпить, но между женой и бутылкой я выбираю жену.

Недостатки употребления алкоголя

1. Смерть — моя или других
2. Ограниченный контакт с моими детьми
3. Неспособность работать или жить самостоятельно.
4. Плохой пример для подражания для моих детей.
5. Возможность еще одного ареста за вождение в нетрезвом виде
6. Алкоголизм отрицательно сказывается на моем здоровье.

Преимущества неупотребления алкоголя

1. Быть хорошим примером для подражания для моих детей
2. Иметь больше возможностей быть с семьей.
3. Сохранить работу и жить самостоятельно.
4. Обрести уверенность
5. Избежать ареста за вождение в нетрезвом виде.

Недостатки неупотребления алкоголя

1. Какое-то время мне будет плохо, но это временно и скоро пройдет.
2. Мне придется расхлебывать ту кашу, которую я сам заварил, но потом я смогу поработать над исправлением ситуации, не допуская ее ухудшения, и, надеюсь, в конечном итоге получу то, что хочу.

После того, как вы поработали с пациентами над анализом преимуществ и недостатков употребления психоактивных веществ, попросите их пересмотреть плюсы продолжения употребления и минусы воздержания. Необходимо, чтобы пациенты увидели, что у трезвости больше преимуществ. Помогите пациентам сделать точный вывод на основе анализа преимуществ и недостатков, который они могут использовать в качестве копинг-утверждения. Например, вывод Джима может быть следующим: “В краткосрочной перспективе употребление алкоголя позволяет мне избегать позора моего положения, но в долгосрочной перспективе мои проблемы никогда не исчезнут, а только усугубятся. Я могу преодолеть свой стыд и заменить его гордостью, набравшись смелости признать свои ошибки и показать своим детям, что преодоление невзгод возможно. Хотя, возможно, для того, чтобы это сделать, мне придется пережить неприятные минуты, трезвый образ жизни позволит мне посмотреть в лицо созданным мною проблемам и раз и навсегда с ними покончить”.

На следующей странице представлен рабочий лист, который вы можете использовать вместе с пациентами, чтобы завершить анализ преимуществ и недостатков и прийти к здравому выводу о работе над трезвостью.

Рабочий лист пациента

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ



Используйте этот рабочий лист, чтобы изучить преимущества и недостатки продолжения употребления психоактивных веществ в противовес отказу от их употребления. В то же время постарайтесь увидеть “но” в преимуществах употребления (например, “Это приятно, но...”) и недостатках неиспользования (например, “Оставаться трезвым может быть трудно, но...”).

Преимущества употребления алкоголя

Недостатки употребления алкоголя

Преимущества неупотребления алкоголя

Недостатки неупотребления алкоголя

Общий вывод (убедитесь, что вы учитываете “но” при разработке этой реалистичной и объективной перспективы):

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ РЕЦИДИВА

Триггерные стимулы

Триггеры употребления психоактивных веществ могут иметь форму различных стимулов высокого риска, которые по своей природе бывают внешними или внутренними. К внешним триггерам относятся люди, места или вещи, связанные с желанием злоупотребления (например, заполненный мини-бар в гостиничном номере, пустой бокал для вина на обеденном столе, вход в бар, игра на музыкальном инструменте), тогда как к внутренним триггерам относятся телесные ощущения, образы, мысли или чувства. Наиболее распространенные внутренние триггеры включают в себя чувство стресса, тревоги, скучки, восторга или разочарования, а также типичные реакции организма, сопровождающие эти чувства.

Предпочтительно, чтобы пациенты, особенно на ранних стадиях выздоровления, по возможности избегали их триггеров, реализуя конкретный план по устраниению триггера или уменьшению его воздействия (например, можно попросить работников отеля опустошить заполненный мини-бар, попросить официанта убрать пустые бокалы, избегать бара). Этих внешних триггеров иногда можно избежать, но не всегда. Например, если пациенты должны присутствовать на важном мероприятии, где подают алкоголь, они могут опосредовать этот триггер, наполнив бокал для шампанского водой, расположившись в противоположной стороне от бара или отправившись на мероприятие с непьющим товарищем.

Тем не менее, иногда предотвратить триггеры или избежать их труднее (или вообще невозможно). Особенно это касается внутренних триггеров, которые связаны с эмоциями и телесными ощущениями. В случаях, когда избегание невозможно, работайте совместно с пациентами над поиском способов уменьшить воздействие триггера или справиться с ним. Пациентам важно научиться противостоять своим триггерам, несмотря на дискомфорт или страх, которые они могут вызывать. Помогите пациентам осознать, что даже если они ничего не делают, эти чувства временные. Кроме того, хотя эти чувства могут вызывать дискомфорт, это не означает, что пациенты должны им поддаваться; вместо этого они могут просто ничего не предпринимать. Вместо того чтобы бороться с дискомфортом, они могут смириться

с ним и почувствовать в себе силу. Например, в случае скуки вы можете помочь пациентам преодолеть это чувство, напомнив им, что скука — это временное состояние, с которым они могут смириться, или составив расписание занятий, чтобы преодолеть скуку.

Подобным образом рассмотрим выздоравливающего алкоголика, который испытывает стресс и разочарование, связанные со своей работой, и это становится триггером употребления алкоголя. Вы можете уменьшить стресс этого пациента, помогая ему нормализовать его и научив пациента воспринимать стресс как временное явление в естественных превратностях судьбы в его положении. Вы также можете создать круговую диаграмму с важными вещами в его жизни, чтобы он мог понять, что работа — это небольшая часть того, что для него действительно важно. Кроме того, вы можете попросить его написать о преимуществах своей работы, которые помогают ему получать удовольствие от личной жизни (например, благодаря работе он может владеть домом, хорошо проводить отпуск, покупать абонемент в спортзал, общаться с хорошими друзьями, которые также являются его коллегами по работе, и т. д.). Лечение также может помочь ему признать и использовать поддержку, которую он и его коллеги оказывают друг другу, чтобы он мог попросить о помощи или, возможно, делегировать свои полномочия на работе.

Стресс уменьшается, когда люди верят, что у них есть ресурсы, необходимые для решения существующей проблемы. Вы можете попросить пациентов практиковать управление стрессом на ежедневной основе, заставляя их заниматься деятельностью, которая приносит им удовольствие или результат и не дает им заикливаться на своих побуждениях. Например, они могут справляться с триггерами, занимаясь физическими упражнениями, смотря телевизор, принимая душ или ванну, гуляя с собакой, слушая музыку, работая в саду, готовя, медитируя, читая, вдыхая свой любимый запах или используя любое другое бесконечное множество техник релаксации.

Глубинные убеждения, связанные с наркотиками

Триггеры являются первым шагом в цикле употребления психоактивных веществ, потому что они пробуждают связанные с наркотиками глубинные убеждения, которые закрепляют зависимость.

Как правило, эти убеждения представляют собой преувеличенные или предвзятые представления о веществе или поведении. Они могут включать такие убеждения, как: “Я могу получать удовольствие от игры на гитаре, только когда я под кайфом”, “Выпивка — это единственный способ справиться со стрессом”, “Я более общительный и более желанный, когда я пьян” или “Мне нужно пить, чтобы быть своим среди парней”. Ни одно из этих убеждений не истинно на 100 процентов, и большинство из них вовсе неверны.

Помочь пациентам в оценке этих убеждений — это еще один шаг к выздоровлению. Оценить эти ложные убеждения можно с помощью наводящих вопросов, которые позволяют пациентам осознать свои ошибки мышления. Также можно провести поведенческий эксперимент, чтобы проверить обоснованности их убеждений, связанных с наркотиками. Например, если пациенты считают, что игра на гитаре в состоянии наркотического опьянения — это единственный способ получить удовольствие от музенирования, попросите их проверить эту гипотезу, попробовав обратное. Они могут обнаружить, что им не только нравится играть на гитаре в трезвом состоянии, но также им нравится то, что они могут запоминать ноты и записывать их. Точно так же вы можете разрушить убеждение “Я должен пить, чтобы быть своим среди парней”, помогая пациенту увидеть все факторы, помимо употребления алкоголя, которые связывают его с друзьями, такие как их общие хобби и интересы (например, увлечение спортом, политика, кино, отдых). Смысл в том, чтобы помочь пациентам развить альтернативные убеждения, которые противодействуют желанию употреблять психоактивные вещества (например, “Мне лучше удаётся писать музыку, когда я трезв” или “Мне не нужно пить, чтобы мои друзья считали меня одним из них”).

Автоматические мысли, возникающие при употреблении психоактивных веществ

Убеждения, связанные с психоактивными веществами, продолжают цикл зависимости, порождая стереотипные автоматические мысли. Это такие мысли, как “Мне нужно выпить”, “Мне хочется поймать кайф” и “Было бы неплохо открыть бутылку”, которые усиливают желание выпить. Вместо того чтобы принимать эти мысли за чистую

монету, предложите пациентам проверить их достоверность с помощью простых вопросов и рассмотреть другие точки зрения. Например, вместо “Мне нужно выпить, чтобы уменьшить стресс” более точным перефразированием может быть: “Я хочу выпить, но мне это *не нужно*. Выпивка означает отсутствие семейной жизни, похмелье, работу и неприятную картину поражения”. Точно так же вместо “Я *заслужила эту выпивку*” пациенты могут подумать: “Я действительно много работала сегодня, но выпивка — не единственный способ вознаградить себя. Я могу принять горячий душ, записаться на расслабляющий массаж или побаловать себя педикюром”.

Усиление побуждений и пристрастий

Когда у клиентов возникают автоматические мысли, искаженные употреблением психоактивных веществ, это становится триггером, побуждающим к их употреблению, а мысленный образ подчинения этому побуждению имеет тенденцию подпитывать их пристрастие. Например, алкоголик может представить себе бутылку спиртного и воображать, как приятно будет ее выпить, в то время как кокайн-новый наркоман может представить, что курит трубку, смеясь и испытывая удовольствие от кайфа. Чтобы пациенты справились с этим пристрастием, попросите их попрактиковаться в замене положительных образов отрицательными образами, отражающими их реальный прошлый опыт. Например, алкоголики могут заменить образ бутылки с ликером воспоминанием о том, как они обнимали унитаз, выпачканные рвотой, со сжимающимся от боли животом, головной болью и запахом семейного завтрака, вызывающим приступы тошноты. Точно так же, вместо того, чтобы вспомнить кайф, связанный с употреблением крэка, наркоман может вспомнить чувства ужаса и страдания, связанные с ломкой (например, нарастающее беспокойство, желание выползти из своей кожи, невыносимую нервозность, учащенное сердцебиение, гул в голове).

Информированность пациентов об их побуждениях и пристрастиях может помочь им осознать, что эти симптомы возникают волнообразно, и если они не уступают им, эти побуждения и пристрастия, в конечном итоге, проходят. Когнитивные вмешательства также могут помочь пациентам противостоять своим побуждениям. Например,

пациенты могут разработать копинг-карточки, чтобы напоминать себе, что если у них возникло побуждение, это не означает, что они должны действовать в соответствии с ним, и что оно пройдет, и они будут чувствовать гордость от того, что смогли ему противостоять. Вы также можете попытаться найти примеры в других областях жизни пациентов, где они эффективно использовали самоконтроль, и это принесло свои плоды. Наконец, пациенты могут использовать стратегии релаксации или отвлечения, чтобы противостоять побуждению, пока оно не пройдет (например, практиковать глубокое дыхание, заниматься другими приятными делами, медитировать, заниматься спортом, общаться с другом, который их поддерживает).

Использование инteroцептивной экспозиции — это еще один способ просветить пациентов об их побуждениях и пристрастиях. У пациентов часто возникает ложная мысль о том, что единственный способ уменьшить пристрастие — это действовать в соответствии с ним, хотя правда состоит в том, что пристрастие ослабнет, если вы ему не поддадитесь. Инteroцептивная экспозиция с усиленным дыханием обычно вызывает побуждение у людей, злоупотребляющих веществами, а прекращение экспозиции приводит к уменьшению этого побуждения. В свою очередь, это помогает пациенту прийти к выводу, что если не поддаваться побуждению, пристрастие может исчезнуть.

ИНТЕРОЦЕПТИВНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ К ПОБУЖДЕНИЮ



Шаг 1. Попросите пациента оценить интенсивность своего побуждения принимать психоактивные вещества по шкале от 0 до 10.

Шаг 2. Попросите пациента в течение одной минуты дышать чрезмерно глубоко, делая глубокие вдохи через рот.

Шаг 3. Попросите пациента еще раз оценить интенсивность своего побуждения по той же 10-балльной шкале.

Шаг 4. Начните отвлекающий разговор о чем-то важном и интересном для пациента (например, о кино, политике, спорте), либо попросите его закрыть рот и как можно медленнее сделать несколько вдохов через нос. Это уменьшит возбуждение, вызванное чрезмерным дыханием, и, как правило, ослабит побуждение.

Шаг 5. Попросите пациента еще раз оценить интенсивность своего побуждения, используя ту же 10-балльную шкалу.

Шаг 6. Обсудите выводы относительно его первоначальной гипотезы о его пристрастии (например, "Я не могу противостоять побуждению. Побуждение исчезнет, только если я буду употреблять. Я не могу его контролировать"), чтобы он мог прийти к новым выводам, подтверждающим мысль о том, что пристрастия можно ослабить, не уступая им.

Используйте таблицу на следующей странице, чтобы отслеживать интенсивность побуждений ваших пациентов, а также то, как они с ними справляются. Попросите пациентов записывать любые триггеры, воздействию которых они подвергаются в течение недели, их последующие мысли и чувства, интенсивность их побуждения и их копинг-реакцию. Пересматривайте этот дневник на сеансе каждую неделю, чтобы вы могли определить области, в которых пациент добивается успехов, а также любые трудности, над которыми вам нужно поработать.

Рабочий лист пациента

ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИКСАЦИЯ ПРИСТРАСТИЙ И КОПИНГ-РЕАКЦИЯ



Используйте этот рабочий лист для записи любых триггеров, возникающих ежедневно и в течение недели. Записывайте сложные ситуации, которые вызывали побуждение употреблять психоактивные вещества, и определите мысли или чувства, провоцирующие ваш дистресс. Затем запишите интенсивность ваших пристрастий (используя шкалу ниже) и то, как вы с ними справились.



В следующем примере показано, как заполнить рабочий лист, а также ниже есть свободное место для ваших ежедневных записей:

Ситуация/триггер: Вы вошли в пустой дом.

Мысль или чувство: Я был зол и расстроен, что моя жена ушла без предупреждения. Мне стало грустно, когда я подумал: "Все кончено", а затем я сказал себе: "Мне нужно выпить".

Степень пристрастия: 60%

Копинг-реакция (что вы сделали или сказали себе): Я сказал себе, что мне не нужно пить, и что я могу лучше справиться с этой ситуацией без алкоголя.

Дата: _____

Ситуация/триггер: _____

Мысль или чувство: _____

Степень пристрастия: ____ %

Копинг-реакция: (что вы сделали или сказали себе): _____

Дата: _____

Ситуация/триггер: _____

Мысль или чувство: _____

Степень пристрастия: ____ %

Копинг-реакция: (что вы сделали или сказали себе): _____

Дата: _____

Ситуация/триггер: _____

Мысль или чувство: _____

Степень пристрастия: ____ %

Копинг-реакция: (что вы сделали или сказали себе): _____

Разрешающие убеждения

При наличии пристрастий пациенты с большей вероятностью отреагируют на них, если прислушаются к разрешающим убеждениям, которые рационализируют желание употреблять психоактивные вещества. Это такие убеждения, как: “Все остальные тусуются, пьют и кайфуют”, “Я сделал всего один глоток. Никто и не узнает”, “Я это заслужил”, “Я могу вернуться на правильный путь завтра” или “Что в этом такого? Все и так плохо”. Эти убеждения подталкивают пациентов уступить перед их побуждениями. Вместо того, чтобы поддаться им, пациенты могут научиться сопротивляться этим убеждениям с помощью более точного и рационального рефрейминга. Например, правда в том, что не все веселятся на вечеринках (и, конечно, большинство из присутствующих на вечеринке не пьяны и не под кайфом). Точно так же вы можете напомнить пациентам, что их убеждение в том, что они могут выпить только один стакан или один глоток, нереалистичны, потому что история говорит нам, что одного никогда не бывает достаточно, и за одним стаканом или глотком всегда следует второй. Также не имеет значения, знает ли кто-нибудь, что они что-то употребляли, потому что негативные последствия никуда не денутся и, что более важно, “Я сам буду это знать, и это разрушит то, над чем я работаю, и сокрушит мою самооценку. Отказ от трезвости хотя бы на одну минуту только усложнит задачу. Дела плохи, но все может стать еще хуже. Не стоит использовать это как оправдание, чтобы пойти неверным путем”. Сопротивляясь разрешающим убеждениям, пациенты возвращают свою силу.

Инструментальные стратегии

Если пациенты прислушиваются к своим разрешающим убеждениям, они затем используют различные инструментальные стратегии, чтобы получить доступ к своему приоритетному психоактивному веществу и действовать в соответствии со своими побуждениями. Например, они могут встретиться с друзьями, чтобы выпить в баре, пойти на вечеринку, где есть наркотики, пообщаться с другом, который связан с наркотиками, отправиться на ипподром или оставить мини-бар заполненным и незапертым. Ключевым моментом вмешательства здесь является создание препятствий, которые мешают

пациентам действовать в соответствии со своими побуждениями или пристрастиями. Сделайте доступ более сложным, попросив пациентов адаптировать свое расписание, изменить маршруты и заручиться помощью внешних ресурсов, таких как кураторы, друзья, родственники или программы реабилитации. Поощряйте пациентов доверять людям, не злоупотребляющим психоактивными веществами, и искаль у них совета. Вместо того, чтобы встречаться с друзьями в баре, они могут пойти в спортзал или посетить встречу участников реабилитационной программы. Вместо того, чтобы проводить время с другом, который поощряет употребление психоактивных веществ, они могут пойти в дом друга, который не является любителем вечеринок. Вместо того, чтобы отправиться на ипподром, они могут пойти в кино, а вместо того, чтобы оставлять мини-бар заполненным, они могут попросить опустошить его, или запереть и передать ключ на стойку регистрации.

Срыв или рецидив

Если пациенты, в конечном итоге, уступают своим пристрастиям, это может означать временную задержку в их выздоровлении или привести к рецидиву, который подразумевает продолжение употребления психоактивных веществ. Пациенты с зависимостью нередко испытывают рецидив: от 40 до 60 процентов людей, лечившихся от зависимости или алкоголизма, рецидивируют в течение первого года лечения (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2014). Однако срыв не обязательно должен быть бесконечным путем разрушения. Срыв — это ошибка, которую пациенты могут использовать как урок, чтобы укрепить свою решимость работать в направлении трезвости. Работайте вместе со своими пациентами над устранением их препятствий и выявлением проблем, которые способствовали их срыву. Каждая точка на этом пути — это точка понимания и точка вмешательства. Никогда не поздно вмешаться и изменить направление. Всегда есть надежда на выздоровление.

Когнитивная модель злоупотребления

Используя когнитивную модель в качестве основы, вы можете определить путь злоупотреблений ваших пациентов и идентифицировать

различные моменты, которые привели к их недавнему срыву или рецидиву. Отображение этого пути дает вам данные, необходимые для вмешательства и выведения пациентов на путь выздоровления. Помните, каждая точка на этом пути — это возможная точка вмешательства.

Возвращаясь к предыдущему примеру, касающемуся Джима, карта его злоупотребления алкоголем с соответствующими точками вмешательства на этом пути может выглядеть следующим образом:

1. **Триггерный стимул:** Жена Джима без предупреждения просит развод. Ему сообщают, что ему больше не рады на семейном отдыхе, и просят покинуть дом.

Вмешательство.

- Усилить способность Джима справляться со стрессом: “Я могу смириться с разочарованием из-за того, что моя семья отвергает меня, но я не должен позволять ему превращаться в депрессию и питать мысли о беспыходности. Пускай они не хотят, чтобы я был с ними сейчас, но это не означает, что так будет всегда. Если я буду трезвым, факты будут говорить сами за себя”.
- Вместо того, чтобы сидеть одному в пустом доме, Джим должен наладить свои социальные связи (например, он может пойти в спортзал или в магазин, навестить свою мать).

2. **Убеждение, связанное с психоактивными веществами.** “Единственный способ справиться и забыть о моей паршивой ситуации — это выпить”.

Вмешательство.

- Переосмыслить это убеждение: “Пьянство не улучшит ситуацию, но может ухудшить ее. Трезвый образ жизни означает, что я справляюсь и решаю проблемы, и, в конечном итоге, исправлю эту ситуацию”.
- Практиковать новое убеждение: употребление алкоголя — это бегство, а не эффективный способ справиться с ситуацией.

3. **Автоматические мысли, основанные на пристрастии к веществам.** “Я такой несчастный, я должен быть сейчас в отпуске со своей семьей. Я не обязан никуда съезжать. Это так несправедливо. Я этого не заслуживаю”.

Вмешательство.

- Перефразировать автоматическую мысль: “Учитывая то, как я себя вёл, неудивительно, что у моей жены лопнуло терпение. Я мог навредить кому-то или даже убить кого-то, управляя машиной в нетрезвом виде. По правде говоря, мне потребовалось пережить всю эту боль, чтобы признать, что у меня есть проблема. Теперь, когда я работаю над этим, я считаю, что заслуживаю быть частью своей семьи, и я сделаю все, что в моих силах, чтобы это произошло”.

4. Усиление побуждений и пристрастий. Джим представляет, как идет в бар, выпивает и чувствует себя лучше.

Вмешательство.

- Заменить позитивный образ негативным: Джим может представить, как его затаскивают в наручниках в полицейскую машину, и как он сидит в одиночестве в тюремной камере и ему некому позвонить.
- Использовать стратегии релаксации или отвлечения, чтобы отсрочить действие по побуждению, зная, что побуждение пройдет.

5. Разрешающие убеждения. “Я заслуживаю выпивки после всего, через что я прошел”.

Вмешательство.

- Переосмыслить убеждение: “Вождение в нетрезвом виде создало трудности, но я могу с ними справиться. Я могу найти жилье рядом с остановками общественного транспорта, ездить на велосипеде, пользоваться услугами доставки и просить помохи у других. Мне очень жаль себя, но я сам виноват в возникновении этой проблемы, и я могу улучшить или ухудшить ситуацию. Я заслуживаю быть частью моей семьи больше, чем я заслуживаю выпить, и я не хочу все испортить”.

6. Инструментальные стратегии. Он садится в машину и направляется к ближайшему бару.

Вмешательство.

- Участие в альтернативных занятиях: Вместо того, чтобы пойти в бар, Джим может пойти в спортзал, на встречу и приготовить вкусный ужин.

7. Срыв. В баре Джим заказывает выпивку. Затем он снова заказывает выпить, и еще, и еще. В конце ночи он едет домой в пьяном виде, где врезается в припаркованную машину и его задерживают за вождение в нетрезвом виде.

Вмешательство.

- Продолжать заниматься делами, которые способствуют выздоровлению и подтверждают цель трезвости (например, продолжать терапию, начать посещать программу реабилитации).

Вы можете использовать рабочий лист клинициста на следующей странице, чтобы наметить путь злоупотребления каждого из ваших пациентов, а также возможные точки вмешательства на каждом этапе.

Рабочий лист клинициста

ПУТЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ



Поработайте вместе со своим клиентом над определением его конкретного пути употребления психоактивных веществ. Затем в каждой точке пути записывайте любые вмешательства, которые могут помочь вашему пациенту встать на альтернативный путь.

1. Триггерный стимул: _____

Вмешательство: _____

2. Убеждение, связанное с психоактивными веществами: _____

Вмешательство: _____

3. Автоматические мысли, основанные на пристрастии к веществам: _____

Вмешательство: _____

4. Усиление побуждений и пристрастий: _____

Вмешательство: _____

5. Разрешающие убеждения: _____

Вмешательство: _____

6. Инструментальные стратегии: _____

Вмешательство: _____

7. Срыв: _____

Вмешательство: _____

Уязвимость к рецидиву

Даже после того, как пациенты в течение некоторого времени были трезвыми, они все еще нередко остаются уязвимыми к рецидиву. Некоторые из наиболее распространенных определяющих факторов рецидива включают повторное появление автоматических мыслей, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, мысль о том, что эпизодическое употребление наркотиков или алкоголя — это нормально) и воздействие триггеров высокого риска (например, годовщина, острый стресс, негативные новости, травмы, болезни, межличностные проблемы, проблемы на работе). Пациенты неизбежно будут испытывать мысли или ситуации, которые станут триггером использования психоактивных веществ, поэтому важно заранее подготовить пациентов к этим уязвимостям. Помогите пациентам выявлять и устранять их уязвимости, а не игнорировать их. Ключ к долгосрочному благополучию состоит в том, чтобы не позволять пациентам унывать и научить их воспринимать каждый неверный шаг как возможность усерднее бороться, учиться на своих ошибках и признать, что они зависимые люди, а выздоровление — это их крестовый поход длиною в жизнь. Поместите эту информацию в копинг-карточку, чтобы усилить обучение.

Возьмем случай Сами, которая после почти 18 месяцев воздержания от крэка решила, что нет ничего плохого в том, что она будет время от времени его употреблять. Она связалась с другом и потратила на крэк деньги, заработанные на новой работе. Она накурилась, впоследствии почувствовала себя ужасно и сразу же начала лечение, заявив, что она больше не хочет принимать крэк. Пройдя лечение, она смогла увидеть, что этот временный срыв стал для нее гарантией защиты от употребления психоактивных веществ. Оглядываясь назад, она поняла, что зависимость от крэка — это проблема на всю жизнь, с которой она никогда не сможет справиться. Даже одна затяжка — это слишком много, потому что одной затяжки никогда не бывает достаточно. Напоминая себе, что в ее жизни есть люди, которые заботятся о ней, что она хочет быть рядом с ними и что она не хочет рисковать своей комфортной жизненной ситуацией или своими деньгами за аренду, она смогла выработать копинг-утверждение, которое укрепило ее нацеленность на воздержание: “Я могу это сделать. Я больше не слаба. Я больше не беспомощна”.

Всегда следите за связанными с психоактивными веществами автоматическими мыслями, которые способствуют рецидиву (например, “Я просто хочу куда-то пойти и вести себя плохо. Я хочу веселиться”), и убедитесь, что у пациентов есть инструменты, чтобы отреагировать на эти мысли с помощью голоса разума. Например, действительно ли пациенты хотят вести себя плохо, или они на самом деле хотят чего-то еще? Чего не хватает в их жизни и как они могут это обрести? Убедитесь, что пациенты знают, какое поведение может создать им проблемы (например, пропуск встреч в рамках программы реабилитации, прогулки в старый район, попытки связаться с друзьями, злоупотребляющими психоактивными веществами), и побудите пациентов сделать все, что в их силах, чтобы прекратить такое поведение. Напомните им о негативных последствиях их действий и о положительных сторонах выбора альтернативного пути.

Кроме того, будьте осторожны, чтобы не допустить господства ошибочных убеждений (например, “Всем остальным это сходит с рук” или “Упорный труд не окупается”). Напомните пациентам, что ничто никому не сходит с рук, потому что мы все несем ответственность за свои действия. Более того, жизнь — это не прямая линия, а извилистая ухабистая дорога. Иногда пациенты ожидают, что выздоровление принесет им всевозможные нереалистичные положительные изменения, и когда этого не происходит, они сильно разочаровываются. Вместо этого помогите пациентам сосредоточиться на изменениях, которые они могут внести в свою жизнь, и на изменениях, которые уже привели к успехам.

Пациентам также помогает регулярно изучать свой анализ плюсов и минусов употребления психоактивных веществ и постоянно обновлять этот список, добавляя все больше и больше причин для воздержания. Наблюдение за их жизнью в трезвом состоянии и в состоянии опьянения может помочь укрепить их в стремлении к воздержанию. Помогите пациентам понять, в какой степени воздержание окупается. Работайте с ними, чтобы они увидели все радости и все, чего они достигли (и продолжают достигать) в завязке. Определяя все преимущества трезвого образа жизни, пациентам напоминают о том, что они потеряли бы, если бы продолжали употреблять. Напомните пациентам, каким человеком они хотят стать, и спросите, какой путь поможет им этого достичь. Никто не хочет терять то, что у него есть, но нам часто бывает нужно увидеть, что у нас есть, чтобы начать это ценить.

Наконец, напомните пациентам, что они — это не их зависимости. Злоупотребление психоактивными веществами — это проблемная модель поведения, которая часто обречена на провал и приводит к плохим результатам. Однако это не означает, что людей, страдающих зависимостью, можно назвать плохими, аморальными или любыми другими навязанными им негативными ярлыками. Если пациенты воспринимают свою зависимость как проблему своего характера (а не его определение), это позволяет им сформировать более позитивное представление о себе. Например, когда Самипротрезвела, она поверила, что она — другой человек, из-за чего она почувствовала себя ненастоящей. Терапия помогла ей увидеть, что не существует “старой ее” и “новой ее” — есть просто она. Она смогла понять, что всегда была привлекательной, способной женщиной, которая боролась с неизгодами зависимости. Поведение в соответствии с этими убеждениями помогло ей оставаться на пути воздержания.

Чтобы помочь вашим пациентам преодолеть любые неудачи или рецидивы и вернуть их на путь выздоровления, вы можете предоставить им любую из следующих копинг-карточек.

Копинг-карточка

НЕ ДАЙТЕ СРЫВУ ПЕРЕРАСТИ В РЕЦИДИВ

Не отчайвайтесь! Используйте любые оплошности как возможности для усердной борьбы. Учитесь на своих ошибках. Примите тот факт, что у вас есть зависимость, и выздоровление — это ваш крестный поход длиною в жизнь.

Копинг-карточка

Я МОГУ ПРОТИВОСТОЯТЬ ПОБУЖДЕНИЮ

Триггеры повсюду. Недостаточно просто избегать их, но я могу стараться изо всех сил. Когда у меня появляется желание или побуждение злоупотребить психоактивными веществами, я могу делать перечисленное ниже.

- Избегать людей, мест и вещей, связанных с проблемами.
- Практиковать мышление “Я не могу успешно употреблять психоактивные вещества ни при каких обстоятельствах”. Такое мышление максимизирует успех и принятие.

- Напоминать себе о случаях, когда из-за употребления я чувствовал себя ужасно (например, ехал за рулем на работу и меня чуть не вырвало, смотрел в зеркало на свое опухшее лицо, сталкивался со страхом моих детей и грустью жены).
- Представлять отличные выходные, когда я трезв (например, как я ем на завтрак блины и бекон, весело провожу время с семьей, держу своих детей на руках, чувствуя себя счастливым).
- Напоминать себе, что быть под кайфом приятно только на короткое время (10–15 минут), но это влечет за собой негативные последствия, которые делятся намного дольше (например, дерзкое самочувствие, безработица, проблемы с законом, потеря семьи).
- Вспомнить нелицеприятные результаты злоупотребления: одинокий, больной, нет любви, нет удовольствия, нет достижений, нет дома, нет денег, нет ничего.

Копинг-карточка

Я МОГУ ВОЗДЕРЖИВАТЬСЯ

- Я не хочу злоупотреблять.
- Мое воздержание должно быть для меня на первом месте.
- Я есть и всегда был хорошим человеком.
- Я есть и всегда был способным и привлекательным.
- Я не могу сдаться. Я должен продолжать работать над этим.
- То, что я хочу употребить психоактивные вещества, не означает, что я должен это сделать.
- Я могу пережить плохие чувства.
- Нужно просто придерживаться программы. Она работает.
- Я не могу сделать это один, но это не значит, что я слаб.
- Если я позволяю другим помогать мне, это делает меня умным и сильным.
- Я зависимый. Никаких оправданий.
- Злоупотребление лишает меня моци и силы.
- Сопротивление побуждению заставляет меня чувствовать себя сильным и гордым.
- У меня получится.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, САМОПОВРЕЖДЕНИЕ И СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДУ

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Расстройства личности характеризуются устойчивой и негибкой моделью мышления, чувств и поведения, которая обычно закладывается в подростковом или раннем взрослом возрасте (APA, 2013). Согласно когнитивной модели расстройств личности, люди с расстройствами личности придерживаются базового набора негативных убеждений или ярлыков сомнений, которые приводят к искаженным автоматическим мыслям в ответ на ситуации, которые происходят вокруг них. Эти автоматические мысли, обусловленные конкретной ситуацией, в свою очередь активируют эмоциональный и физиологический дистресс и становятся причиной дисфункциональных моделей поведения (Beck, Davis, & Freeman, 2015). В результате у людей с расстройствами личности обнаруживаются нарушения в различных профессиональных, социальных и других сферах жизни.

Считается, что негативные убеждения, характерные для расстройства личности, обусловлены и поддерживаются генетической предрасположенностью в сочетании с жизненным опытом. В частности, характеристики темперамента, наблюдаемые у растущего ребенка (например, навязчивость, застенчивость или бунтарство), сохраняются на протяжении всего периода развития от детства до поздней юности и зрелости (Kagan, 1989) и могут найти постоянное выражение в определенных расстройствах личности, таких как зависимая, избегающая или другая личность (Beck и др., 2015). Эти модели находят свое выражение и во взрослой жизни. Но не стоит забывать о том факте, что наши врожденные склонности могут усиливаться или ослабевать в результате нашего жизненного опыта. Например,

если ребенок особенно нерешителен и цепляется за родителя, тогда родитель может обеспечивать ему постоянную защиту и заботу, подпитывая тем самым идеи зависимости.

Следовательно, врожденные предрасположенности и влияние окружающей среды формируют наши системы убеждений и применяемые нами стратегии, но не определяют их. Не все тревожные дети станут взрослыми, несклонными к риску. Влияние получаемых нами сообщений и жизненного опыта в сочетании с нашей интерпретацией этого опыта усиливает или ослабляет наши ранние предрасположенности. Например, в ситуации, когда ребенок плачет и цепляется за родителя, который привел его в детский сад, родитель может оставаться и утешить его, или же уйти, чтобы ребенок мог понять, что он в состоянии выжить самостоятельно. Первая ситуация может усилить у ребенка чувство беспомощности, тогда как вторая может усилить чувство независимости. С другой стороны, ребенок с чувствительностью к отказу может интерпретировать эту ситуацию по-другому, заключив, что его любят, когда родитель остается, и не любят, когда родитель уходит.

С точки зрения природы и воспитания пациенты с расстройствами личности отличаются от других по части познания, аффекта и мотивации (Beck и др., 2015). Что отличает одно расстройство личности от другого, так это содержание основных представлений пациентов о себе, предположения, в соответствии с которыми они действуют, и поведенческие действия, которые они обычно используют (Beck и др., 2015). Например, для театральной личности ключевым является убеждение “Я неадекватен и не могу справиться с жизнью самостоятельно”, которое аналогично убеждению зависимых пациентов. Однако эти два расстройства отличает то, как пациенты справляются с этим убеждением. Пациенты с диагностированным зависимым расстройством личности заявляют о своей беспомощности и ждут, пока кто-нибудь о них позаботится, в то время как пациенты с диагнозом театральное расстройство личности более pragматичны, поскольку они активно ищут внимания и одобрения, чтобы заставить других позаботиться о них. В следующем разделе более подробно обсуждаются основные негативные убеждения, связанные с расстройствами личности, а также то, как эти убеждения приводят к проблемным предположениям и дисфункциональному поведению.

Расстройства личности и основные убеждения

DSM-5 идентифицирует и систематизирует 10 различных расстройств личности, которые сгруппированы в три кластера (APA, 2013). **Кластер А**, известный как необычные или эксцентричные расстройства, включает шизотипические, пааноидальные и шизоидные расстройства личности. Пациенты в этом кластере, как правило, испытывают трудности с межличностным общением, поскольку их поведение воспринимается как странное, подозрительное или отстраненное. Например, пациенты с шизотипическим расстройством личности проявляют несуразное мышление и ведут себя странным или необычным образом, что вызывает у них трудности с общением с другими людьми. В результате они могут считать себя неполноценными, предполагать скрытые мотивы со стороны других и проявлять чрезмерную социальную тревогу. Точно так же пациенты с пааноидальным расстройством личности могут полагать, что они уязвимы, и считать, что другие могут ими воспользоваться. В результате они чрезмерно подозрительно относятся к другим людям и слишком остро реагируют на кажущееся пренебрежение. Наконец, люди с шизоидным расстройством личности считают себя социальными неудачниками или одиночками. Они не хотят близких отношений, не получают от них удовольствия и полагают, что им лучше жить одним, что заставляет их отстраняться от социальных отношений.

Расстройства личности **кластера В**, которые включают пограничные, истерические, антисоциальные и нарциссические расстройства личности, характеризуются драматическим и неустойчивым поведением. Пациенты с этим диагнозом, как правило, испытывают очень сильные эмоции и проявляют множество экстремальных форм поведения в ответ на свои дисфункциональные убеждения. Например, пациенты с пограничным расстройством личности считают себя неполноценными, беспомощными, уязвимыми и плохими. Они не верят, что могут выжить самостоятельно, и предполагают, что их бросят те, от кого они зависят, что приводит к нестабильности в межличностных отношениях. Пациенты с антисоциальным расстройством личности также считают себя уязвимыми, но они предполагают, что им причинят вред или воспользуются ими, если они не начнут действовать первыми. В свою очередь, им чуждо сочувствие, и они открыто

эксплуатируют других. Пациенты с театральным расстройством личности полагают, что они неадекватны, и считают, что они должны быть в центре внимания, чтобы завоевать одобрение и привязанность других, и чтобы о них позабочились, что приводит к разнообразным формам поведения, направленным, на привлечение внимания, таким как чрезмерная драматичность соблазнительные наряды или поведение, а также привычка чрезмерно развлекать других. Наконец, пациенты с нарциссическим расстройством личности имеют завышенное мнение о себе, полагая, что они особенные и лучше других. Это превосходство и потребность быть особенными подтверждается их самовосхвалением, самовлюблённостью, соперничеством, проявлением внешних признаков статуса, необходимостью быть правыми и требованием к себе особого отношения. Однако, когда их не воспринимают лучше других или как особенных, активируются их глубинные убеждения в своей неполноценности и незначительности.

Расстройства личности **кластера С**, которые включают зависимые, обсессивно-компульсивные и избегающие расстройства личности, характеризуются чувством всепроникающей тревоги или страха. Например, пациенты с зависимым расстройством личности считают, что они беспомощны, и полагают, что они потерпят неудачу, если будут полагаться только на себя. В свою очередь, они чрезмерно зависят от других людей в удовлетворении своих потребностей. Напротив, пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности сохраняют ошибочное убеждение в своей компетентности и в некомпетентности других, что заставляет их предполагать, что их мир выйдет из-под контроля, если они делегируют свои полномочия или не будут придерживаться своих собственных стандартов. В результате они озабочены упорядоченностью, перфекционизмом и контролем. Наконец, пациенты с избегающим расстройством личности считают, что их нельзя любить и что они неадекватны. Они не могут терпеть дискомфорт и не выносят, когда их не любят или отвергают. Поскольку они предполагают, что другие их отвергнут, если узнают их “настоящих”, они избегают близости и ситуаций, которые, как они опасаются, могут привести к критике со стороны других.

Хотя расстройства личности в значительной степени характеризуются различающимися основными убеждениями, коморбидность между расстройствами личности — это обычное явление, и пациенты

часто отвечают критериям одного или нескольких дополнительных расстройств личности (APA, 2013). Кроме того, поскольку некоторые расстройства личности имеют схожие симптомы, часто бывает трудно определить тип расстройства личности без тщательной оценки. Например, пациенты с театральным и нарциссическим расстройствами личности хотят быть в центре внимания, но театральные пациенты более склонны действовать услужливо, чтобы удержать внимание, в то время как нарциссические люди жертвуют вниманием, чтобы сохранить свое чувство превосходства. Точно так же пациенты с театральным и пограничным расстройством личности демонстрируют изменчивые и драматические эмоции, но пациенты с пограничным расстройством личности с большей вероятностью будут демонстрировать саморазрушительное поведение и крайний дискомфорт при сильном аффекте.

Чтобы дополнительно проиллюстрировать, как в контексте расстройств личности возникают негативные основные убеждения, проблемные предположения и дисфункциональное поведение, рассмотрим случай Роба, который с рождения был очень чувствителен к окружающей среде. В детстве у него были колики, хронические ушные инфекции, требующие применения трубок, он был чувствителен к любому шуму или свету во время сна и не хотел, чтобы его оставляли одного. Роб резко отличался от своих старших братьев и сестер, которые не разделяли его чувствительности, засыпали где угодно и были счастливы, когда их оставляли в покое и они могли развлечься. Несмотря на эти различия, родители Роба относились к нему также, как и к его братьям и сестрам, оставляя его на попечении детей, записывая его на занятия и предоставляя ему социальную и академическую независимость. Робу было тяжело соответствовать их ожиданиям, из-за чего его родители видели в нем “сложного ребенка”, а сам он считал себя никчемным, потому что никто не пытался позаботиться о его потребностях.

Из-за биологической чувствительности Роба и его желания всегда быть с другими людьми он чувствовал себя не в своей тарелке в своей автономной семье. В результате его неуверенность в себе росла, и он пришел к убеждению, что не способен делать что-то в одиночку, что еще больше усилило его глобальное ощущение беспомощности. Не желая, чтобы его оставляли одного, он пассивно соглашался с тем,

чего хотели все, даже если это причиняло ему страдания. Вместо того чтобы говорить о своих потребностях, он нашел способы манипулировать ситуацией, приходя поздно или неподготовленным. Роб считал, что это был единственный способ удовлетворить его потребности, поскольку он предполагал, что если он прямо о чем-либо попросит, то ему будет отказано. В этом примере зависимая личность Роба была сформирована как его генетической предрасположенностью находиться в компании других людей, так и его жизненным опытом пребывания в семье, которая не разделяла его потребности. Его манипулятивные и пассивные стратегии работали против него, подпитывая постоянные страдания и ставя под угрозу его способность функционировать.

КЛЮЧЕВЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

При всей ограниченности эмпирических исследований, уже имеются доказательства, свидетельствующие о том, что КПТ может быть эффективной при лечении расстройств личности (Beck и др., 2015). Цель лечения — помочь пациентам уменьшить их дистресс и повысить их уровень функционирования, преобразовав их преувеличенные, распространенные и негативные основные убеждения в более точные представления о себе, а также заменив их неэффективные компенсирующие действия более эффективным поведением. Пациенты с расстройствами личности склонны полагаться на одно и то же чрезмерно развитое компенсаторное поведение, даже если эти стратегии вновь и вновь оказываются неэффективными. Благодаря лечению пациенты могут научиться отстраняться от этих стратегий и выстраивать альтернативные поведенческие стратегии, более эффективные по своей природе. Например, пациенты с театральным расстройством личности могут научиться самодисциплине и контролю вместо самолюбования, тогда как пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности могут научиться быть более спонтанными вместо того, чтобы пытаться все контролировать. При всех расстройствах личности цель лечения состоит в том, чтобы помочь пациентам наладить близкие и intimные отношения, повысить свою уверенность и функциональность, а также разработать более широкий спектр эффективных вариантов действий.

Подобно стандартной КПТ при депрессии и тревоге, КПТ при расстройствах личности — это целенаправленное лечение, в котором используются структурированные методы с упором на работу над собой в качестве домашнего задания, сбор доказательств и тестирование гипотез. Однако, в отличие от традиционной КПТ, в которой упор делается на более коллаборативные терапевтические отношения, при лечении расстройств личности в качестве движения изменений также может использоваться эмпатическая конfrontация. В частности, как только терапевтический альянс и доверие были установлены, психотерапевт может использовать эмпатическую конфронтацию, чтобы более настойчиво расширить когнитивные возможности пациентов касательно их бесполезных убеждений. Например, рассмотрим пациента с избегающим расстройством личности, который проходил терапию более года, но все еще продолжает называть себя никчемным и неудачником, несмотря на неопровергимые доказательства обратного. Вместо того, чтобы посоветовать пациенту исследовать доказательства, как это было бы характерно для более традиционной КПТ, психотерапевт может еще раз отметить все собранные данные и прямо указать, что мнение пациента о себе не соответствует фактам.

Кроме того, эмпатическая конфронтация может включать использование данных из самих терапевтических отношений, чтобы помочь изменить бесполезные убеждения пациентов. Например, если пациентка заявляет, что о ней никто не заботится, то психотерапевт может указать, что он всегда рядом с ней, отвечает на ее звонки, назначает сеансы в подходящее ей время и уделяет ей во время сеанса безраздельное внимание и усилия, что свидетельствует о том, что ему не все равно, и что гипотеза пациентки не может быть полностью верной.

Помимо использования эмпатической конфронтации, КПТ при расстройствах личности также отличается от традиционной КПТ тем, что она часто более продолжительна, и больший упор делается на соответствующие факторы прошлого, влияющие на пациента и лечение. В следующем разделе обсуждаются некоторые из основных компонентов лечения при работе с расстройствами личности в рамках КПТ.

Определение целей

Расплывчатые цели означают расплывчатую терапию, и это особенно верно при лечении расстройств личности. Когда проблемы пациентов становятся хроническими, они оказывают влияние на многие сферы их жизни, из-за чего им может быть сложно найти свою цель. Представьте себе пациента с нарциссическим расстройством личности, который пребывает в депрессии на фоне неприятного развода, борется за возможность видеться со своими детьми, находится на испытательном сроке на работе из-за своего непостоянного поведения, переживает тяжелую финансовую ситуацию и живет в отеле. Без четких целей лечения каждый сеанс может стать поводом для беспокойства обо всем, что в его жизни идет не так. И напротив, благодаря четкой приоритизации целей облегчение дистресса пациента и улучшение его функциональных возможностей в рамках терапии будут более продуктивными. Если психотерапевт и пациент совместно решают, что сохранение работы является его главным приоритетом, тогда основное внимание может быть направлено на решение его проблем с гневом и обуздание его дисфункционального агрессивного поведения.

Кроме того, пациенты с расстройствами личности часто интерпретируют ситуации крайне радикально. При этом повышается вероятность того, что они превратят каждую ситуацию в кризис и проявят в ответ экстремальные эмоциональные, поведенческие и физиологические реакции. Когда это происходит, терапия может легко превратиться в серию экстренных сеансов, направленных на тушение пожара при каждой встрече с пациентом. Такая ситуация особенно часто наблюдается при работе с пациентами с пограничным расстройством личности, которые на каждой терапии могут рассказывать о том, с какой несправедливостью, жестоким обращением, отказом или неудачей им пришлось столкнуться на этой неделе, вместо того, чтобы развивать навыки и повышать свою самооценку. Определите, какая проблема является наиболее актуальной для пациента в иерархии проблем. Это поможет вам установить более четкие цели и сделает возможным кумулятивное обучение.

Для пациентов с пограничным расстройством личности на первом месте в списке проблем может быть страх быть брошенными, потому

что этот страх не дает им уйти из абюзивных отношений, изолирует их от потенциальной внешней поддержки и укрепляет их уверенность в том, что их никто не любит. После того, как пациенты определили, что целью их лечения является преодоление этого страха покинутости, психотерапевт может связать эту цель с другими проблемными областями (например, решить, имеет ли смысл оставаться в отношениях, уменьшить их страх сближения с другими людьми и развить более положительное, разумное самовосприятие). Хотя добиться изменений в одной цели, не работая над другими, может оказаться невозможным, теперь фокус любого конкретного сеанса четко определен.

На начальных этапах лечения основное внимание следует уделять уменьшению симптомов и улучшению умения справляться с жизненными ситуациями, особенно если у пациента возникают более острые сопутствующие проблемы, такие как ПТСР, депрессия или тревога. Например, пациенту с зависимым расстройством личности и коморбидным ПТСР сначала придется избавиться от любых навязчивых воспоминаний о травмах и от поведения избегания, прежде чем он сможет решить проблему с основными убеждениями о своей беспомощности и зависимости. Точно так же пациенту с нарциссическим расстройством личности и депрессией может потребоваться поведенческая активация, если он не может мобилизоваться, чтобы пойти на работу или принять участие в общественной деятельности. Или пациенту с избегающим расстройством личности, социальной тревожностью и паническим расстройством может потребоваться преодолеть страх телесных повреждений, прежде чем решать проблемы самооценки или социального избегания. Как только пациенты решат вопрос с этими более острыми симптомами, они могут начать работу над более целенаправленными вмешательствами КПТ, ориентированными на их проблемы с расстройством личности. Составление четкого списка проблем и конкретных целей гарантирует, что терапия будет продолжаться.

Учитывая, что устойчивое выздоровление пациентов после уменьшения симптомов невозможно без изменения их негативных основных убеждений, в списке проблем также необходимо указать их ярлык сомнения. Следующий шаг — убедиться, что пациенты четко понимают концептуализацию своих сомнений, то есть точно знают,

каков их ярлык сомнения, какие факторы способствуют его развитию, и как этот ярлык сомнения способствует закреплению их неэффективного компенсаторного поведения. Вы можете использовать “Модель концептуализации сомнения” из главы 2 (стр. 52), чтобы получить полное представление о формулировке сомнения пациента.

Повышение мотивации и привлечение поддержки

Итак, вы выяснили, как жизненный опыт повлиял на формирование ярлыка сомнения, руководящих принципов или предположений и неэффективных компенсирующих действий пациента. Следующим шагом будет обсуждение мотивации к изменениям. Многие пациенты боятся перемен и, хотя они страдают, страдания — это известный товар, а перемены — это страшное неизвестное. Постарайтесь понять, какую тревогу испытывают люди, когда их самоощущение ставится под сомнение.

Одна из стратегий повышения мотивации к изменениям состоит в том, чтобы попросить пациентов оценить, какими будут преимущества и недостатки, если они изменят свой ярлык сомнения или оставят его неизменным. Такой анализ помогает обосновать, почему работа над изменениями имеет смысл. Будем надеяться, что плюсы изменений и минусы отсутствия изменения перевесят любые причины для сохранения ярлыка сомнения. В качестве примера рассмотрим случай Али, клиентки с избегающим расстройством личности, которая боится, что ее обидят и отвергнут. Вера Али в свою незначительность подогревает ее страх и заставляет избегать социальных ситуаций, в которых, как она думает, она может столкнуться с осуждением. Хотя из-за одиночества она страдает дисфорией, она не желает выйти из своей раковины и столкнуться с отказом. Прежде чем станут возможными какие-либо поведенческие изменения, Али должна захотеть изменить свое убеждение в том, что она незначительна, иначе страх возобладает и она продолжит прибегать к поведению избегания. Ниже показано, как Али оценила преимущества и недостатки изменения своего ярлыка сомнения “я ничего не значу”.

<p>Преимущества изменения моего ярлыка сомнения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Я могу делать то, что мне хочется 2. Это повышает мою самооценку 3. Мои потребности будут удовлетворены 4. У меня будет смелость сказать “нет” 5. Я перестану бояться быть отвергнутой 	<p>Недостатки изменения моего ярлыка сомнения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Я могу чувствовать тревогу 2. Я могу кого-нибудь разозлить 3. Мне нечем будет оправдывать то, что я о себе не заботлюсь
<p>Преимущества сохранения моего ярлыка сомнения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Мне не придется испытывать тревогу 2. Я никого не разозлю 	<p>Недостатки сохранения моего ярлыка сомнения</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Я никогда не получу то, чего я хочу 2. Я всегда буду собой недовольна 3. Мои потребности никогда не будут удовлетворены 4. Я никогда не смогу сказать “нет” 5. Я всю жизнь буду бояться быть отвергнутой и брошенной

Часто минусы перемен являются воображаемыми или преувеличенными, и их можно устраниć с помощью объективных наводящих вопросов. Следовательно, после того, как пациенты перечислили плюсы и минусы изменений, следующим шагом будет изучение и переосмысление минусов изменений, чтобы минимизировать тревогу пациентов и укрепить их готовность к переменам. Поработайте с пациентами, чтобы прийти к общему выводу о важности изменений. Например, в случае с Али и ее ярлыком сомнения “я ничего не

значу”, перефразирование и сопутствующий вывод могут выглядеть следующим образом.

Недостатки изменения моего ярлыка сомнения

1. Я могу чувствовать тревогу
2. Я могу кого-нибудь разозлить
3. Мне нечем будет оправдывать то, что я о себе не забочусь

Рефрейминг

1. Я могу чувствовать тревогу, но это будет временно.
2. Скорее всего, никто на меня не разозлится, а даже если и так, то что с того?
3. Пришло время позаботиться о себе. У меня больше нет никаких отговорок.

Общий вывод: хотя изменения могут быть некомфортными, работа над изменением моих сомнений имеет преимущества, и она окупится в долгосрочной перспективе.

На следующей странице вы найдете рабочий лист, который вы можете использовать со своими пациентами, чтобы проанализировать, какими будут преимущества и недостатки, если они изменят свой ярлык сомнения или оставят его неизменным.

Рабочий лист пациента

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИЗМЕНЕНИЯ МОЕГО ЯРЛЫКА СОМНЕНИЯ



Иногда бывает трудно решиться внести изменения в свою жизнь, даже если вы знаете, что такие изменения пойдут вам на пользу. Используйте этот рабочий лист, чтобы проанализировать, какими будут преимущества и недостатки, если вы измените свой ярлык сомнения или оставите его неизменным. Определив какие-либо недостатки, которые влечет за собой изменение ярлыка сомнения, перефразируйте их в более реалистичное утверждение, чтобы прийти к более взвешенному выводу о важности изменений.

Преимущества изменения моего ярлыка сомнения

Недостатки изменения моего ярлыка сомнения

Преимущества сохранения моего ярлыка сомнения

Недостатки сохранения моего ярлыка сомнения

После того, как вы определили плюсы и минусы изменения своего ярлыка сомнения, перефразируйте недостатки в более реалистичное утверждение.

**Недостатки изменения моего
ярлыка сомнения**

Рефрейминг

1. _____



1. _____

2. _____



2. _____

3. _____



3. _____

4. _____



4. _____

5. _____



5. _____

К какому общему выводу о работе над изменениями вы пришли?

Обретите уверенность в себе

Изучите данные

Независимо от того, придерживаются пациенты одного отрицательного основного убеждения или нескольких, все эти убеждения являются гипотезами, а не фактами. Постарайтесь не забывать, что эти убеждения подпитывались тем, как пациенты воспринимали свою историю, а не самой историей. Таким образом, чтобы укрепить уверенность пациентов в себе, вы должны помочь им осознать, что негативная самооценка никогда не бывает на 100 процентов правдивой и правдивой в 100 процентах случаев. Иногда их убеждение бывает полностью ошибочным (например, “Я неудачник”), а полностью противоположное убеждение оказывается верным (например, “Я успешный”). Чаще всего верным является более разумное убеждение (например, “Я не полный неудачник” или “Я нормальный”). Помочь пациентам в проверке данных на предмет наличия или отсутствия ярлыка сомнения является наиболее важным шагом в построении нового, более точного самовосприятия (Sokol & Fox, 2009).

Хотя вы можете проверить гипотезу пациента о сомнениях, используя как данные за прошлый период, так и текущие, легче начать с текущей информации, которая подтверждает новое, более позитивное убеждение. Вы также можете собирать данные, которые, как *кажется* на первый взгляд, подтверждают их старое убеждение, но допускают существование альтернативной и, возможно, более точной точки зрения. Возьмем, к примеру, Дежа, страдающую обсессивно-компульсивным расстройством личности. Она считает себя ответственной за всех и вся и думает, что это ее обязанность — проследить, чтобы все было сделано идеально. Она воспринимает ошибки, изъяны или недостатки как индикатор катастрофы и утраты контроля над ситуацией. Не в состоянии соответствовать этим необоснованным стандартам, она всегда недотягивает до своего идеала, что заставляет ее думать, что она плохой человек. Во время терапии Дежа оценивала свое негативное убеждение в том, что она “плохой человек”, и работала над созданием нового убеждения в том, что она “порядочный человек”. Далее приведены доказательства, которые она собрала в поддержку нового убеждения, а также новый взгляд на доказательства, которые, какказалось, поддерживали ее старое убеждение.

Факты в поддержку нового убеждения Дежа

1. Моя подруга попросила меня присмотреть за ее маленьким сыном, пока она сходит на прием к врачу.
2. Я вызвалась помочь сестре с празднованием дня рождения ее дочери, хотя была измотана.
3. Я не обиделась, когда моя подруга не рассказала мне свой секрет.
4. Я предложила своей подруге помочь ей в саду.

Факты в поддержку старых убеждений Дежа с новой точки зрения

1. Я хочу вернуться на работу вместо того, чтобы сидеть дома с ребенком, но это не значит, что я плохая. Это означает, что я хочу работать вне дома, и это разумный поступок для женщины. Мой муж никогда не рассматривал для себя возможность не работать.
2. Я сказала своей подруге, что я слишком занята, чтобы побеждать с ней, потому что на самом деле я была слишком занята, и она меня понимает. Кроме того, у нас еще будет возможность увидеться. Мы уже давно дружим и обедали вместе много раз.
3. Мне не понравилась одежда моей подруги, но я придержала свое мнение при себе. То, что у меня есть свое мнение о моде, не делает меня плохим человеком.
4. Я допустила ошибку в своих документах на работе, но это не делает меня плохим человеком. Это просто делает меня человеком, потому что люди делают ошибки — и, по правде говоря, это не имело никаких серьезных последствий.

Используйте следующий рабочий лист, чтобы помочь пациентам собрать факты в пользу их нового убеждения и переосмыслить факты в пользу их старых убеждений. Всегда начинайте выполнять это задание вместе с пациентом во время сеанса, а затем просите его продолжить сбор данных самостоятельно.

Рабочий лист пациента

УКРЕПИТЕ УВЕРЕННОСТЬ В СОБСТВЕННЫХ СИЛАХ



Не позволяйте неуверенности в себе определять вас. Используйте этот рабочий лист, чтобы повысить свою самооценку, выявив доказательства в поддержку вашего более позитивного, точного и реалистичного самовосприятия. Перечислите все характеристики, особенности, комплименты, отзывы, роли и сильные стороны, которые свидетельствуют в пользу нового, уверенного вас. Кроме того, перечислите любые доказательства, которые все еще поддерживают ваше старое убеждение, но перефразируйте их с учетом своего более точного и объективного понимания. Далее вы найдете примеры, а ниже сможете написать свои собственные факты.

Факты, подтверждающие новое, уверенное убеждение “я симпатичная”:

1. Сэм и Зак написали мне смс.
2. Дилан пригласил меня поиграть в пиклбол.
3. Лив попросила меня принять участие в ее групповом проекте.
4. Некоторые из моих друзей включили меня в свои планы на эти выходные.

Факты, подтверждающие старое убеждение “я неприятная”:

1. Мне было неудобно завести в кафе разговор с кем-то, кого я знала, но это не делает меня неприятной. Это просто означает, что я стесняюсь.
2. Я покраснела, когда начальник спросил меня, почему я опоздала сегодня утром, но это потому, что я человек, а не неприятная.
3. Я отправила глупое сообщение о планах на эти выходные, но, похоже, никто этого не заметил, и это не помешало осуществлению планов.

Факты, подтверждающие новое, уверенное убеждение в том, что _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Факты, подтверждающие старое убеждение в том, что _____

но с новой точки зрения:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Вы также можете помочь пациентам получить более точное представление о своих предвзятых сомнительных убеждениях, указав на явные различия между их радикальным выводом и фактами. Например, Джен страдает зависимым расстройством личности и считает себя некомпетентной. В частности, она считает себя некомпетентной матерью. Она думает, что ей нужна круглосуточная поддержка, чтобы нянчить ее детей, поскольку она считает, что не может справиться с этим в одиночку. В данном случае причиной эмоциональной несостоятельности Джен является ее неспособность понять, что на самом деле она эффективно справляется со многими вещами. Как психотерапевт вы можете помочь ей взглянуть на эту проблему по-новому, попросив ее совместно дать определение некомпетентной матери (например, это мать, которая лишает своих детей еды, крова и одежды в угоду своему пристрастию к наркотикам, или позволяет подвергать своих детей сексуальному насилию ради денег на наркотики — или, в меньшей степени, мать, которая не способна делать покупки, готовить еду или обеспечивать проезд для своих детей). Вы также можете попросить Джен сравнить себя с критериями компетентной матери (например, это мать, которая заботится о своих детях, ставит их на первое место, удовлетворяет все их потребности), чтобы помочь ей признать, что она соответствует тем же критериям.

В то же время вы можете поработать с Джен над тем, чтобы помочь ей признать, что она не идеальна. Это означает, что она может иногда сорваться и накричать на своих детей, или она может решить посидеть на диване вместо того, чтобы играть с ними, при этом она все еще остается компетентной матерью. Что наиболее важно, она может научиться осознавать, что если она верит в свою компетентность, ей не нужна постоянная помощь. Наблюдая за поведением в континууме, пациенты могут дать себе более разумную оценку, что способствует повышению уверенности в себе. Ниже приведен пример копинг-карточки Джен, в которой она переосмысливает свои представления о себе в континууме.

Копинг-карточка Джен

Иногда я могу быть ленивой и при этом
оставаться компетентным человеком.

Иногда мне не хватает терпения, но я все равно
остаюсь компетентным человеком.

Я компетентный человек, даже если я не
оправдываю чьих-то ожиданий.

Мне позволено не быть идеальной.

Я могу принять помощь, когда ее предлагают,
и при этом оставаться компетентной.

Эти напоминания помогают Джен сохранять уверенность в своей компетентности каждый раз, когда она раздражается из-за своих детей, проявляет нетерпение или не справляется со стрессом так хорошо, как ей бы хотелось. В качестве домашнего задания вы можете попросить Джен напоминать себе об этих новых выводах и выбрать новые поведенческие действия в поддержку обретенной ею уверенности в себе.

Домашнее задание Джен

1. Говорить себе: “Я компетентный человек, но не идеальный”.
2. Признать, что я могу быть раздраженной и все же оставаться компетентной. Но я могу работать над уменьшением своего раздражения, и для этого я буду использовать перечисленные ниже способы снятия стресса.
 - Время от времени буду принимать помощь по уходу за детьми, но буду помнить, что она не нужна мне круглосуточно.
 - Сокращу свое рабочее время
 - Буду ходить на терапию

Разум против внутреннего голоса

Пациенты нередко говорят вам, что разумом они понимают это новое убеждение, но новое самовосприятие кажется им неправдивым. Оно и неудивительно, ведь большую часть своей жизни они

фильтровали данные, принимая во внимание только те, которые подпитывали их негативное представление о себе, и игнорировали, искажали или минимизировали данные, свидетельствующие об обратном. Для того, чтобы принять свои положительные стороны, им требуется много времени и повторений. Ключ в том, чтобы пациенты задействовали свой рациональный разум, а не подчинялись субъективным внутренним чувствам. Поэтому после того, как вы поработали с пациентами над сбором доказательств в поддержку их более позитивного взгляда на себя, попросите их научиться сопротивляться своему внутреннему голосу. Для этого упражнения полезно, чтобы пациенты использовали как разум, так и внутренний голос. Если они застороятся, вы можете вносить свои предложения, чтобы поддержать голос разума. Ниже приводится пример того, как пациент отвечает своему внутреннему голосу голосом своего разума.

Разум: “Я не неудачница”.

Внутренний голос: “Но у меня проблемы с зачатием еще одного ребенка”.

Разум: “Беременность не является свидетельством успеха или неудачи. Я не неудачница, у меня хорошая работа”.

Внутренний голос: “Но я не закончила колледж”.

Разум: “Это правда, я не закончила четырехгодичный колледж, но я прошла двухлетнюю программу, и теперь у меня хорошая работа, я зарабатываю хорошие деньги и меня высоко ценят на моей должности”.

Внутренний голос: “Но я не такая успешная, как моя сестра”.

Разум: “Возможно, она зарабатывает больше, чем я, но я более успешная в повседневной жизни. Я хорошая мать, жена и дочь. Мои родители гордятся мной, люди хорошо обо мне отзываются, и я получаю больше хороших отзывов, чем моя талантливая сестра, которая сейчас разводится”.

Внутренний голос: “Но я тревожусь, и это делает меня неудачницей”.

Разум: “Неудивительно, что я тревожусь, ведь жизнь с моей большой бабушкой негативно отразилась на моем финансовом положении. Кроме того, я справляюсь со своей тревогой и не убегаю от нее”.

Разум приходит к заключению: “Это мой ненадежный эмоциональный внутренний голос говорит мне о том, что я уязвимая неудачница. Мой разум говорит мне, что это неправда. Тому есть масса доказательств. Я должна начать признавать и принимать доказательства того, что я не неудачница, а во многих отношениях действительно успешна!”

Изучение предыстории

Иногда обзора текущих фактов недостаточно, чтобы изменить неуверенность пациента в себе. В таком случае следует изучить факты за прошедшее время. Имейте в виду, что многие выводы о самих себе, к которым приходят пациенты, являются результатом персонализации и неверной интерпретации предыстории в поддержку своей неуверенности в себе. Учитывая, что расстройства личности определяются их хроничностью и распространенностью, при работе с такими пациентами очень важно понимать, какое влияние оказал на них их ранний жизненный опыт. Представьте мать, которая бьет своего ребенка и говорит ему, что он ни на что не годный неудачник, или отца, который уходит от сына и жены, чтобы создать новую семью в другом штате. Когда дети принимают эти ситуации близко к сердцу, они начинают думать, что это как-то связано с ними. Ребенок, мать которого избивала его и называла неудачником, начинает думать, что он неудачник. Он также может считать агрессию и пренебрежение к другим разумными стратегиями поведения что, в свою очередь, подпитывает потенциал развития антисоциальной личности. Точно так же ребенок, отец которого бросил его ради другой семьи, начинает думать, что он нелюбим и нежеланен. Боясь быть отвергнутым, он старается не сближаться с другими и не просить о том, что ему нужно. Такое поведение укрепляет его веру в свою нежеланность и нелюбимость и способствует развитию избегающей личности.

Терапия может помочь пациентам посмотреть на эти события через другую, часто более точную призму. Возможно, мать, которая

била своего ребенка, сама страдала тяжелым психическим заболеванием, и ее паранойя заставляла ее считать своего ребенка лжецом, поэтому она в страхе накидывалась на него. Возможно, у отца были нездоровые созависимые отношения с женой, и единственным способом защитить себя было уехать, пусть и во вред своему ребенку. В обоих случаях рассмотрение этой альтернативной точки зрения может помочь пациентам найти причину внутренней неудовлетворенности своей ситуацией во внешних обстоятельствах и перестать приписывать ей личное значение. По-новому взглянув на предысторию, пациенты могут сформулировать новые выводы о влиянии своей истории на их самооценку.

Хотя вы в любой момент можете исследовать факты за прошлый период, полезно расспросить пациентов о самых ранних воспоминаниях, связанных с их неуверенностью в себе, и систематически двигаться вперед во времени, собирая всю предысторию, связанную с их самооценкой. Более тщательное изучение этих событий означает исследование свидетельств, которые подтверждают самокритику пациентов, и выработку альтернативной точки зрения, которая помогает им прийти к более реалистичному выводу. Не забудьте при этом указать им на любые доказательства, которые прямо противоречат их самокритике.

Возьмем пример Харлоу, которая считала себя “плохой”, потому что ее отец всегда кричал на нее, обзывал мерзкими словами и подвергал физическому насилию, но никогда не обращался плохо с ее младшей сестрой. Мама никогда не защищала ее и не вставала на ее сторону. Харлоу также сообщила, что над ней издевались в школе и что у нее мало настоящих друзей. С другой стороны, она была хорошей ученицей, отлично заботилась о своей младшей сестре, ее любили учителя, она помогала по дому, выполняя большую часть готовки и уборки, и в целом была потрясающим ребенком.

Изучение предыстории Харлоу помогло ей понять, что поведение ее отца было связано не с ней. Оно было отражением его проблем с алкоголем и насилия, которое они порождали. Неспособность матери защитить ее была вызвана инстинктом самосохранения, поскольку у нее была диагностирована повышенная тревожность. Ее отец не оскорблял ее младшую сестру, потому что не замечал ее и, следовательно, пренебрегал ею. Хотя дети в школе действительно смеялись

над Харлоу, они делали это потому, что она их отвергала. Опасаясь гнева отца, Харлоу боялась приводить кого-то к себе домой и держала других на расстоянии, отклоняя их приглашения. Изучив все доказательства, Харлоу поняла: ее убеждение в том, что она плохой человек, неправдиво, поскольку факты указывают на то, что она была и остается исключительно хорошим и ответственным человеком. Фактически, она была настолько чрезмерно ответственной, что у нее развились симптомы, соответствующие диагнозу обсессивно-компульсивного расстройства личности.

Используйте следующую таблицу, чтобы помочь вашим пациентам оценить их интерпретацию своей предыстории. Предложите им перечислить все факты из их прошлого, которые они использовали для подтверждения своего отрицательного ярлыка сомнения, а затем попробовать взглянуть на эти факты с другой точки зрения. Посмотрите, к каким альтернативным выводам они смогут прийти.

Рабочий лист пациента

ЗАПИШИТЕ СВОЮ ИНТЕРПРЕТАЦИЮ ПРЕДЫСТОРИИ



Нас определяет не наша история, а то, как мы ее интерпретируем. Вспомните события своей жизни, о которых у вас сохранились яркие воспоминания, или события, которые, по вашему мнению, сыграли значительную роль в вашей жизни, и подумайте, можете ли вы связать эти события с развитием вашей неуверенности в себе.

1. Назовите свой ярлык сомнения. (Этот ярлык отражает ваши негативные основные убеждения о себе как о личности.)

2. Какие факты из вашего прошлого подтверждают это убеждение? (Эти доказательства могут включать воспоминания о травмах, полученные сообщения, межличностные конфликты, жилищные или финансовые трудности, проблемы с братьями и сестрами, факторы стресса в доме, отказы и т. д.)

3. Какие факты из вашего прошлого противоречат этому мнению? (Подумайте о многих различных сферах своей жизни, которые отражают ваши способности, достижения, интересы, достигнутые цели, полученные положительные сообщения и т. д.)

4. Каковы альтернативные объяснения обнаруженных вами фактов, поддерживающих ваше отрицательное убеждение? (Вспомните все свидетельства, перечисленные в пункте 2, и подумайте, как взглянуть на эти факты из прошлого под другим углом. Рассмотрите их с более зрелой точки зрения, глазами другого человека; подумайте, что могут означать эти объективные факты и т. д.)

5. К какому новому выводу, поддерживающему вашу более позитивную самооценку, вы пришли? (Учитывая все данные, какой будет наиболее позитивная и реалистичная перспектива?)

Изменяйте сомнительные убеждения с помощью образов

После того, как вы поработали с пациентами над перефразированием доказательств в поддержку их сомнительного убеждения в более здоровую точку зрения, можете приступать к более продвинутой технике, которая состоит в том, чтобы переписать историческое событие с помощью образов. Для этого верните пациентов в то время, когда воспоминание или образ вызывали у них сомнительное убеждение. Попросите их закрыть глаза и как можно подробнее описать воспоминания, чтобы они смогли пережить этот опыт заново. Выявите эмоции, автоматические мысли и основные убеждения, вызванные этой ситуацией. Пока пациенты предаются воспоминаниям, облегчите когнитивную реструктуризацию, заставив их вступить в диалог с другим воображаемым человеком. Это может быть их более старая версия себя или внешний союзник, например, психотерапевт или друг. Ниже приводится примерная расшифровка стенограммы, в которой терапевт помогает пациентке обрести новое и более уверенное представление о себе, вводя в воспоминания более старое “я” пациентки.

Психотерапевт: “Можете ли вы воскресить в памяти первые воспоминания о том, когда вы почувствовали себя плохой и никчемной?”

Пациентка: “Я была тогда еще маленькой, мне было шесть лет, и я играла со своей любимой куклой, когда в мою комнату вошел друг моего старшего брата”.

Психотерапевт: “Что случилось потом?”

Пациентка: “Он затолкал меня в шкаф и закрыл дверь. Там было темно, ничего не видно, и он тискал меня. Я не могла дышать. Он сделал мне больно”.

Психотерапевт: “О чем вы тогда думали?”

Пациентка: “Я плохая маленькая девочка. Я плохая. Я грязная. Я никчемная”.

Психотерапевт: “Теперь представьте, что в вашу комнату входит ‘взрослая вы’. Она открывает дверь шкафа и видит вас. Что делает ‘взрослая вы’?”

Пациентка: “Взрослая я’ хватает его и оттаскивает от меня. Она выталкивает его из комнаты”.

Психотерапевт: “Представьте, что вы помогаете ей вытолкать его из комнаты и приказываете ему убираться прочь. Крикните это: ‘Убрайся прочь! ’”

Пациентка: “Убрайся прочь”.

Психотерапевт: “Громче”.

Пациентка: “Убрайся прочь”

Психотерапевт: “Похоже, он убежал. Хочет ли ‘взрослая вы’ утешить ‘маленькую вас’?”

Пациентка: “Да”.

Психотерапевт: “Почему бы ‘взрослой вам’ не обнять ‘маленькую вас’. Что ‘взрослая вы’ хочет сказать ‘маленькой вам’?”

Пациентка: “Ты не плохая девочка. Ты не грязная. Ты не никчемная. Это он плохой. Он был взросле и сильнее, чем ты, и ‘маленькая ты’ была побеждена. Ты хорошая девочка; это он плохой”.

Психотерапевт: “Вы хорошая девочка? Вы не никчемная?”

Пациентка: “Я хорошая девочка; я не никчемная!”

Если вы проводите когнитивную реструктуризацию с помощью образов, убедитесь, что вы подготовили пациентов, сначала изучив и переосмыслив доказательства их сомнительного убеждения с помощью верbalного диалога. Таким образом, столкнувшись с образом, они готовы увидеть альтернативный, более точный вывод. Кроме того, важно, чтобы в результате выполнения упражнения с образом было достигнуто решение. Для этого убедитесь, что воспоминание было обработано в полном объеме. Только в этом случае произойдет новое научение, и пациенты смогут понять, что им больше не угрожает опасность. Полная обработка образов позволяет пациентам распознавать искажения, присущие их сомнительным убеждениям, а также укрепляет их новые положительные убеждения.

Подкрепите новое убеждение

Для того, чтобы укрепить уверенность пациентов в своих силах и не дать им обрабатывать информацию через призму своей неуверенности, важно, чтобы они уделяли внимание данным, которые поддерживают их новую, более реалистичную самооценку (Сокол, Фокс, 2009). Вы можете помочь пациентам поверить в реальность их новых, увереных убеждений путем устраниния негативного фильтра, поиска новых подтверждающих данных и многократного повторения положительного сообщения. В следующем раздаточном материале представлены несколько способов, с помощью которых пациенты могут собирать данные для укрепления уверенности в своей компетентности и желанности.

ПОДКРЕПИТЕ СВОИ НОВЫЕ УБЕЖДЕНИЯ



Чтобы и дальше развивать и поддерживать свою уверенность в себе, научитесь обращать внимание на подтверждающую информацию, которая поддерживает ваше новое реалистичное и позитивное убеждение. Используйте этот раздаточный материал для сбора данных, подтверждающих вашу компетентность и желанность.

Подтвердите убеждения о компетентности, выполнив перечисленные ниже действия.

1. Объективно оценивайте свои успехи на учебе, работе или отдыхе и записывайте факты (например, устная или письменная обратная связь, бонусы за работу, возложенные на вас обязанности, продвижение по службе, потребность в ваших знаниях).
2. Записывайте любые недавно полученные комплименты, благодарности или похвалы.
3. Спросите себя, были ли в отношении вас поданы какие-либо жалобы, выговоры или претензии, и если да, то были ли какие-либо из этих действий результатом внешних факторов.
4. Спросите себя,правлялись ли вы в последнее время с какими-либо факторами стресса, проблемами или трудными задачами.
5. Спросите себя, чего вы достигли сегодня и приходилось ли вам время от времени выполнять несколько задач одновременно.
6. Спросите себя, какие обязанности, дела или задачи вы выполняли сегодня или на этой неделе.

Подтвердите убеждения о желанности, выполнив перечисленные ниже действия.

1. Отметьте любые комплименты, похвалы или благодарности, которые вы получили за то, что поддержали другого человека.
2. Спросите себя, запланировано ли у вас что-то с друзьями или родственниками, или, возможно вы получили приглашение на предстоящую встречу.
3. Отметьте, звонил ли вам кто-нибудь, писал текстовые сообщения, электронные письма или сообщения в снепчате.
4. Спросите себя, были ли вы в последнее время хорошим другом, проявляя внимательность, доброту, щедрость, заботливость или сочувствие.
5. Отметьте, пытались ли вы наладить общий язык с другом или родственником, и как они отреагировали.
6. Спросите себя, что вам нравится в других людях, и подумайте, какими из этих качеств вы обладаете.

Журналы уверенности

Использование журналов уверенности — это еще один способ, с помощью которого пациенты могут собирать данные, чтобы укрепить уверенность в своих силах. Журналы уверенности — это ежедневные записи опыта и отзывов, которые обосновывают новое, более реалистичное самовосприятие пациентов. Эти журналы служат фильтром положительной информации и не дают пациентам зацикливаться на отрицательных данных, которые подтверждают их старый ярлык сомнения. Более общие журналы могут использоваться для отслеживания фактов, благодаря которым у пациентов повышается самооценка, а более конкретные журналы могут использоваться для отслеживания доказательств, подтверждающих новое убеждение (например, “Я сильный”, “Я способный”, “Я желанный”).

Например, представьте себе пациентку с избегающим расстройством личности, которая работает над принятием нового убеждения в том, что она “желанная штучка”. Во-первых, психотерапевт и пациентка могут совместно придумать описательные термины, которые определяют желанную штучку (например, “верная”, “скромная”, “забавная”, “внимательная”, “щедрая” и т. д.). Изучив этот список, пациентка может прийти к выводу, что у нее есть многие из этих качеств и что она действительно соответствует своему определению желанности. В качестве домашнего задания она может заполнить журнал под названием “Я — желанная штучка”, в который она каждый день будет записывать данные, подтверждающие это убеждение, особенно доказательства в поддержку ее определения того, что делает людей желанными. Ниже приведен пример того, как эта пациентка может вести свой журнал.

Журнал “Я — желанная штучка”

1 день

1. Меня пригласили на обед в дом моего соседа.
2. Люди просили меня присоединиться к ним за их столом на встрече выпускников в школе.
3. Два человека посмеялись над моей шуткой.
4. Я разделила обед с подругой, которая забыла свой обед дома.

2 день

1. Я предложила подменить сотрудника, чтобы он мог сходить на игру своего ребенка.
2. Я пригласила соседку и ее сына в гости, и она согласилась.
3. Соседка позвонила мне и спросила, не хочу ли я вступить в ее книжный клуб.
4. Незнакомец улыбнулся мне и поздоровался.

Рабочий лист на странице 317 содержит журнал уверенности в себе, который вы можете дать пациентам для сбора данных в поддержку их нового, более позитивного самовосприятия. Если вы вместе с пациентом разрабатываете журнал для его конкретного диагноза, то в качестве названия для журнала вы можете использовать некоторые из приведенных ниже вариантов.

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<p>Параноидальная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я смелый. • Я стойкий. • Я в безопасности. • Я в порядке. • Я способный. • Я сильный. 	<p>Антисоциальная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я не непобедимый. • Я могу быть внимательным. • Я могу быть чутким. • Я могу показать, что мне не все равно. • Я могу следовать правилам. 	<p>Избегающая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я компетентный. • Я желанный. • Я классный. • Я симпатичный. • Я милый. • Я социальная личность. • Я сильный.
<p>Шизоидная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я могу быть частью толпы. • Я могу быть командным игроком. • Я могу делиться. • Я могу поддержать компанию. 	<p>Пограничная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меня поддерживают. • У меня все под контролем. • Я не дефективный. • Я милый. • Я не плохой. • Я не бессильный. • Я стойкий. 	<p>Зависимая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я сильный. • Я способный. • Я компетентный. • Я независимый. • Я не беспомощный. • Я наделен силой.
<p>Шизотипичная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я в безопасности. • Я настоящий. • Я сильный. • Я стойкий. • Я такой же, как все. 	<p>Театральная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я могу держать себя в руках. • Я контролирую ситуацию. • Меня любят. • Я желанный даже без моих шуток и обаяния. 	<p>Обсессивно-компульсивная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я ответственный. • Я наделен силой. • Я способный. • Мне не нужно быть идеальным. • Мне не нужен полный контроль.
	<p>Нарциссическая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я имею значение. • Обо мне заботятся. • Я в порядке, и это нормально. • Я не хуже и не лучше, я хороший таким, каким я есть. • Я способен сочувствовать. 	

Рабочий лист пациента

ЖУРНАЛ САМОУВЕРЕННОСТИ



Чтобы укрепить вашу новую уверенность в себе, ежедневно ведите журнал доказательств, подтверждающих ваше более позитивное и реалистичное самовосприятие. Сначала дайте своему журналу название. Это может быть либо общее название о развитии более позитивной самооценки (например, "Мой журнал хорошего самочувствия"), либо вы можете сделать его более конкретным (например, "Журнал 'Я _____ [способный/компетентный/сильный/милый/и др.]'"). Затем каждый день перечисляйте несколько вещей, которые укрепляют вашу уверенность в себе. Самое главное, регулярно просматривайте все собранные вами данные, чтобы ваше новое представление о себе отложилось в вашей голове.

Журнал "_____"

День 1

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

День 2

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

День 3

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Карточки для повышения самооценки

Еще один способ повысить самооценку пациентов — предложить им использовать карточки, которые содержат копинг-утверждения, напоминающие пациентам о фактах в поддержку их нового самовосприятия. Написав копинг-утверждение на карточке или напечатав его на цифровом экране, пациенты могут получить быстрый доступ к этим фактам, которые удержат их разум от искажения информации в поддержку более предвзятой точки зрения. Вот несколько стратегий, которые помогут пациентам использовать свои копинг-карточки, за которыми следуют несколько примеров утверждений, способствующих повышению самооценки, для каждого расстройства личности.

1. Пациенты могут поместить карточки в своей ванной комнате (например, повесить на зеркало или поставить у раковины) и просматривать их, чистя зубы утром.
2. Пациенты могут держать карточки в бумажнике, кошельке или заднем кармане и вытаскивать их всякий раз в минуты ожидания.
3. Пациенты могут использовать эти утверждения в качестве заставки на своем компьютере.
4. Пациенты могут напечатать эти утверждения в заметках на своем телефоне.
5. Пациенты могут отправлять себе сообщения с копинг-утверждениями, чтобы обращаться к ним всякий раз, когда им нужно напоминание, повышающее их уверенность в себе.
6. Пациенты могут сохранить эти утверждения в файле на своем компьютере.
7. Пациенты могут писать эти утверждения на стикерах и размещать их повсюду.
8. Пациенты могут разложить копинг-карточки в ящиках по дому и в офисе, чтобы у них было много возможностей просматривать их.
9. Пациенты могут оставить себе голосовое сообщение на своем телефоне или на автоответчике и слушать его всякий раз, когда они проверяют наличие сообщений.

Утверждения, повышающие самооценку

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<p>Параноидальная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я могу доверять некоторым людям, особенно если я знаю их давно, и они никогда не предавали меня. • Я в безопасности. Я могу напоминать себе обо всех вещах, которые защищают меня, и обо всех людях, которые обо мне заботятся. • Я смелее, чем думаю. Я могу пойти и делать то, что хочу. 	<p>Антисоциальная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я могу следовать правилам и не наломать дров, особенно если это приближает меня к тому, чего я действительно хочу. • Я не непобедимый. Если я нарушу правила, то последствия могут быть такими, что вряд ли я смогу с ними справиться. • Я могу попробовать быть внимательным и проявить сочувствие. Даже если я не получаю немедленных результатов, я получаю удовлетворение от осознания того, что я себя контролирую. 	<p>Избегающая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я желанный, даже если кто-то не хочет со мной встречаться, изменяет мне или не заинтересован в том, чтобы зайти со мной в отношениях достаточно далеко. • Я могу терпеть страдания. Я сильнее, чем я думаю. Хотя мне кажется, что я не выдержу неприятные чувства, на самом деле, я смогу. • Ну и что, что мне откажут? Я выживу, и единственный способ получить то, чего я хочу, — это проявить себя. Действуй! • Я достаточно хороши именно таким, какая я есть.
<p>Шизоидная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Присоединись к толпе. Это может принести свои плоды, и из этого опыта действительно удастся извлечь больше, чем предполагалось. • Попробуй стать командным игроком, поскольку это может значительно облегчить жизнь. • Мне не нужно становиться полноправным членом, чтобы в чем-то участвовать. Я могу просто пойти и быть со всеми. 	<p>Пограничная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • То, что кого-то физически нет рядом со мной, не означает, что меня бросили. • У меня есть поддержка, пусть и не круглогодичная. Кроме того, иногда я могу делать что-то сам. • Не всем людям можно доверять, но некоторым можно. • Я могу наломать дров и при этом оставаться хорошим человеком, особенно если осознаю свою ошибку и готов работать над улучшением ситуации. • УстраниТЬ ущерб никогда не поздно. • Я не беспомощен, но если я буду продолжать прибегать к поведению избегания, я сам никогда в это не поверю. 	<p>Зависимая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я могу делать все сам. • Это тяжело, но это не значит, что я не смогу этого сделать. • Я более способный, чем я себе представляю. • Я могу попытаться решить эту проблему, и если я не смогу достичь желаемого результата, я всегда могу попросить о помощи позже. • Если я буду рассчитывать на кого-то другого, то, возможно, никогда не достигну своих целей или не сделаю то, что хочу.

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<p>Шизотипичная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Даже если мне кажется, что я ненастоящий, я должен напоминать себе, что это не так. • Я в безопасности, если не существует реальной угрозы, которую я могу идентифицировать. • Я такой же, как все, хотя мне кажется, что я совершенно другой. • Не бывает двух одинаковых людей, и быть другим — это и есть быть человеком. 	<p>Театральная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мне не нужно все время быть смешным или драматичным, чтобы нравиться людям. Люди любят меня без всяких изысков. • Иногда я могу выпускать пар, но не постоянно. • Имея достоинство и контролируя ситуацию, я чувствую себя более сильным и могущественным. • Я могу рассчитывать на людей, которые заботятся обо мне, даже если я не развлекаю их все время. 	<p>Обсессивно-компульсивная личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ничего страшного, если кто-то делает что-то не так и не тогда, когда я хочу. Не стоит создавать проблемы на ровном месте. • Я не должен все контролировать. • Если я иногда веду себя спонтанно, это не означает, что я безответственный или что все пойдет к чертям. • Я могу нарушить свой распорядок дня и сказать “да” возможности, чтобы наладить социальные связи, которые я ищу. • Ответственные люди не обязательно должны быть идеальными.
	<p>Нарциссическая личность</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я не могу все время быть самым важным человеком для всех, даже если я этого хочу. • У других людей тоже есть потребности, и то, что я это признаю, не означает, что я пустое место. • Люди заботятся обо мне, даже если они не дают мне всего, что я хочу. • Мне не нужно принимать все на свой счет. Иногда то, что происходит, не имеет со мной ничего общего, иногда это имеет ко мне какое-то отношение, а иногда это имеет ко мне прямое отношение. В любом случае, мне не нужно реагировать слишком остро. Я могу думать о том, чего я хочу в долгосрочной перспективе. 	

Расширяйте зону комфорта

Наконец, еще один способ укрепить уверенность в себе — заставить пациентов делать то, чего они раньше боялись или избегали. Например, пациенты с избегающим расстройством личности могут принимать социальные приглашения, даже если это доставляет им дискомфорт. Пациенты с зависимым расстройством личности могут поесть в одиночестве в ресторане, устроиться на работу далеко от их дома или самостоятельно пользоваться общественным транспортом. Пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством личности могут намеренно сделать что-то менее совершенное, принять спонтанное приглашение или позволить кому-то другому контролировать проект или мероприятие. Пациенты с параноидальным расстройством личности могут попробовать довериться родственнику или обратиться к поставщику медицинского страхования, которого они избегают из-за опасений за конфиденциальность. Пациенты с нарциссическим расстройством личности могут пойти на компромисс со своими потребностями и поужинать с кем-то не в то время, которое они предпочитают.

Когда пациенты расширяют свою зону комфорта, достигают своих целей и преодолевают свои страхи, это способствует укреплению их уверенности. Напомните пациентам, что не так важно достичь цели, как двигаться в ее направлении. Без хрустальных шаров и переменных, находящихся вне их контроля, результат часто оказывается под угрозой. Однако, когда усилия и направленные на достижение цели действия вознаграждаются, успех более вероятен.

Примите индивидуальность

Несомненно, для того, чтобы помочь пациентам выйти за рамки их неадаптивных поведенческих стратегий, очень важно подпитывать их новые, увереные убеждения. Тем не менее, не все ярлыки, которыми награждают себя пациенты, требуют изменения. Иногда пациенты навешивают на себя ярлыки, которые им не нужно оспаривать, но нужно научиться принимать. Они могут называть себя странными, причудливыми, застенчивыми, занудными, компульсивными, нетрадиционными, эксцентричными, своеобразными или необычными. Вместо того чтобы пытаться найти данные, опровергающие эти

ярлыки, мы можем помочь пациентам принять себя и не позволить их ярлыку определять их. Мы не хотим, чтобы пациенты осуждали этот ярлык или предполагали, что он делает их в каком-то смысле нежеланными или неспособными. Скорее, мы хотим побудить пациентов с гордостью носить свою уникальность. Помните, что никого нельзя назвать посредственным или обычным; каждый из нас уникален. Ниже приводится копинг-карточка, которую вы можете использовать, чтобы напомнить пациентам о необходимости принять свою индивидуальность.

Копинг-карточка
ПРИМИТЕ СВОЮ ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ

Я уникальный. Смиритесь с этим! Я ношу свою индивидуальность с гордостью и не позволю себе быть меньшим, чем я есть. Я могу делать то, что хочу, и знаю, что моя индивидуальность поможет мне этого добиться.

Измените неэффективное действие

При лечении пациентов с расстройствами личности работа над формированием более уверенного самовосприятия является частью процесса. Другой важный компонент лечения включает устранение неэффективных компенсирующих действий, которые пациенты предпринимают в ответ на свои сомнительные убеждения. Их чрезмерно развитые стратегии не позволяют им достичь своих целей и во многих случаях фактически приносят им социальный, профессиональный или личный вред. Обычно, когда такая чрезмерно развитая стратегия не работает, вместо того, чтобы изменить свой подход пациенты с расстройствами личности просто продолжают свое неэффективное поведение. Они могут даже начать прибегать к нему чаще и интенсивнее, полагая, что это принесет свои результаты.

Кроме того, у пациентов с расстройствами личности нет разработанных альтернативных поведенческих стратегий, поэтому их способность рассматривать другие варианты не всегда очевидна. Представьте пациента с нарциссическим расстройством личности, который соревнуется со всеми в любой ситуации и никогда никого не подбадривает, но затем задается вопросом, почему он не пользуется

поддержкой других и почему толпа не подбадривает его. Или возьмем девочку-подростка с пограничным расстройством личности. Родители сказали ей, что если она продолжит резать и ломать вещи или ругать других, ей будут не рады в этом доме, и все же она продолжает это делать. Чтобы улучшить функциональность пациентов, критически важно научить их понимать, когда их поведенческие стратегии обречены на провал, и обучить их альтернативным, более эффективным стратегиям.

Например, возьмем Янсена с диагнозом нарциссическое расстройство личности. Он только что вернулся в свой загородный клуб после многих месяцев отсутствия. Когда он входит в карточный зал с высокими ставками, никто не останавливает игру, чтобы поздороваться или спросить, как у него дела. Янсен думает: “Я не особенный; всем на меня наплевать. Если бы я был особенным, они бы подняли шумиху”. В свою очередь, он заключает: “Я для них не важен. Им все равно. Я недостаточно хороший для них. Они мне не нужны”. Хотя он жаждет дружбы и популярности, он планирует никогда больше не разговаривать с этими людьми и срывается на них. В этом примере предвзятые выводы Янсена привели к тому, что он предпринял неэффективные компенсирующие действия, оттолкнув всех. Однако изоляция приводит к полной противоположности того, чего хочет Янсен, и только усиливает его негативное убеждение в своей неважности. Если он продолжит использовать эти неэффективные поведенческие действия, то у него никогда не будет межличностных связей, которые он жаждет наладить.

В этом случае когнитивная реструктуризация может помочь Янсену понять, что дело не всегда в нем. Люди не всегда дают нам то, чего мы хотим, но это не значит, что им на нас наплевать. Невозможно постоянно быть для всех самым важным человеком, и очень важно научиться принимать это. Вместо того чтобы срываться на других людях и разрывать с ними отношения, когда они не делают его приоритетом или не делают то, чего он хочет, Янсен может взглянуть на ситуацию их глазами и рассмотреть возможные причины, по которым его приняли не так, как он ожидал. Лечение также может научить его сосредотачиваться на общей картине и вспоминать прошлые примеры, когда его друзья были рядом с ним и принимали его. Вместо того чтобы импульсивно срываться на людях, он может сосредоточиться

на том, чего он хочет в долгосрочной перспективе, и признать, что люди не всегда делают то, чего мы хотим, но это не означает, что мы для них ничего не значим, или что им все равно. В свою очередь, Янсен может научиться сдерживать свои вспышки гнева и вместо этого сохранять спокойствие и принимать мир таким, какой он есть. Это новое, более эффективное поведение может помочь Янсену поддерживать дружеские отношения — то, чего он действительно хотел с самого начала.

В качестве другого примера рассмотрим случай Харпер, которая олицетворяет обсессивно-компульсивную личность. Несмотря на то, что она хорошо учится в школе, имеет безупречные оценки и выдающиеся результаты типовых тестов, она жертвуя внеклассными занятиями и своей общественной жизнью, сделав учебу своим единственным приоритетом. В результате она чувствует себя изолированной от друзей и тревожится о будущем. По мнению Харпер, такое незэффективное поведение вызвано сомнительным убеждением в том, что она будет “безответственной” и “ленивой”, если не посвятит себя полностью учебе. Хотя она хочет вести более разностороннюю жизнь, ее сомнения не позволяют ей сделать что-либо, кроме школьных занятий, своим приоритетом.

Один из способов помочь Харпер преодолеть ее жесткие убеждения — это заставить ее контролировать свою повседневную деятельность и сопутствующее настроение с помощью графика активности. Благодаря этому графику она может прийти к выводу, что ее настроение улучшается, когда она общается со своими друзьями, и ухудшается, когда она делает школьные задания. Кроме того, можно прибегнуть к интероцептивной экспозиции, чтобы помочь Харпер понять, что ее тревога из-за того, что она отстанет в учебе, хуже, чем само отставание в учебе. Симптомы тревоги (например, потливость, звон в ушах, учащенное сердцебиение) не должны ее пугать, и даже если она ничего не сделает для устранения этих симптомов, они исчезнут сами и не причинят ей вреда.

Для того чтобы Харпер могла вести более разностороннюю жизнь, лечение также должно включать в себя снижение ригидности и повышение спонтанности. Например, Харпер могла бы разработать план включить в свой день один час “веселья” и ограничить не нужные занятия. Зная, что Харпер исключительно ответственная,

подготовленная и полная противоположность слову “лень”, вы, как психотерапевт, также можете поработать с Харпер над тем, чтобы она разрешала себе отдохнуть от учебы. Для этого важно научить Харпер противостоять своим пораженческим мыслям, которые пытаются нарушить ее планы (например, “Я не могу позволить себе взять выходной” или “Я просто сначала закончу все свои школьные задания, а потом смогу поиграть”) и заменить их мотивационными мыслями (например, “Правда в том, что я могу взять выходной, так как я более чем подготовлена” и “Если я не поиграю сейчас, то не поиграю никогда”). В конечном счете, цель состоит не в том, чтобы Харпер перестала контролировать ситуацию, а в том, чтобы добавить ей спонтанности, импульсивности и гибкости.

Уменьшайте количество чрезмерно развитых стратегий и повышайте количество слаборазвитых

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<p>Параноидальная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Едительность • Недоверие • Подозрительность • Настороженность <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доверие • Удовлетворенность • Расслабленность • Вера 	<p>Антисоциальная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нападки • Угнетение других • Эксплуатация <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сочувствие • Действие в интересах общества • Взаимность 	<p>Избегающая личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Избегание • Подавление • Чувствительность к отказу <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самореклама • Ассертивность • Открытость
<p>Шизоидная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отстранение • Независимость • Изоляция <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Близость • Взаимность 	<p>Пограничная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зависимость • Эгоцентризм • Избегание покинутости • Экстремальное поведение • Консерватизм • Эмоциональная дисрегуляция. <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контроль над эмоциями и поведением • Самодостаточность • Социальная взаимность • Гибкость • Забота о других 	<p>Зависимая личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поиск помощи • Прилипчивость • Чрезмерная зависимость от других <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Независимость • Самодостаточность • Мобильность

Кластер А	Кластер В	Кластер С
<p>Шизотипичная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Магическое мышление • Странное поведение • Поиск скрытых мотивов <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рациональное мышление • Социальная приемлемость • Удовлетворенность 	<p>Театральная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чрезмерный драматизм • Соблазнительная одежда, речь, поведение. • Попытки постоянно веселить других • Падкость на лесть <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Спокойствие, покорность • Социальная приемлемость • Менее экстремальные действия • Предъявление разумных требований к поведению других по отношению к ним. 	<p>Обсессивно-компульсивная личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контроль • Ответственность • Систематизация <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гибкость • Спонтанность • Импульсивность
	<p>Нарциссическая личность</p> <p>Чрезмерно развитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дух соперничества • Чрезмерная зацикленность на себе • Внешние признаки статуса • Требование особого приема <p>Слаборазвитые стратегии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Эмпатия • Благосклонность • Сострадание 	

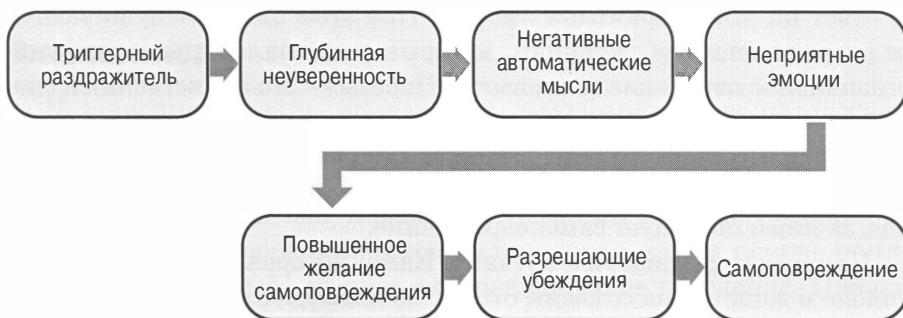
При лечении пациентов с расстройствами личности помните, что неэффективные поведенческие действия, которые они предпринимают, могут быть разумными стратегиями, которые просто не работают в определенное время (как в случае с Харпер), или же это могут быть токсичные действия, которые никогда не сработают или дорого им обойдутся. Например, пациенты с избегающим расстройством личности могут демонстрировать серьезную прокрастинацию и уклоняться от возможностей, способствующих выздоровлению, а также полагаться на самолечение с помощью алкоголя и марихуаны. Точно так же пациенты с нарциссическим расстройством личности могут часто угрожать, атаковать и ограждать себя от других вследствие своих убеждений в своей неполноценности.

Возможно, самые токсичные и неэффективные действия, которые могут совершать пациенты, включают действия, связанные с само-повреждением, например, членовредительство, употребление психоактивных веществ и попытки самоубийства. Это особенно характерно для пациентов с пограничным расстройством личности, которые демонстрируют сопутствующую импульсивность и безысходность, поскольку сочетание этих двух черт повышает риск членовредительства и, в частности, суициальности. Пациентам с пограничным расстройством личности свойственны персонализированные эгоцентрические ориентации (например, “Я имею право”, “Ты мне нужен”), и их импульсивность побуждает их к экстремальному поведению, ориентированному на действия (например, поиск поддержки, употребление наркотиков, месть, самоповреждение, самоубийство). Их тяга к такому поведению обусловлена требовательными императивами (например, “Я должен...”, “Я обязан...”) и разрешающими убеждениями (например, “Действовать таким образом вполне нормально, потому что мне очень нужно, потому что я имею право, или потому, что этот человек должен быть наказан”). Они также считают, что они не могут себя контролировать, и их ориентация на “сейчас” заставляет их сосредотачиваться на том, что важно в данный момент, не обращая внимания на будущие или прошлые последствия. В следующем разделе более подробно рассматривается самоповреждение как неэффективная компенсационная стратегия и обсуждаются вмешательства при лечении суициальности и склонности к самоповреждению.

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ

Когнитивная модель самоповреждения

Самоповреждение — это неэффективные компенсирующие действия, к которым пациенты прибегают для решения своих проблем. Эти неэффективные стратегии выживания не уникальны для людей с расстройствами личности, поскольку любые пациенты, которые испытывают психологический стресс или отчаянно пытаются удовлетворить свои потребности, могут быть доведены до членовредительства или самоубийства. Однако пациенты с расстройствами личности с большей вероятностью будут регулярно использовать эти дисфункциональные стратегии, тогда как пациенты с другими клиническими синдромами (например, депрессия, тревога) могут прибегать к этим крайним стратегиям только в острой фазе своей проблемы. Тем не менее, когнитивная модель цикла членовредительства остается той же. Обычно триггерный стимул активирует глубинную неуверенность в собственных силах, которая заставляет пациентов неверно интерпретировать этот стимул, вызывая у них негативные автоматические мысли. Эти негативные автоматические мысли порождают множество неприятных эмоций, которые вызывают желание причинить себе вред, и пациенты, в конечном итоге, уступают этим побуждениям, когда они прислушиваются к разрешающим убеждениям, которые каким-то образом рационализируют самоповреждение.



Причины самоповреждения могут быть вызваны внешними или внутренними стимулами, которые активируют глубинную неуверенность в себе. К внешним триггерам можно отнести расставание

с парнем/девушкой, потерю работы, отсутствие работы, создание команды или приглашение на вечеринку. Внутренние триггеры могут включать сильные эмоции (например, отчаяние, одиночество, грусть, страх, гнев) или физиологические ощущения (например, потливость, учащенное сердцебиение, диссоциацию). Сами по себе эти триггеры не являются причиной дистресса; скорее, они открывают возможности для проявления глубинной неуверенности в себе. Например, пациенты, которые переживают разрыв, могут интерпретировать отказ как доказательство своей нежеланности или неполноценности. В качестве альтернативы разрыв может быть воспринят как покинутость, что активизирует убеждения в беспомощности и невозможности выжить без другого человека. Активировать неуверенность в себе может любой триггерный стимул, но пациенты с расстройствами личности наиболее уязвимы к таким стимулам, поскольку они всегда не уверены в себе.

При активизации сомнительных убеждений у пациентов возникают искаженные, предвзятые или преувеличенные мысли о событии-триггере. Например, в ответ на расставание пациенты, которые считают себя нежеланными или беспомощными, могут подумать: “Я никому и никогда не буду нужен. Я всегда буду один” или “Я не смогу выжить в одиночку. Я не смогу с этим справиться”. В свою очередь, они могут испытывать сопутствующее чувство отчаяния, безнадежности и страха, которые усиливают желание причинить себе вред. Пациенты рассматривают самоповреждение как разумную стратегию в ответ на эти неприятные эмоции. При этом они прислушиваются к разрешающим убеждениям, которые рационализируют дисфункциональное поведение (например, “Порезы — это единственный способ справиться с расстройством”, “Самоповреждение заставит моего партнера остаться со мной”, “Все время от времени себя режут. В этом нет ничего особенного”). Если подчиниться разрешающим убеждениям, за ними последует самоповреждение.

Например, рассмотрим случай с Кали, которая учится в старшей школе и живет дома со своим отцом. Ее мать умерла несколькими годами ранее, а ее старшая сестра недавно переехала довольно далеко от них. Кали боролась с эмоциональными проблемами и побуждениями к самоповреждению и умоляла отца проводить больше времени с ней дома и меньше — в доме его новой девушки, на что он согласился.

Однако в первый же пятничный вечер после того, как ее отец дал свое обещание, Кали пришла домой в оговоренное время и обнаружила, что там никого нет (*триггерный стимул*). Это стало триггером для ее убеждения “Меня никто не любит. Я беспомощна” (*сомнительное убеждение*). В свою очередь, она подумала: “Моя жизнь не из лучших. Я в ужасной семейной ситуации. Папа должен был быть здесь. Я скучаю по маме. Только мама заботилась обо мне, но она мертва. Все бросили меня” (*негативные автоматические мысли*). Она чувствовала разочарование, злость, беспомощность и огорчение (*неприятные эмоции*), что вызывало у нее желание нанести себе порезы (*усиленное побуждение к самоповреждению*). Полагая, что другого выхода нет (“Если я чувствую побуждение, то я должна это сделать”) (*разрешающее убеждение*), она взяла нож и порезала себя (*самоповреждение*). Хотя на мгновение она испытала облегчение, в конце концов, ей стало хуже, и ее поместили в психиатрическую клинику.

При работе с пациентами, которые проявляли поведение, связанное с самоповреждением, полезно составить карту их пути самоповреждения вскоре после того, как самоповреждение имело место, изучить предыдущие эпизоды самоповреждений и рассмотреть будущие триггеры, которые могут подвергнуть их риску самоповреждения. Как только путь самоповреждения станет понятен, станет ясен и путь к вмешательству. В следующем разделе более подробно исследуется когнитивная модель самоповреждения, и обсуждаются точки вмешательства на этом пути.

Вмешательство

Независимо от того, вызвано ли самоповреждение патологией личности или другими клиническими проблемами, вмешательства, направленные на устранение этой дисфункциональной стратегии, одинаковы. Первый шаг в решении проблемы самоповреждения и, в частности, членовредительства состоит в том, чтобы помочь пациентам поставить себе за цель искоренить такое поведение. Однако пациенты, которые сами причиняют себе вред, часто не считают такое поведение проблематичным и, в свою очередь, не заинтересованы в его изменении. Например, люди, которые часто наносят себе порезы, рассматривают такое поведение как единственный способ облегчить

эмоциональную боль, контролировать боль, перефокусировать боль или продемонстрировать другим, что они испытывают боль. Таким образом, пациенты, практикующие самоповреждение, нередко минимизируют или недооценивают связанные с этим риски, полагая, что в этом нет ничего страшного. Помогите пациентам понять, насколько проблематично самоповреждение, чтобы усилить их желание прекратить такое поведение.

Чтобы помочь пациентам более точно оценить риск самоповреждения, вы можете использовать когнитивную реструктуризацию, чтобы помочь им прийти к более точным выводам о последствиях членовредительства. Например, с помощью ваших наводящих вопросов пациенты могут понять, что порезы разрушают их кожу, оставляя на ней рубцы на всю жизнь, а также могут случайно привести к серьезным травмам или смерти. Порезы также могут привлечь к ним нежелательное внимание или поставить их в неудобное положение, когда им придется отвечать на вопросы других людей, которых заинтересуют их шрамы. Точно так же когнитивная реструктуризация может заставить пациентов увидеть, что членовредительство мешает более здоровым стратегиям выживания и только укрепляет вредную привычку. Оно также лишает их возможностей (например, работы, учебы, отношений) и может привести к ситуации, которой они пытаются избежать (например, госпитализация, другая жизненная ситуация). Возвращаясь к примеру Кали, когнитивная реструктуризация помогла ей осознать, что самоповреждение было негативным выбором, который привел совсем не к тому результату, которого она ожидала. Она хотела почувствовать себя лучше и проводить больше времени с отцом, а вместо этого ей стало только хуже, а из-за ее действий дистанция между ней и отцом увеличилась. В свою очередь, она смогла осознать: “Я была в сильном стрессе, и в тот момент у меня не было ответов, поэтому мне импульсивно пришлось что-то с этим делать. Я знаю, что это был плохой выбор, и хочу над этим поработать”.

Как только пациенты осознают проблемы, связанные с самоповреждением, они будут с большей готовностью работать над сокращением и устранением такого поведения. Для этого вы можете использовать в качестве руководства путь своего пациента к самоповреждению, поскольку каждая точка понимания на этом пути является точкой вмешательства. Хотя триггерный стимул действительно представляет

собой первый шаг на этом пути, нет смысла пытаться предсказать все внешние и внутренние триггеры, которые могут активировать неуверенность в себе. Вместо этого необходимо помочь пациентам осознать, что может активировать их сомнительные убеждения, и, что более важно, использовать когнитивную реструктуризацию для непосредственной оценки и изменения этих убеждений и сопровождающих их автоматических мыслей. Помогите пациентам обрести уверенность в себе, попросив их собрать доказательства, противоречащие их глубинным сомнительным убеждениям, а также доказательства в пользу их более позитивного самовосприятия.

Возвращаясь к примеру Кали, ее приход в пустой дом не был триггером, который она могла предвидеть, поскольку ее отец сказал, что он будет дома. Однако, если бы она знала, что отсутствие отца активирует ее неуверенность в себе, она могла бы вмешаться, вместо того чтобы реагировать. Например, она могла бы пойти в ближайшую закусочную, где она не чувствовала бы себя одинокой, или позвать в гости подругу. Со временем терапия может помочь Кали устраниить глубинное сомнительное убеждение в том, что она нелюбима, и оценить обоснованность ее автоматических мыслей (например, “Только мама заботилась обо мне”, “Все бросили меня”) путем сбора данных, свидетельствующих об обратном. Например, терапия может помочь ей увидеть, что ее отец действительно заботится о ней, но он настолько охвачен своим горем, что не может служить опорой Кали. Кроме того, она может признать, что ее друзья тоже заботятся о ней и хотят быть рядом с ней, поскольку они были расстроены, когда она не обратилась к ним за помощью. Используя эти данные, Кали сможет признать, что она не может быть на 100 процентов нелюбимой, и что ее даже могут любить.

Помимо устранения глубинных сомнительных убеждений и автоматических мыслей, в рамках лечения пациентов, склонных к самоповреждению, психотерапевт помогает им найти поведенческие альтернативы, к которым они могут прибегать, когда у них возникает желание навредить себе. Некоторые примеры поведенческих альтернатив — это релаксация (например, глубокое дыхание, осознанность, прогрессивная мышечная релаксация) или методы отвлечения (например, физические упражнения, приготовление пищи, чтение, вязание, выход в Интернет, просмотр телевизора). Вы также

можете внедрить социальные альтернативы, например, попросить пациентов связаться с другими, прослушать запись сеанса терапии или взять в руки то, что напоминает им о любви или компетентности (например, подарок от любимого человека, выигранный трофей, диплом). В процессе избавления от склонности к самоповреждению вы также можете временно предложить пациентам использовать альтернативные стратегии, которые имитируют то, что они получают от членовредительства, не причиняя при этом физического вреда. Например, вместо того, чтобы наносить себе порезы, пациенты могут разбивать о свое тело сырье яйца или писать на коже жирным красным маркером. Со временем поработайте с пациентами над снижением их реактивности, обучая их навыкам регулирования эмоций. Это снизит их эмоциональную температуру и позволит им эффективно использовать стратегии решения проблем.

Помочь пациентам в выявлении их разрещающих убеждений (и замене их более обоснованными и рациональными убеждениями) также является критическим моментом вмешательства, поскольку эти убеждения рационализируют побуждение к самоповреждению. Поработайте вместе с пациентами над опровержениями их разрещающих убеждений и попросите их ежедневно читать эти опровержения. Например, Кали считала, что если у нее возникли мысли о причинении себе вреда, то она должна действовать в соответствии с ними. Как и многие другие, кто причиняет себе вред, она также считала, что это единственный способ избавиться от стресса. Лечение может помочь ей понять, что все эти убеждения нужно проверять как гипотезы, а не воспринимать их как факты. Например, Кали может понять, что вполне возможно чувствовать побуждение и не действовать в соответствии с ним. Ведь ей как-то удается сидеть на уроке и противостоять побуждению красить ногти, рисовать картинки или зашнуровать туфли. Кали узнала, что есть другие способы уменьшить ее страдания, доказывающие несостоятельность ее гипотезы о самоповреждении.

В конечном итоге, цель состоит в том, чтобы заменить самоповреждение адаптивным копингом. Для этого вы можете попросить пациентов составить список всех альтернатив самоповреждению, которые вы обсуждали в ходе лечения (например, релаксация, отвлечение, самоуспокоение). Затем попросите пациентов попрактиковаться

в использовании этих альтернативных стратегий и отслеживать, когда они смогли успешно противостоять побуждению (или отложить его на потом), а также ситуации, когда они сталкивались с препятствиями. Например, вместо того, чтобы резать себя, Кали начала общаться с друзьями и читать копинг-карточки.

Осознание последствий самоповреждения может укрепить пациентов в их нежелании наносить себеувечья в будущем. Госпитализация, заключение, выселение или потеря опеки над ребенком подчеркивают опасность и дисфункцию самоповреждения. Кроме того, последствия не только отдаляют пациентов от их целей, но и не дают им стать тем человеком, которым они хотят быть для себя и для других. Самоповреждение Кали привело к ее неприятному пребыванию в больнице, и расстроило ее друзей. Нежелание Кали возвращаться в психиатрическое отделение больницы и ее вклад в дружбу являются сильными сдерживающими факторами для предотвращения самоповреждения. Кали записала свои сдерживающие факторы и регулярно их пересматривала.

Чтобы определить путь вашего пациента к самоповреждению, а также конкретные когнитивные и поведенческие вмешательства, которые вы можете использовать в каждой точке пути, используйте рабочий лист на следующей странице.

Рабочий лист клинициста

ПУТЬ К САМОПОВРЕЖДЕНИЮ



Составьте вместе с вашим пациентом его конкретный путь самоповреждения. Потом для каждой точки пути запишите, какое вмешательство может помочь вашему пациенту встать на альтернативный путь.

1. Триггерный стимул: _____

Вмешательство: _____

2. Сомнительное убеждение: _____

Вмешательство: _____

3. Негативные автоматические мысли: _____

Вмешательство: _____

4. Неприятные эмоции: _____

Вмешательство: _____

5. Усиленное побуждение к самоповреждению: _____

Вмешательство: _____

6. Разрешающие убеждения: _____

Вмешательство: _____

7. Самоповреждение: _____

Вмешательство: _____

8. Последствия: _____

Вмешательство: _____

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ

Безысходность, которая определяется как общий набор негативных ожиданий относительно себя и будущего, является одним из самых сильных предикторов суицидальных наклонностей (Beck, 1986; Weishaar & Beck, 1992). Когда пациенты понимают, что они испытывают непрекращающуюся психологическую боль и безысходность из-за отсутствия решения, суицид становится для них выходом из ситуации. Риск суицида особо ярко выражен среди пациентов с расстройствами личности — особенно пограничными — поскольку из-за хронических и распространенных проблем, с которыми сталкиваются эти люди, они особо подвержены депрессии и безысходности. Этот риск еще больше усугубляется импульсивностью и ориентацией на настоящее, которые характерны для многих расстройств личности, поскольку они не позволяют пациентам учитывать прошлые и потенциальные будущие последствия (Beck, Davis, & Freeman, 2015).

Основная цель при работе с пациентами, склонными к суициду, состоит в том, чтобы обеспечить их выживание. Для достижения этой цели можно использовать различные возможные вмешательства, включая интенсивную амбулаторную терапию, лекарства или госпитализацию в стационаре. В следующем разделе основное внимание уделяется вмешательствам, относящимся к амбулаторному лечению, хотя это не всегда предпочтительный вариант. Скорее, решение о типе вмешательства всегда должно приниматься лечащим врачом в индивидуальном порядке и в соответствии с наилучшими интересами пациента.

Вмешательство

Проведите оценку суицидальных наклонностей

Первый уровень вмешательства при работе с пациентами со склонностью к суициду — это тщательная оценка риска самоубийств (Weishaar & Beck, 1992). Помимо безысходности, некоторые факторы риска при суицидальных наклонностях включают психические заболевания или самоубийства в семейном анамнезе, злоупотребление наркотиками и алкоголем, наличие огнестрельного оружия, физическое заболевание и потерю одного из родителей или значимой

личности в детстве. Пациенты также подвержены повышенному риску суицида, если они мужчины, старше 45 лет, живут одни, разлучены, разведены или овдовели, безработны или на пенсии, ранее пытались покончить жизнь самоубийством (Wenzel, Brown, & Beck, 2009). При оценке суицидальных наклонностей вы можете использовать различные инструменты, такие как шкала суицидальных мыслей (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979), шкала оценки выраженности суицидальных тенденций Колумбийского университета (Posner, Brown, & Stanley, 2011) или план пятиэтапной оценки суицидального риска (SAFE-T) (Fochtman & Jacobs, 2015).

Кроме того, учитывая связь между самоубийством и ощущением безысходности, вы можете конкретно оценить степень воспринимаемой клиентом безысходности с помощью шкалы безысходности Бека, которая является психометрически достоверным способом оценки безысходности (Beck и др., 1974). Эта шкала оценивает отношение к будущему, потерю мотивации и ожидания. Шкала безысходности Бека считается чувствительным индикатором суицидного потенциала, поскольку с ее помощью удалось идентифицировать 16 из 17 пациентов, которые в конечном итоге совершили самоубийство (94,2 процента) в исследовании 1958 амбулаторных пациентов с использованием порогового значения девять или выше (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990).

Разработайте план обеспечения безопасности при суицидальных наклонностях

На ранних этапах лечения разработайте вместе с пациентами план обеспечения безопасности. Этот план должен состоять из ряда последовательных шагов, которым пациенты должны следовать во время острого суицидального кризиса, или когда у них возникает желание причинить себе вред (Wenzel, Brown, & Beck, 2009). Программа *Safety Planning Intervention* (Разработка плана обеспечения безопасности) (Stanley & Brown, 2012) — это один из таких инструментов, который может остановить кризис самоубийства, предотвратить его эскалацию или помочь пациентам пережить данный момент. Ресурсный центр по предотвращению самоубийств (www.sprc.org) и Американский фонд предотвращения самоубийств (<https://afsp.org>) считают эту программу передовой практикой.

Первый шаг в плане SPI включает определение мыслей, образов, настроения и поведения, которые являются предвестниками суицида. Помогая пациентам научиться выявлять такие тревожные знаки на ранних этапах, вы наделяете их возможностью вмешаться, когда они начинают испытывать суицидальные мысли. В частности, эти тревожные знаки предоставляют возможность вмешаться, снизив ощущение безысходности и существующий риск. Когда кризис утихнет, воспользуйтесь возможностью собрать тревожные знаки, которые стали триггером суицидальных мыслей и поведения, о которых вы раньше не знали. Ниже перечислены некоторые из этих тревожных знаков.

1. Человек делает расплывчатые заявления о том, что с ним рядом никого нет.
2. Раздает свое имущество
3. Говорит о чувстве безысходности и о том, что он ощущает себя в тупике.
4. Начинает чаще употреблять психоактивные вещества
5. Избегает друзей и общественной деятельности.
6. Пишет прощальные записки.
7. Приводит в порядок финансы и дела.
8. Отменяет сеансы.
9. Называет себя негативными ярлыками неуверенности.

Например, представьте себе пациента, который осознает, что его желание покончить жизнь самоубийством усиливается, когда он чувствует себя истощенным, называет себя ярлыками сомнения (например, зовет себя неудачником, слабаком, дефективным), остается в постели, игнорирует телефон и отклоняет все приглашения. Выполнив первый шаг в своем плане обеспечения безопасности, он может использовать принципы поведенческой активации, чтобы мобилизовать себя на действия всякий раз, когда возникают эти тревожные знаки. Он может поставить действие выше мотивации, встать, одеться и справиться с поставленной перед собой целью — побеждать с сестрой и сходить с другом в кино. Он также может сказать себе, что его отрицательный ярлык — это голос депрессии, и что эти ярлыки не на 100% верны (и, скорее всего, вовсе не верны).

Второй шаг в тщательном плане обеспечения безопасности при суицидальных наклонностях — это составление списка внутренних копинг-стратегий, которые пациенты могут использовать самостоятельно, когда они начинают ощущать эти тревожные знаки. Цель состоит в том, чтобы отвлечься, пока желание действовать не утихнет. Отвлекаясь на что-то другое, пациенты не могут думать о самоубийстве, поэтому отвлечение считается наиболее эффективным способом обойти кризис (G. Brown, личное общение, 9 мая 2019 г.). Следовательно, вам необходимо совместно с пациентами создать список внутренних копинг-стратегий, которые они могут использовать в случае суицидального кризиса (например, принять горячий душ, заняться спортом, прогуляться, поиграть в видеоигры, послушать музыку, посмотреть фильм или телешоу, поиграть с домашним животным, разгадать кроссворд, почитать, заняться йогой, приготовить еду). Кроме того, попытайтесь вместе с пациентами спрогнозировать, решить и устраниć любые препятствия, мешающие реализации этих копинг-стратегий. Хотя цель этих мероприятий — отвлечь пациентов от суицидальных мыслей, они также дают пациентам ощущение выполненного долга и удовольствия. Когда пациентыправляются с ситуацией своими силами, они обретают уверенность в себе и понимают, что могут держать свои суицидальные наклонности под контролем (Stanley & Brown, 2012).

Вполне возможно, что эти внутренние стратегии могут предотвратить эскалацию суицидальных мыслей. В самом деле, мы хотим побудить пациентов быть самим себе психотерапевтами, дав им возможность попытаться справиться со своими суицидальными наклонностями самостоятельно. Однако, если внутренних действий недостаточно, пациенты переходят к **третьему и четвертому шагам** своего плана, обратившись за помощью к внешним ресурсам (Stanley & Brown, 2012). На 3 этапе пациенты могут создать список членов семьи, друзей или знакомых, которые могут отвлечь их от кризиса, или социальной среды, в которой они могут находиться среди других людей (например, собрание анонимных алкоголиков, тренажерный зал, религиозное учреждение, супермаркет, торговый центр). На 4 этапе они могут обратиться за поддержкой или попросить о помощи. Убедитесь, что пациенты указали номера телефонов и другую контактную информацию в своем плане обеспечения безопасности, чтобы во время кризиса она была для них легко доступна.

Если посторонняя помощь не помогла или недоступна, переходите к **пятому шагу** в плане обеспечения безопасности. Пятый шаг — это составление списка профессиональных учреждений, в которые пациенты могут обратиться, когда они находятся на грани самоубийства. В этот список должны быть включены имена специалистов в области психического здоровья (включая вас как их психотерапевта), а также местных отделений неотложной помощи или национальных горячих линий по предотвращению самоубийств. Убедитесь, что в плане обеспечения безопасности также указаны соответствующие адреса и номера телефонов этих учреждений.

Шестой шаг в тщательном плане обеспечения безопасности при суицидальных наклонностях — это обеспечение безопасной окружающей среды. Чтобы снизить вероятность того, что пациенты будут иметь доступ к смертоносным средствам, вы можете спросить их, какой метод самоубийства они бы использовали во время кризиса, обязательно уточнив, есть ли у них доступ к огнестрельному оружию. Вы можете попросить пациентов устраниить или ограничить их доступ к этим методам или совместно определить способы, с помощью которых ответственное лицо может ограничить им доступ или защитить их. Вы также можете попросить пациентов обратиться за помощью к членам семьи или соседям по комнате, чтобы убедиться, что предметы, потенциально способные нанести травму, вынесены из дома или заперты таким образом, чтобы у пациента не было к ним доступа. Попросите пациентов записать это в своем плане обеспечения безопасности.

На следующей странице представлен образец шаблона, который вы можете использовать с пациентами для разработки плана обеспечения безопасности при суицидальных наклонностях.

Рабочий лист пациента

ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ



Шаг 1. Тревожные знаки:

1. _____
2. _____
3. _____

Шаг 2. Внутренние копинг-стратегии — что я могу сделать, чтобы отвлечься от своих проблем, не связываясь с другим человеком:

1. _____
2. _____
3. _____

Шаг 3. Люди и социальные условия, которые могут меня отвлечь:

1. Имя _____ Телефон _____
2. Имя _____ Телефон _____
3. Место _____
4. Место _____

Шаг 4. Люди, к которым я могу обратиться за помощью:

1. Имя _____ Телефон _____
2. Имя _____ Телефон _____
3. Имя _____ Телефон _____

Шаг 5. Профессионалы или учреждения, с которыми я могу связаться во время кризиса:

1. Клиницист/название учреждения _____ Телефон _____

Номер телефона или пейджера клинициста для экстренных ситуаций _____

2. Клиницист/название учреждения _____ Телефон _____

Номер телефона или пейджера клинициста для экстренных ситуаций _____

3. Местная служба чрезвычайных ситуаций _____

Адрес службы чрезвычайных ситуаций _____

Телефон службы чрезвычайных ситуаций _____

4. Линия по предотвращению самоубийств: _____

5. Другое: _____

Шаг 6. Обеспечение безопасной окружающей среды:

1. _____

2. _____

Шаг 7 (не обязательный). Причины жить — что для меня наиболее важно и ради чего мне стоит жить:

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Определите причины жить

Следуя плану обеспечения безопасности в острой фазе лечения суициальности, вы можете перейти непосредственно к избавлению от безысходности, сопряженной с риском суицида. Одна из лечебных стратегий, которая используется для снижения чувства безысходности, состоит в том, чтобы попросить пациентов перечислить свои причины жить. Для пациентов, которые уже пытались покончить жизнь самоубийством, это может оказаться сложной задачей, поскольку они часто обращаются за помощью, не желая жить. Отнеситесь с доверием к их внутреннему опыту, одновременно поощряя их готовность работать над тем, чтобы жить. Пациенты могут не хотеть жить прошлым или настоящим, но большинство признают, что они могут хотеть жить в целом, и это хорошая отправная точка.

Пациенты укрепятся в своей цели оставаться живыми, если вы поможете им найти аргументы в пользу этой цели. Составьте вместе с пациентом список причин, по которым ему стоит жить, поскольку для него эти причины могут быть не так очевидны в периоды дистресса. Помогите пациентам изучить все сферы их жизни (например, социальную, профессиональную, личную, академическую, романтическую и т. д.), которые дают им повод для жизни. Ищите данные из их жизни, которые напоминают им о важных для них людях, местах и вещах. Например, вы можете напомнить пациентам о смысле жизни, помогая им осознать, что они заботятся о своих домашних животных, друзьях и родных (и получают их заботу взамен); что есть вещи, которыми они хотят заниматься сейчас и в будущем; и есть то, что приносит им ощущение удовольствия и чувства выполненного долга. Используйте таблицу на следующей странице, чтобы помочь пациентам определить некоторые из этих причин.

Рабочий лист пациента

ПРИЧИНЫ ЖИТЬ



Перечислите все причины, по которым имеет смысл бороться, чтобы жить. Ниже приведены некоторые причины, которые могут иметь для вас смысл, а под ними вы можете написать свои собственные конкретные причины.

1. Никто не будет любить моих питомцев так как я, и заботиться о них. Я им нужен.
2. Если я убью себя, у меня никогда не будет шанса заполучить то, чего я хочу, например, партнера, дом или работу.
3. Люди заботятся обо мне, и я заботчусь о них. Я хочу быть рядом с ними.
4. Мой психотерапевт считает, что я могу это преодолеть, и если я уйду сейчас, я никогда не узнаю, прав ли он.

Назовите свои причины жить:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Использование копинг-карточек — это еще одна полезная стратегия для усиления желания жить и отрицания суицидальных намерений. Копинг-карточки содержат утверждения, которые признают и поощряют принятие дистресса, указывают на его временность, напоминают пациентам об их внешних и внутренних ресурсах, уточняют конструктивные действия и содержат утверждения, которые пациенты могут сказать небезразличному им человеку, если он окажется на их месте. Ниже приведены несколько примеров копинг-карточек, которые пациенты могут использовать, чтобы пережить период дистресса.

Копинг-карточка
ЖИЗНЕННАЯ ЦЕЛЬ

Я заявляю, что моя цель — хотеть жить. Я хочу иметь смысл жизни, вести социальную жизнь, чувствовать радость и с нетерпением ожидать каких-то событий. В прошлом я чувствовал себя лучше, и нет никаких причин, по которым я не могу чувствовать себя лучше снова. Когда я думаю обо всех этих вещах, мне хочется, чтобы они были в моей жизни.

Копинг-карточка
НЕТ ОСУЖДЕНИЮ

Когда меня одолевает отчаяние, я могу признать это, не позволяя ему взять надо мной верх. Я могу принять эту ситуацию, не усугубляя ее. Это временно; это пройдет. Я могу заняться чем-нибудь, чтобы отвлечься, или поговорить с кем-нибудь, чтобы превозмочь отчаяние. Я могу напомнить себе, что моя безысходность проистекает из моего депрессивного предвзятого мышления, поэтому, скорее всего, она иррациональна и неверна. Если бы моя подруга думала о самоубийстве, я бы сказал ей не делать этого, потому что она слишком важна для многих людей, и правда в том, что я знаю, что то же самое верно и для меня.

Копинг-карточка**Я ВЫБИРАЮ ЖИЗНЬ**

Когда возникает суициdalная мысль — независимо от того, вынашиваю я ее, принимаю, или это просто мимолетная идея — я могу ее признать. Я скажу ей “нет”. В определенной степени она всегда может быть со мной, но не обязательно. Я могу вспомнить все причины, по которым я должен жить. Возможно, у меня есть надежда на достойное будущее. Я небезразличен людям, и я выбираю жизнь.

Рефрейминг убеждений, ведущих к самоубийству

Мы не можем игнорировать то обстоятельство, что у пациентов также есть причины умереть, но часто эти причины представляют собой ошибочные искажения реальности, поскольку их мышление часто находится под воздействием депрессии. Следовательно, в рамках борьбы с суицидальностью вы должны изменить причины пациентов умереть и помочь им увидеть ошибки мышления, лежащие в основе их суицидогенных убеждений (Wenzel и др., 2009). Склонные к суициду пациенты имеют множество причин умереть, и наша работа как клиницистов — помочь им понять, что эти суицидогенные убеждения могут быть ошибочными.

Часто безнадежность, лежащая в основе этих убеждений, может быть связана с конкретными автоматическими мыслями (например, “Я никогда не сдам этот экзамен”), или с более общими базовыми убеждениями (например, “Жизнь никогда не будет лучше”, “Мне не на что надеяться”).

Признавайте дистресс пациентов, не подкрепляя эти искаженные убеждения. Например, дайте пациентам понять, что вы понимаете, как тяжело им пришлось, или как много боли они испытывают. В то же время не подкрепляйте их безнадежность. Например, вы можете сказать: “С какой ужасной ситуацией вам пришлось столкнуться. Могу только представить, как вы себя чувствовали. Неудивительно, что у вас опустились руки, но вы здесь, потому что не хотите сдаваться, и мы можем найти способы сделать вашу жизнь такой, какой вы хотите ее видеть”.

Затем, вместо того, чтобы принимать эти убеждения как истинные, поработайте с пациентами над перефразированием ошибок в их мышлении и рассмотрите альтернативный взгляд. Смерть — это не решение, а бегство, и лучшей альтернативой станет поиск жизнеспособных

решений. Ниже приведены примеры рефрейминга некоторых распространенных суицидогенных убеждений.

1. “Никто не заботится обо мне, так что мне лучше умереть”.

Перефразируйте: “Хотя мне кажется, что обо мне никто не заботится, правда в том, что обо мне заботятся многие люди. Мои родители говорят мне, что им не все равно, и они хотят, чтобы я был с ними. Мои друзья и родственники будут эмоционально травмированы моей смертью, особенно моя сестра, потому что все они заботятся обо мне”.

2. “Мне нечего ждать. У меня никогда не будет того, чего я хочу, так какой смысл жить?”

Перефразируйте: “Мне кажется, что у меня никогда не будет того, чего я хочу, но это еще не факт. Я ищу способы справиться со своими эмоциями, и мне хватает духу, чтобы пробовать новые вещи, поэтому, если я задержусь на этом свете, возможно, однажды я получу то, чего я хочу”.

3. “Я стал обузой для других, и мне лучше умереть”.

Перефразируйте: “То, что я не могу вносить свой вклад так, как я делал это в прошлом, не означает, что я не могу обеспечивать других. Я могу выслушать их, и я могу подбодрить людей, которые мне небезразличны”.

4. “Нет шансов, что что-то изменится. Смерть — это единственное решение моих проблем”.

Перефразируйте: “Смерть — это не решение. Это побег. Если мне нужно решение, мне нужно быть здесь, чтобы научиться на своем опыте”.

5. “Я заслуживаю смерти”.

Перефразируйте: “Никто не заслуживает смерти только потому, что ему тяжело и больно. Я заслуживаю сострадания и помощи”.

6. “Если я убью себя, другие люди, наконец, поймут, какую боль они мне причинили. Я должен преподать им урок”.

Перефразируйте: “Скорее всего, они никогда не поймут, что бы я ни сказал и ни сделал, и я могу поработать над тем, чтобы смириться с этим”.

Используйте рабочий лист на следующей странице со своими пациентами, чтобы изменить их суицидогенные убеждения и помочь им переосмыслить их причины умереть.

Рабочий лист клиента

ПЕРЕФРАЗИРУЙТЕ СВОИ ПРИЧИНЫ УМЕРЕТЬ



Возможно, ваши причины умереть вызваны чувством безысходности или депрессии. Используйте этот рабочий лист, чтобы перечислить причины умереть, а затем поработайте со своим психотерапевтом, чтобы выработать альтернативную и более разумную точку зрения. Будьте объективными, не руководствуйтесь эмоциями. Например:

Убеждение: "Мир был бы лучше без меня".

Перефразируйте: "Даже мелочи, которые я делаю, имеют значение. Я придержал дверь для женщины, помог своему другу и оказал техническую поддержку своей матери, и все это имело для них значение. Мир становится лучше, когда кто-либо, включая меня, делает что-то хорошее".

Теперь ваша очередь.

Убеждение: _____

Перефразируйте: _____

Убеждение: _____

Перефразируйте: _____

Убеждение: _____

Перефразируйте: _____

РЕЗЮМЕ

Работать с расстройствами личности и противодействовать опасному для жизни поведению довольно сложно. Тем не менее, с четким представлением о ваших пациентах и их проблемах вам будет проще общаться с ними, испытывать к ним сострадание и находить беспрепятственный путь к их выздоровлению. Когда происходит суицидальный кризис, будьте готовы проанализировать все факторы, которые способствовали возникновению ощущения безысходности у пациентов и побудили их к суицидальным действиям. Важно обсудить с ними, какие конкретные когнитивные и поведенческие инструменты они могут использовать для уменьшения будущих кризисов, но не следует также обходить вниманием цели, усиливающие желание жить. Работайте над расширением социальных связей пациентов и поощряйте их общаться с другими людьми и принимать приглашения. Помогите им найти удовольствие в жизни, пробуя что-то новое, находя значимые и продуктивные занятия и сохраняя объективность.

При содействии Аарона П. Бринена

Некоторым клиницистам глава о применении КПТ при психотических расстройствах кажется чем-то невероятным. Во многих областях психического здоровья психотические переживания считаются чисто биологическими, а психосоциальные методы лечения, в лучшем случае, являются паллиативными. Тем не менее, нельзя не принимать в расчет более 20 лет исследований в сфере применения КПТ для диагностики психозов и шизофрении — так называемой КПТ при психозах (КПТп). Хотя основная цель КПТп — уменьшить стресс, связанный с продуктивными симптомами психоза (например, галлюцинациями и бредом), Аарон Т. Бек и его команда недавно расширили охват КПТп на пациентов, которые также испытывают выраженные негативные симптомы (Brinen & Beck, 2018). Это ответвление КПТп известно как ориентированная на выздоровление когнитивная терапия, (ОВКТ, англ. *CT-R*). Она направлена на помочь людям, которые изо всех сил пытаются вернуть себе желаемый образ жизни. В этой главе подчеркивается полезность обоих этих вмешательств при лечении шизофренического спектра и психотических расстройств, а также обсуждается применение когнитивной модели в отношении психоза.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психотические расстройства и шизофренический спектр характеризуются наличием, по крайней мере, одной из следующих аномалий: галлюцинации (например, нарушения слухового и зрительного восприятия), бред (например, навязчивые убеждения странной природы), расстройство мышления (например, расстройство речь, включая тангенциальность и бессвязность), дезорганизованное двигательное поведение (например, кататония) и негативные симптомы (например, уплощение эмоций, безволие, асоциальность) (APA, 2013). Хотя

психоз является определяющим признаком шизофрении, психотические симптомы также могут возникать в контексте маниакальной фазы биполярного расстройства, этаноловой зависимости, психоделической интоксикации, злоупотребления кокаином/метамфетамином, посттравматического стрессового расстройства и черепно-мозговой травмы. Важно отметить, что психотические симптомы, возникающие в результате употребления психоактивных веществ или основного заболевания, отличаются от первичных психотических расстройств с точки зрения этиологии, течения и начала. При удалении вызывающего нарушение вещества или устраниении основного заболевания эти симптомы, как правило, проходят (APA, 2013). Тем не менее, человек может продолжать беспокоиться или прибегать к компенсаторным стратегиям, выработанным во время психотического эпизода, как описано в следующей когнитивной модели психоза.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЗА

В основе когнитивной модели лежит представление о том, что мышление влияет на эмоции и поведение, и эту концепцию также можно применить к психотическим симптомам. В частности, диагнозы шизофренического спектра связаны с основным набором убеждений, влияющих на то, как люди воспринимают мир и реагируют на него. Вообще говоря, эти убеждения включают предположение об угрожающем мире (например, пациенты считают, что другие люди отвергают их, угрожают им или доминируют), о побежденной личности (например, восприятие себя дефектным, беспомощным, уязвимым) и о том, что в будущем ничего не изменится (Beck, Stolar, Rector, & Grant, 2009). Хотя тревожные расстройства также поддерживаются убеждениями в том, что мир опасен, а человек некомпетентен, убеждения, связанные с диагнозами психоза и шизофрении, как правило, более интенсивны.

Людям с психозом кажется, что другие отвергают их, и, в свою очередь, они берут из окружающей среды только те данные, которые заставляют их воспринимать мир как угрожающий и доминирующий (например, они изыскивают отвержение и придают поведению других слишком большое значение). Кроме того, в отличие от пациентов с тревожными убеждениями (подпитываемыми поведением

избегания), пациенты с психозом верят, что их всегда подстерегает опасность, поэтому они находятся в состоянии постоянной сверхбдительности. Если система обнаружения угроз постоянно пребывает в активном состоянии, она истощает когнитивные ресурсы пациентов (например, внимание, память, способность планировать) и заставляет их ошибочно интерпретировать незначительные факторы стресса как большие проблемы. В ответ на эти стрессоры пациенты применяют различные компенсирующие стратегии, которые обычно строятся на теме самозащиты.

Например, пациенты избегают пугающих ситуаций и используют поведенческие проявления (например, ритуалы, избегающее поведение), чтобы нейтрализовать опасность, связанную с пугающей ситуацией. Кроме того, пациенты используют чрезмерно много информации, пытаясь быстрее отреагировать на опасность, что приводит к множеству ложных срабатываний системы обнаружения опасности. Представьте пациента, который считает, что ФБР следит за всеми его передвижениями, и который не выходит никуда из дома, чтобы его не убили или не похитили. В результате он становится чрезмерно внимательным к звукам, у него возникают тревожные образы о том, как его похищает ФБР, и это только подтверждает его страх, что ФБР что-то замышляет против него, и что он подвергается опасности.

Мало того, что пациенты с психозом считают мир отталкивающим и опасным, они также считают себя побежденными. Их жизненный опыт подсказывает им, что нет смысла даже пытаться что-то делать, все равно все закончится неудачей. Это убеждение связано с недостаточной вовлеченностью в повседневные задачи, что приводит к фактической неудаче и укрепляет веру пациента в то, что он потерпел поражение. Со временем пациенты начинают считать себя неполнценными, беспомощными или уязвимыми, из-за чего им еще меньше хочется заниматься полезной деятельностью или налаживать социальные связи. Такое снижение активности пациентов препятствует им собирать новые данные, но зато у них появляется много свободного времени, чтобы сосредоточиться на своем ошибочном опыте. На благодатной почве достаточного времени, стресса и зацикленности эти странные переживания перерастают в то, что принято называть психозом. Согласно когнитивной модели, симптомы, связанные с диагнозами шизофренического спектра, возникают из этой базовой

формулировки, и когнитивная модель может объяснить психотические симптомы лучше, чем генетика и биология (Bentall, 2009).

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСИХОЗЕ

Хотя антипсихотические препараты считаются терапией первой линии для людей с шизофренией, сами по себе лекарства не могут улучшить социальную или профессиональную деятельность. Скорее, согласно имеющимся данным, использование лекарств в сочетании с когнитивными вмешательствами необходимо для обеспечения стойких изменений положительных симптомов и более прямого воздействия на отрицательные симптомы (Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar, & Beck, 2012; van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014; Wykes, Everitt, Steel, & Tarrier, 2008). Некоторые исследования даже предполагают, что КПТ при психозе может быть эффективной и без лекарств (Morrison и др., 2014). Когнитивные вмешательства особенно полезны, потому что они помогают пациентам изучить более точные модели мышления, исправляя ложные предположения, связанные с их симптомами, и планировать поведенческие рутины, несовместимые с сохранением симптомов.

При лечении психоза в рамках когнитивно-поведенческой терапии цель состоит не в том, чтобы устраниить галлюцинации или бредовые идеи, а в том, чтобы уменьшить связанные с ними дистресс и препятствия для жизни. Людей учат оценивать когнитивные, аффективные и поведенческие реакции, которые возникают у них в ответ на их галлюцинации и бредовые идеи, и корректировать эти модели реакций, чтобы снизить их влияние и значимость. В рамках КПТ людей учат контекстуализировать проявления этих симптомов, а не искать лечение. При психозе проблема заключается не в симптоме, а в эмоциональных и поведенческих последствиях (Beck и др., 2009).

Ключом к лечению психотических симптомов является активное на обучение на основе опыта. Лечение должно включать активную обкатку основных убеждений пациента на практике в контексте желаемого образа жизни. В лечении, направленном на достижение желаемого образа жизни, пациенты увеличивают количество времени, которое они посвящают продуктивной деятельности в течение дня, таким образом, ограничивая время на галлюцинации или размышления о бредовых

вещах (Grant и др., 2012). Кроме того, занятие умелой, приятной и социальной деятельностью приносит доказательства, опровергающие их глубинные основные убеждения, которые подпитываются их заблуждениями или другими компенсирующими стратегиями.

По мере того, как пациенты работают над тем, достижением желаемого образа жизни, их галлюцинации и иллюзии становятся незначительными на фоне их стремлений, и выраженность и интенсивность этих симптомов уменьшается. На этом этапе лечение может быть сосредоточено на развитии привычек и навыков, которые изменяют смысл галлюцинаций и бредовых идей, делая их менее опасными. В случае бредовых идей для ослабления убеждений и поведения, усиливающего заблуждения, используется мягкий, коллaborативный сократический диалог. В случае галлюцинаций цель состоит в том, чтобы научить пациентов корректировать любые свои бесполезные убеждения относительно голосов или видений, а также изменять любое поведение, которое усиливает или поддерживает переживание самой галлюцинации. Этот базовый протокол лечения, по своей сути, направлен на устранение основных негативных симптомов, которые также сопровождают расстройства шизофренического спектра. Однако для пациентов, у которых сохраняются негативные симптомы, психотерапевты могут использовать функциональный анализ, чтобы определить убеждения или предположения, поддерживающие симптомы, и разработать серию поведенческих экспериментов для их исправления, а также пропагандировать новую, более активную модель поведения.

В следующем разделе более подробно обсуждаются некоторые из основных принципов лечения негативных симптомов в рамках ОВКТ, а также лежащие в основе КПТп базовые принципы лечения галлюцинаций и бреда.

Отрицательные симптомы

Основные убеждения, связанные с негативными симптомами (например, “Нет смысла тратить время на других”, “Других не интересует то, что я говорю”, “Другие будут отвергать меня”) и связанное с ними поведение (например, отсутствие душевной связи, избегание, бедность речи) создают фундаментальный препятствие для начала лечения.

Кроме того, они создают благоприятную среду для развития ряда других психотических симптомов, поскольку пациенты, которые самоустраниются из общения с другими и проводят большую часть своего времени в инертном состоянии, имеют широкие возможности слышать голоса. Таким образом, для лечения негативных симптомов важно сформировать терапевтические отношения, поскольку даже простая связь с вами, как с психотерапевтом, демонстрирует преимущества социальных связей и противодействует некоторым из основных убеждений пациентов (например, “Других не интересует то, что я говорю”).

Когнитивная работа с негативными симптомами должна начинаться с экспериментов с энергией, душевной связью, удовольствием и успехом. Такой опыт готовит пациента к рассмотрению альтернативных возможностей. Простая прогулка с пациентом может обеспечить вас фактами, опровергающими его обоснование инертности (например, “Я должен экономить свою энергию”) или ангедонии (например, “Ничего не доставляет мне удовольствие”), если вы воспользуетесь эмпиризмом сотрудничества, чтобы направить пациента к новым выводам. Например, вы можете помочь пациенту прийти к новому выводу, заявив: “После этой длинной прогулки у вас стало больше энергии, и вы хорошо себя чувствуете. Это кажется странным. Разве у вас не должно быть меньше энергии? Мы должны это проверить”.

Эти первоначальные эксперименты создают основу для графика активности, который затем можно использовать, чтобы помочь пациентам стать более активными и восстановить свою жизнь. По мере того, как пациенты переосмысливают свои убеждения о мотивации и социальных связях, вы можете работать с ними над формированием чаяний на будущее и совместно исследовать, как негативные симптомы блокируют действия по достижению этих целей. Затем вы можете продолжить добавлять в их ежедневный график занятия, которые увеличивают их шансы на достижение целей. Имейте в виду, что общая цель состоит в том, чтобы улучшить их жизненные функции и, как следствие, уменьшить дистресс.

Галлюцинации

Когда пациенты испытывают галлюцинации, они развивают убеждения, связанные с этими галлюцинациями, и используют

различные дисфункциональные компенсаторные стратегии, укрепляющие эти убеждения. Следовательно, причиной дисфункции этих пациентов в большей степени являются их убеждения относительно галлюцинаций, чем сами галлюцинации. Из этого следует, что цель лечения состоит в том, чтобы сделать галлюцинации менее опасными, изменив значение, которое пациенты приписывают голосам или видениям. Ниже приведены три большие категории убеждений, которые пациенты приписывают своим галлюцинациям, а также компенсаторное поведение, связанное с перечисленными ниже убеждениями.

- 1. Контроль.** Пациенты считают, что галлюцинации контролируют, когда они приходят и уходят. В свою очередь, пациенты изолируются из-за страха испытать слуховые или зрительные галлюцинации на людях (что заставит их выглядеть "странны" или приведет к их госпитализации). Однако на самом деле изоляция только увеличивает вероятность возникновения галлюцинаций, потому что она усиливает тревогу и восприятие угрозы. Когда пациенты впоследствии слышат голоса или видят видения, это укрепляет их уверенность в том, что галлюцинации контролируют ситуацию ("Если бы я вышел на улицу, пришли бы голоса, и это было бы ужасно"). Под влиянием этого убеждения пациенты изолируются еще больше. Убеждения о контроле чаще всего связаны с дисфункцией.
- 2. Достоверность.** Пациенты верят, что галлюцинации говорят правду, поэтому они постоянно следят за голосами, чтобы не пропустить их. Такое поведение, в свою очередь, повышает вероятность слуховых галлюцинаций. Обычно люди не прислушиваются к тому, чего не ожидают услышать. Когда пациенты, наконец, слышат голос, они приходят к выводу: "Если бы я пропустил это сообщение, это было бы ужасно, поэтому мне нужно слушать". Из-за своих убеждений в достоверности галлюцинаций пациенты не видят причин сомневаться в истинности сообщения, поэтому они не проверяют его правдивость.
- 3. Могущество.** Содержание слуховых галлюцинаций может быть пугающим, угрожающим или властным. Эти голоса вызывают беспокойство только тогда, когда пациенты верят, что голоса обладают силой, чтобы воплотить в жизнь свои угрозы. Когда такое

происходит, пациенты либо подчиняются требованию, либо проводят ритуал, чтобы нейтрализовать угрозу и предотвратить ее исход. Например, пациенты, которые слышат голос, говорящий: “Если ты выйдешь из дома, я убью твоих друзей”, могут выбрать один из двух вариантов. Они могут остаться дома и, когда с их друзьями ничего не происходит, приходят к заключению: “Если бы я вышел из дома, могущественный голос убил бы моих друзей”. Как вариант, они могут попытаться нейтрализовать угрозу, выполнив ритуал, например, помолившись. Во время многократных молитв пациенты реже слышат голоса, что приводит их к ошибочному заключению, что молитва предотвратила опасность.

Вера в то, что эти голоса звучат извне, не связана с дисфункцией, однако клиницисты часто в первую очередь направляют усилия на борьбу с этим убеждением. Борьба с убеждением в том, что голоса звучат извне, приносит наименьшую пользу и, скорее всего, оттолкнет пациентов. Более эффективным будет избавиться от убеждений, связанных с контролем, могуществом или достоверностью, и ключом к проверке этих убеждений станут поведенческие эксперименты. Поскольку эти убеждения уже глубоко укоренились, для изменения точки зрения пациента вам придется постепенно накапливать конкретные доказательства. Один из способов накопить эти доказательства состоит в том, чтобы побудить клиентов заниматься какой-то деятельностью, не обращая внимания на голоса, таким образом, выражая несогласие с убеждениями в контроле, могуществе или достоверности голосов. Например, простой разговор с вами во время сеанса, вероятно, уменьшит громкость слуховых галлюцинаций, и этот опыт служит первоначальной проверкой того, контролирует ли пациент голоса. Разговаривая с пациентами во время сеанса, вы можете обратить их внимание на то, что простая беседа делает голоса тише. Спросите их, что бы произошло, если бы вы двое не разговаривали, и что это говорит о том, кто контролирует громкость голоса. Пациенты могут прийти к выводу, что у них есть некоторый контроль над громкостью голоса, и это позволит вам провести больше экспериментов для проверки этой гипотезы.

Со временем постарайтесь заставить пациентов также начать оценивать достоверность или могущество голосов. Например, представьте себе пациента, который слышит голос, говорящий: “Не выходи из дома,

или я причиню тебе боль". В свою очередь, этот пациент испытывает страх и не выходит из дома, тем самым подкрепляя свое убеждение. Когда он выходит из дома, он чувствует боль в ноге, что подтверждает его веру в могущество голоса. В этом случае проблема не в голосе, а, скорее, в интерпретации голоса пациентом. Если вы поможете пациенту понять все причины, по которым нет смысла оставаться дома (например, это согласовывается с его целью вести желаемый образ жизни), он может захотеть выйти, несмотря на предупреждения. Хотя боль в ноге может исчезнуть, а может и не исчезнуть, пациент может осознать, что не стоит позволять голосу мешать ему делать то, что он хочет. В конце концов, он может прийти к выводу, что боль в ноге была вызвана онемением из-за недостатка упражнений, и даже если боль не исчезнет, он может научиться не позволять ей становиться у него на пути, потому что выход на улицу стоил того, несмотря на боль. В результате могущество голоса становится ограниченным.

После того, как пациенты провели несколько экспериментов, опровергающих их неадаптивные убеждения, вы можете подбодрить их еще больше, заставив их запланировать действия, несовместимые со слуховыми или звуковыми галлюцинациями. В частности, попросите их намеренно запланировать один полный день организованной деятельности и один день деятельности без какой-либо структуры. Структурированный день должен включать в себя разнообразный список занятий, в том числе связанных с мастерством, удовольствием и социальными связями. Основная задача заключается в том, чтобы пациенты отмечали, когда галлюцинации уменьшаются по частоте и интенсивности в течение обоих дней, и фиксировали, что это говорит об их способности контролировать галлюцинации. Вы хотите, чтобы пациенты пришли к выводу, что повышение уровня их активности уменьшает галлюцинации и, в свою очередь, уменьшает их дистресс. Как только пациенты придут к этому осознанию, они могут начать регулярно планировать распорядок дня, и это становится для них своеобразной прививкой от симптомов. Следующие страницы содержат графики активности, которые вы можете использовать с пациентами для выполнения этого упражнения.

Рабочий лист пациента

СОБИРАЙТЕ ДАННЫЕ



Используйте этот рабочий лист для сбора данных в два этапа.

1. Во-первых, запротоколируйте два дня активности с предыдущей недели: один день, включающий множество структурированных мероприятий, и другой день деятельности без какой-либо структуры.
2. Затем намеренно спланируйте один день плановых мероприятий и один день произвольной деятельности.

В конце каждого дня оценивайте свои ощущения, а также отмечайте интенсивность и частоту любых слуховых или визуальных галлюцинаций, которые у вас возникали.

	День запланированной деятельности	День произвольной деятельности
6:00-7:00		
7:00-8:00		
8:00-9:00		
9:00-10:00		
10:00-11:00		
11:00-12:00		
12:00-13:00		
13:00-14:00		

	День запланированной деятельности	День произвольной деятельности
14:00-15:00		
15:00-16:00		
16:00-17:00		
17:00-18:00		
18:00-19:00		
19:00-20:00		
20:00-21:00		
21:00-22:00		
22:00-23:00		
23:00-24:00		
00:00-06:00		
Как вы себя чувствовали? Насколько полезным был ваш день? (0 = совершенно бесполезный, 10 = очень полезный)		

В какой день ваши визуальные или слуховые галлюцинации были более сильными? _____

В какой день ваши визуальные или слуховые галлюцинации были более частыми? _____

Рабочий лист пациента

СПЛАНИРУЙТЕ ЛУЧШУЮ НЕДЕЛЮ



Основываясь на данных, которые вы собрали в предыдущем листе, спланируйте некоторые действия, которые вы можете выполнять на регулярной основе, и которые улучшат ваше настроение и уменьшат слуховые или визуальные галлюцинации.

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Утро							
Обед							
Вечер							
Ночь							

Переключение внимания с галлюцинаций

Как уже говорилось, к дистрессу, настороженности, поведению избегания и изоляции приводят не сами галлюцинации, а то, как пациенты оценивают их с точки зрения контроля, власти и достоверности. Один из способов проверить эти убеждения — попросить пациентов провести анализ функциональной цепочки, которая определяет факторы, усиливающие или уменьшающие их галлюцинации. Например, представьте себе молодого человека, который гулял со своим отцом, когда вдруг увидел стаю демонов, готовых на него напасть. Он испугался, и они вернулись домой. Обсуждая ситуацию со своим психотерапевтом, этот молодой человек описал, как “видел” демонов на опушке леса. Когда психотерапевт заставил мужчину подробно освежить в памяти это конкретное воспоминание, он описал приведенную ниже цепочку событий.

- Он гулял со своим отцом
- Его отец рассказывал о людях на работе.
- Он изо всех сил пытался понять, о чем говорит его отец, и его сердце начало учащенно биться.
- Он начал слышать бормотание.
- Он связал свой дистресс с бормотанием и пришел к выводу, что это, должно быть, демоны.
- Он увидел опушку леса и тьму. Он стал более тревожным.
- Он смотрел в землю, чтобы избежать “демонов”.
- У него в голове возник образ демонов на опушке леса.
- Он уехал домой.

Представив эту функциональную цепочку, пациент смог понять, что независимо от того, были эти демоны на самом деле или нет, он не смог провести много времени со своим отцом, и это время было потеряно. Вдобавок он осознал, что опущенный взгляд мешал ему оценить ситуацию, и он оказался наедине со своими внутренними страхами в окружении демонов. В свою очередь, пациент согласился совершить еще одну прогулку со своим отцом возле леса, где он научил отца некоторым навыкам осознанности, которые он освоил во время

сеанса. Во время обучения навыкам осознанности и их практики отец не может говорить слишком быстро, и пациент не чувствует себя подавленным. Обучение отца этому новому навыку также помогает укрепить глубинное убеждение пациента в своей способности и ценности, что противоречит его убеждениям в собственной некомпетентности и незначительности, которые проявились во время первоначальной прогулки. Активация этих убеждений повышает его склонность к размышлению и отказу от взаимодействия. По мере того, как они вдвоем практикуют осознанность и гуляют вместе, пациент получает больше данных из окружающей среды, что снижает его стресс и позволяет ему оставаться в контакте с отцом.

После этого поведенческого эксперимента когнитивная реструктуризация во время сеанса помогла пациенту осознать, что он может противостоять тревоге ситуации, и что он оказался весьма полезным своему отцу и другим. Он также понял, что его стресс часто возникал из-за ложного восприятия угрозы, и что эмоциональное мышление только еще больше усугубляло этот дистресс. Со временем он получил больше опыта общения с отцом, и лес перестал казаться ему страшным. Окрыленный мыслью о том, что ему ничего не угрожает и что он на самом деле в безопасности, пациент начал подвергаться воздействию галлюцинаций во время сеанса, чтобы продемонстрировать свою способность управлять ими (например, ярко представляя, как он в последний раз видел демонов, а затем замолкая на 30 секунд). Эта экспозиция позволила пациенту осознать, что он может делать галлюцинации громче и тише по своему желанию, таким образом снижая их предполагаемый контроль. В конце концов, он пришел к выводу, что галлюцинаций не стоит бояться, потому что они находятся под его контролем.

Как психотерапевт, вы также можете помочь пациентам научиться давать событиям более точные и полезные оценки, используя сократический диалог. Благодаря этому процессу пациенты могут признать, что их галлюцинации не заслуживают доверия, даже если они могут казаться им знакомыми и полезными. Например, представьте себе студента колледжа, который часто слышал голоса, рассказывающие ему страшные вещи (например, что полиция уже в пути, и что его все ненавидят). Отвлеченный голосами, он не мог сосредоточиться на занятиях, все время прислушиваясь к голосам и готовясь

к предупреждениям. На приеме в своем кабинете клиницист спросил этого пациента о людях, которые якобы его ненавидели. Пока парень пытался найти примеры, клиницист поощрял его назвать имя хотя бы одного человека. Парень продолжал сопротивляться. В этот момент клиницист спросил парня, что он чувствует (и что он делает), когда “эти люди” (иначе говоря, голоса) говорят ему, что все его *ненавидят*. Парень сообщил, что это вызывает у него грусть и паранойю, и что он реагирует, изолируясь от других. Строго придерживаясь со-кратического подхода, клиницист заметил, что “эти люди” трепали языком, говоря, что все его ненавидят, что заставило его чувствовать себя ужасно и привело к изоляции. Но хуже всего то, что парень вместе с клиницистом не смогли найти одного ненавистника! Затем клиницист спросил: “Что это говорит нам об этих людях?” В ответ парень сказал: “Они, должно быть, глупые”, а врач добавил: “Или лжецы?” Эти двое пришли к выводу, что даже если эти голоса реальные, они не стоят того, чтобы тратить на них свое время, и начали разрабатывать план, который должен был помочь пациенту перестать обращать внимание на голоса.

Сомнительные убеждения и галлюцинации

Помимо убеждений, связанных с контролем, властью и достоверностью, слуховые галлюцинации также могут отражать сомнительные убеждения или автоматические мысли клиента. Например, рассмотрим случай студента колледжа с низкой самооценкой, который сомневается в своей социальной желанности. Голоса говорят ему, что другие люди обзывают его отвратительными словами и насмехаются над его сексуальностью, что вызывает у него злость и беспокойство, поскольку он опасается, что станет социальным изгоем. В ответ он избегает других студентов, стоит у стены и сидит на заднем ряду аудитории. Однако такое поведение делает голоса более интенсивными, поскольку сидя на заднем ряду, этот студент получает неоднозначную информацию о социальных сигналах (например, он может видеть только затылки других студентов) и это усиливает его тревогу. Он пытается заставить голоса замолкнуть, умоляя их в своей голове, но после того, как его усилия терпят неудачу, он кричит на студентов, требуя от них прекратить. Служба безопасности кампуса выводит его из аудитории, что еще усиливает его социальный остракизм.

Терапия может повысить уверенность этого студента в себе, помогая ему понять, что социальная незащищенность — это стандартное ощущение, которое может усугубляться стрессом в колледже. Кроме того, лечение может оценить полезность его поведения избегания и продемонстрировать, насколько оно бесполезно, когда он пытается избавиться от голосов. После ряда поведенческих экспериментов студенту удается осознать, что, когда он учится в небольшом классе и его поощряют к участию, он чувствует себя лучше. В свою очередь, он разрабатывает план, чтобы отказаться от своего поведения избегания и взаимодействовать с людьми в классе и за его пределами. Он также разрабатывает более точное перефразирование своей социальной тревоги: “Что бы там ни думали обо мне другие люди, мое беспокойство по этому поводу не улучшит ситуацию, поэтому мне нужно сосредоточиться на тех, кто мне не безразличен”. Благодаря этому перефразированию он может идентифицировать потенциальные социальные связи или существующих знакомых, которых он сбрасывает со счетов. Укрепление уверенности в себе не только снижает громкость голосов и меняет их содержание, но и наделяет студента силой противостоять голосам, так что теперь его не пугает чье-либо осуждение.

Заблуждения

Заблуждения — это результат искажений в обработке информации, вызванных опасными представлениями о мире (Beck и др., 2009). В частности, когда пациенты сталкиваются с нерелевантной информацией (например, люди смеются, слышится шепот, учащенное сердцебиение), они приписывают событию личный смысл (*самореферентное искажение*) и пытаются объяснить это событие, рассматривая действия других как преднамеренные и злонамеренные (*преднамеренное искажение*). Наконец, человек связывает событие с внешней причиной (*экстернализирующее искажение*).

В совокупности это трио предубеждений искажает информацию и реальность, приводя к развитию заблуждения. Как только заблуждение закрепляется, это убеждение поддерживается так же, как и другие симптомы: посредством подтверждающего искажения. В частности, пациенты накапливают доказательства в поддержку своего заблуждения и игнорируют или сводят к минимуму опровергающие

доказательства, считая их простой случайностью. Например, ученик сидит в классе и слышит, как шепчутся другие ученики (*самореферентное искашение*), из-за чего он полагает, что все в классе осуждают его (*преднамеренное искашение*), потому что у него есть история о том, как им овладели демоны (*экстернализирующее искашение*). В свою очередь, он держится особняком и рассматривает раздаточные материалы для учеников вместо того, чтобы взаимодействовать со своими одноклассниками (*поведение избегания*). Он становится тревожным, когда другие не разговаривают с ним, и приходит к выводу, что все в классе его ненавидят. Это усугубляет его мысли об отвержении и им овладевают демоны (*подтверждающее искашение*).

Однако бредовые убеждения можно ликвидировать с помощью голоса разума и исследовать посредством мягкого сократического диалога. В бредовых убеждениях может быть доля правды, поэтому будьте осторожны и не делайте поспешных выводов. Как и при всех расстройствах, пациент уверен в правдивости своих убеждений, и даже если они не соответствуют действительности, агрессивное столкновение убеждений может поставить под угрозу лечение и заставить пациентов занять оборонительную позицию. Вместо этого определите конкретные ситуации, когда заблуждение мешает предпринять действия в направлении желаемого образа жизни; таким образом, вы сможете докопаться до мыслей, чувств и поведения, поддерживающих более широкую систему убеждений. Поняв, какая зависимость лежит в основе заблуждения, вы разработаете стратегию, нацеленную на ее менее значительные поддерживающие факторы и улучшающую функционирование.

Возвращаясь к ученику, который считает, что другие знают о его истории одержимости демонами, вы можете использовать сократический диалог, чтобы помочь ему оценить конструктивность его заблуждения (например, оно заставляет его чувствовать себя хуже, вызывает смущение в социальных ситуациях и мешает ему взаимодействовать с людьми, чтобы убедиться в их благосклонном отношении). Придя к выводу, что его заблуждения бесполезны, ученик может решить начать ходить на вечеринки независимо от мнения других. Со временем он обнаруживает, что нравится большинству людей. В этом примере клиницист не бросает вызов заблуждению, а, скорее, атакует одну часть заблуждения, которая способствует изоляции пациента.

Благодаря более активному социальному взаимодействию у ученика остается меньше времени на размышления о бредовых убеждениях, благодаря чему он почти перестает их замечать.

Для других пациентов заблуждения служат компенсацией низкой самооценки. В таких ситуациях вам необходимо определить основные убеждения пациента, выяснить, какую потребность удовлетворяет его заблуждение, и разработать другое стереотипное поведение, которое удовлетворит эту потребность в долгосрочной перспективе. Например, представьте себе пациента, который живет заблуждением о том, что ему принадлежит больница, в которой он находится. Вы можете начать с вопроса: “Что хорошего в том, чтобы владеть больницей?” Задавая этот вопрос, вы не подтверждаете бредовое убеждение в том, что он владеет больницей, поскольку на этот вопрос может ответить любой человек. Пациент отвечает: “У вас есть полномочия, и вас уважают”. Этот ответ дает вам два факта: (1) потребность, которую необходимо удовлетворить и (2) представление об основном убеждении. В частности, этот пациент нуждается в полномочиях и уважении, что указывает на то, что у него, вероятно, есть глубинные основные убеждения в своей неспособности и беспомощности. Его заблуждение удовлетворяет эту потребность и компенсирует его основные убеждения, даже несмотря на насмешки со стороны других людей.

В этой ситуации терапевтический подход состоит из ряда шагов. Для начала клиницист вовлекает пациента в терапевтические отношения, чтобы выработать новые убеждения относительно способностей и уважения (посредством совместной деятельности и обмена идеями). Этот прайминг удовлетворяет потребность, обслуживаемую заблуждением, и зацикленность пациента на заблуждении снижается. Со временем эти взаимодействия служат примерами для создания рутин, удовлетворяющих потребность в заблуждении. Эти рутинны вносятся в график активности для их систематизации и, в конечном итоге, пациент может реструктурировать свои представления о своих способностях и уважении на основе опыта, полученного в ходе выполнения этих рутин.

КПТ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Помимо помощи в устраниении психотической симптоматики, КПТ также может играть важную роль в соблюдении предписаний в отношении приема медикаментов, поскольку она помогает пациентам конструктивно подходить к лечению, учитывать плюсы и минусы различных лекарств и принимать обоснованные решения об их использовании. КПТ помогает пациентам осознать, что, независимо от того, нуждаются они, по их мнению, в лекарствах или нет, непоследовательное использование лекарственных препаратов не пойдет им на пользу. Вначале пациенты могут принять решение продолжить прием лекарств, “чтобы получить полную дозу КПТ”, а затем поработать со своим психиатром над снижением дозировки. Другие могут предпочесть продолжать принимать лекарства на неопределенный срок, хотя есть данные, свидетельствующие об ограниченной пользе длительного применения антипсихотических средств (Harrow, Jobe, & Faull, 2012).

Независимо от того, принимают пациенты лекарства на краткосрочной или долгосрочной основе, цель лечения психоза — помочь им восстановить качество своей жизни. Часто бывает необходимо помочь им вернуться в социальный мир, помогая наладить испорченные отношения, восстановить связь с людьми из их прошлого и создать новые связи. Постепенное возвращение в профессиональный мир, даже на неоплачиваемой основе, важно для пациентов, чтобы развить уверенность в своих силах и обрести чувство выполненного долга. Для пациентов, подверженных резким сменам настроения — неизбежным спутникам дистресса — критически важно обрести радость в жизни, вернуть прошлые удовольствия и исследовать новые возможности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Beck, A. T. (1964). Thinking and depression II: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561–571.
3. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–289). New York, NY: Raven Press.
4. Beck, A. T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Science*, 487(1), 90–96.
5. Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York, NY: HarperCollins.
6. Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190–195.
7. Beck, A. T., Butler, A., Brown, G., Dahlsgaard, K., Newman, C., & Beck, J. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior Research and Therapy*, 39(10), 1213–1225.
8. Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
9. Beck, A. T., & Emery, G. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (Rev. ed.). New York, NY: Basic Books.
10. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352.

11. Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York, NY: Guilford.
12. Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
13. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993a). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
14. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993b). *Manual for the Beck Hopeless Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
15. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
16. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
17. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford.
18. Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
19. Bentall, R. P. (2009). *Doctoring the mind*. New York, NY: New York University Press.
20. Brinen, A. P., & Beck, A. T. (2016). Cognitive Behavior Therapy for Psychosis (CBTp) and Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R): What is the difference? *Beck Institute for Cognitive Therapy*. Retrieved from <https://beckinstitute.org/cbtp-ct-r-whats-difference/>
21. Burns, D. D. (1995). *Therapist's toolkit: Comprehensive treatment and assessment tools for the mental health professional*. Philadelphia, PA: Author.
22. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
23. Clark, D. A., & Beck A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York, NY: Guilford.
24. Clark, D. M., & Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: From theory to therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary*

- cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 141–160). New York, NY: Guilford Press.
25. Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (1992). Relapse prevention: Cognitive and behavioral interventions. In J. Lowinson, R. Ruiz, R. Millman, & J. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp. 533–542). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
 26. Dobson, K. S. (2012). *Cognitive therapy*. Washington, DC: APA Books.
 27. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.
 28. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York, NY: Oxford University Press.
 29. Fochtmann, L. J., & Jacobs, D. G. (2015). Suicide risk assessment and management in practice: The quintessential clinical activity. *Academic Psychiatry*, 39(4) 490–491.
 30. Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for lowfunctioning clients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 121–127.
 31. Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia clients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42(10), 2145–2155.
 32. Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44(4), 668–674.
 33. Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York, NY: Guilford.
 34. Liese, B.S., & Franz, R.A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy: Lessons learned and implications for the future. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 470–508). New York, NY: Guilford.
 35. McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.

36. Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomized controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395–1403.
37. Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2001). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
38. Posner, K., Brown, G. K., & Stanley, B. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal Psychiatry*, 168, 1266–1277.
39. Rector, N., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 278–287.
40. Rector, N., Seeman, M. V., & Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1–11.
41. Salkovskis, P. M. (1996). Avoidance behavior is motivated by threat beliefs: A possible resolution of the cognitive-behavior debate. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioral therapies* (pp. 25–41). Chichester, UK: Wiley.
42. Segal, Z., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.
43. Sokol, L., & Fox, M. G. (2009). *Think confident, be confident: A four-step program to eliminate doubt and achieve lifelong self-esteem*. New York, NY: Perigee.
44. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256–264.
45. van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), 30–37.

46. Weishaar, M., & Beck, A. T. (1992). Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 4, 185–192.
47. Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal clients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: APA Books.
48. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523–537.
49. Young, J., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
50. Young, J., & Beck, A. T. (1988). *Revision of Cognitive Therapy Scale*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
51. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126.

Цей практичний посібник, який написано для фахівців в області психічного здоров'я, студентів, лікарів, вчителів та клініцистів всіх рівнів, містить велику кількість практичних і простих для розуміння засобів, які допоможуть застосувати теорію на практиці. Він допоможе навчити пацієнтів правилам ефективного використання подолання життєвих труднощів, які зміцнять їх впевненість у собі та позбавлять від сумнівів у власних силах, а саме це є найбільш важливою частиною лікування.

Науково-популярне видання
Сокіл, Леслі, Фокс, Марсі Г.

Когнітивно-поведінкова терапія
Практичний посібник
(Рос. мовою)

Зав. редакцією С. М. Тригуб

Із загальних питань звертайтеся до видавництва “Діалектика” за адресою:
info.dialektika@gmail.com, <http://www.dialektika.com>

Підписано до друку 25.11.2020. Формат 60x90/16
Ум. друк. арк. 24,0. Обл.-вид. арк. 24,8
Зам. № 20-3596

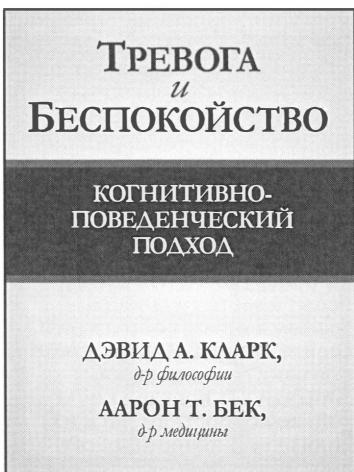
Видавець ТОВ “Комп’ютерне видавництво “Діалектика”
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

Надруковано ТОВ “АЛЬФА ГРАФІК”
03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 42
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6838 від 09.07.2019.

ТРЕВОГА И БЕСПОКОЙСТВО

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Дэвид А. Кларк
Аарон Т. Бек



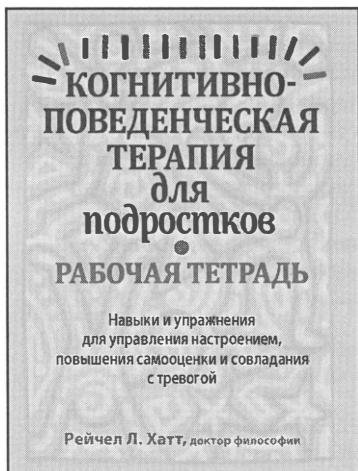
Книга *Когнитивно-поведенческий подход*, написанная признанными специалистами в области когнитивно-поведенческой терапии, — отличное пособие по самопомощи для всех, кто склонен к излишним переживаниям; также ее найдут несомненно полезной и профессиональные психологи, непосредственно работающие с клиентами.

www.dialektika.com

ISBN 978-5-907144-49-1 в продаже

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ

Рейчел Л. Хатт



www.dialektika.com

Эта рабочая тетрадь создана для подростков, испытывающих сложности с самооценкой и трудности в управлении такими эмоциями, как грусть, гнев и тревога. Рабочая тетрадь даст навыки совладания с эмоциями, но не заменит профессионального психотерапевта. Если после ее изучения вы обнаружите, что все еще испытываете трудности, возможно, стоит обратиться к специалисту, который поможет применить эти навыки. Книга будет полезна не только подросткам, но и их родителям, которые хотят найти общий язык с детьми и помочь им сориентироваться в быстро меняющемся современном мире. Рабочую тетрадь могут применять и медицинские работники, консультирующие подростков, у которых есть проблемы с самооценкой и управлением эмоциями гнева, грусти, тревоги, и желающие выработать у своих клиентов когнитивно-поведенческие навыки.

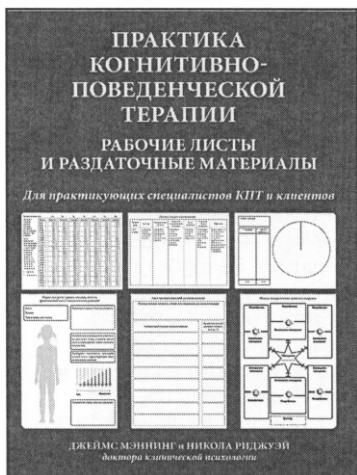
ISBN 978-5-907203-69-3

в продаже

ПРАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

РАБОЧИЕ ЛИСТЫ И РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

**Д-р Джеймс Мэннинг
и д-р Никола Риджуэй**



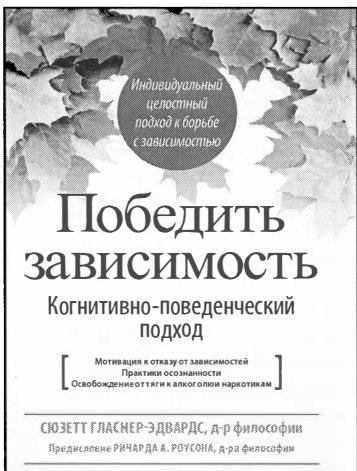
www.dialektika.com

В этой книге собраны все базовые рабочие листы, необходимые в когнитивно-поведенческой терапии при лечении депрессии, тревоги, навязчивых мыслей и состояний, панических расстройств, социальной тревожности и т.д. Все листы сопровождаются объяснениями и примерами заполнения, а также иллюстрациями и кратким экскурсом в нейрологию для понимания процессов возникновения навязчивых и тревожных состояний. Для проработки каждого дистресса предлагаются специализированные листы, дневники, графики и т.п., которые психотерапевт может комбинировать с учетом особенностей каждого клиента. Книга предназначена для практикующих терапевтов КПТ и их клиентов; может использоваться для самостоятельного заполнения клиентами, не проходящими терапию.

ISBN 978-5-907203-70-9 в продаже

ПОБЕДИТЬ ЗАВИСИМОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Сьюзетт Гласнер-Эдвардс



www.dialektika.com

Первый шаг на пути избавления от алкогольной или наркотической зависимости — признать наличие проблемы. Если вы держите в руках эту книгу, значит, вам хватило мужества взглянуть правде в глаза и вы уже сделали первый шаг по пути возвращения к полноценной, насыщенной жизни. Чтобы вам было проще пройти этот путь, изучите предлагаемые в этой книге методики, основанные на когнитивно-поведенческой терапии. Разработанный автором подход семи шагов поможет вам сохранять воздержание от алкоголя и наркотиков, преодолевать тягу, распознавать предвестники срывов, избегать рецидивов, уклоняться от потенциально опасных ситуаций и не терять уверенности в победе даже если случится оступиться. Книга представляет собой пособие по самопомощи для проходящих терапию зависимости, но будет интересна также и специалистам-аддиктологам.

ISBN 978-5-907203-06-8

в продаже

ПРАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

РАБОЧИЕ ЛИСТЫ И РАЗДАТОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

**Д-р Джеймс Мэннинг
и д-р Никола Риджуэй**



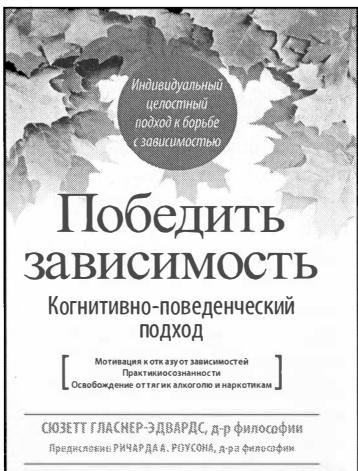
www.dialektika.com

В этой книге собраны все базовые рабочие листы, необходимые в когнитивно-поведенческой терапии при лечении депрессии, тревоги, навязчивых мыслей и состояний, панических расстройств, социальной тревожности и т.д. Все листы сопровождаются объяснениями и примерами заполнения, а также иллюстрациями и кратким экскурсом в нейрологию для понимания процессов возникновения навязчивых и тревожных состояний. Для проработки каждого дистресса предлагаются специализированные листы, дневники, графики и т.п., которые психотерапевт может комбинировать с учетом особенностей каждого клиента. Книга предназначена для практикующих терапевтов КПТ и их клиентов; может использоваться для самостоятельного заполнения клиентами, не проходящими терапию.

ISBN 978-5-907203-70-9 в продаже

ПОБЕДИТЬ ЗАВИСИМОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Сьюзетт Гласнер-Эдвардс



www.dialektika.com

Первый шаг на пути избавления от алкогольной или наркотической зависимости — признать наличие проблемы. Если вы держите в руках эту книгу, значит, вам хватило мужества взглянуть правде в глаза и вы уже сделали первый шаг по пути возвращения к полноценной, насыщенной жизни. Чтобы вам было проще пройти этот путь, изучите предлагаемые в этой книге методики, основанные на когнитивно-поведенческой терапии. Разработанный автором подход семи шагов поможет вам сохранять воздержание от алкоголя и наркотиков, преодолевать тягу, распознавать предвестники срывов, избегать рецидивов, уклоняться от потенциально опасных ситуаций и не терять уверенности в победе даже если случится оступиться. Книга представляет собой пособие по самопомощи для проходящих терапию зависимости, но будет интересна также и специалистам-аддиктологам.

ISBN 978-5-907203-06-8

в продаже

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ЧАЙНИКОВ

2-Е ИЗДАНИЕ

**Рена Бранч
Роб Уилсон**



Эта книга призвана познакомить читателя с когнитивно-поведенческой терапией и той помощью, которую она оказывает в решении распространенных эмоциональных проблем, в частности, в контролировании зависимостей. Авторы описывают действенные методы изменения мышления и эмоциональных реакций, приводят примеры реальных случаев из своей терапевтической практики. Эта книга — ваш надежный спутник на пути к улучшению своего психологического состояния.

В книге рассмотрены следующие темы:

- основные принципы КПТ
- проблемы, которые помогает решить КПТ
- стратегии, методики и инструменты КПТ
- основы самопомощи
- навыки самоконтроля

www.dialektika.com

ISBN 978-5-907114-55-5 в продаже

ПРАКТИЧЕСКАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ЛАЙЗА УИД ФАЙФЕР,
АМАНДА К. КРАУДЕР,
ТРЕЙСИ ЭЛСЕНРААТ,
РОБЕРТ ГАЛЛ



www.dialektika.com

Книга представляет собой сборник упражнений для подкрепления традиционных методов когнитивно-поведенческой терапии и способствует развитию у ребенка социальных навыков. В отличие от традиционной психотерапии эта книга дополняют речевое взаимодействие невербальной активностью, способствуя личностному росту детей, испытывающих трудности с рефлексией и изменением негативных мыслей. В основе книги — знания и опыт школьных психологов, социальных работников и психотерапевтов. Книга ориентирована на практикующих специалистов и содержит краткие и конкретные решения по распространенным проблемам психического здоровья детей и подростков.

ISBN 978-5-907203-31-0 в продаже

“Когнитивно-поведенческая терапия. Практическое руководство — это действительно универсальный инструмент для любого студента или профессионала, который намеревается практиковать КПТ в ее наиболее достоверной и научно обоснованной форме. Сокол и Фокс достигли идеального баланса между первоклассным академическим учебником и ясным, кратким ресурсом, дополненным превосходными рабочими листами. Предстоящий успех этой книги и вызванный ею восторг вполне заслужены”.

— Аарон Т. Бек,
доктор медицины,

почетный профессор психиатрии Пенсильванского университета

Это практическое пособие, написанное для специалистов в области психического здоровья, студентов, врачей, учителей и клиницистов всех уровней, содержит большое количество практических и простых для понимания инструментов, которые помогут вам применить теорию на практике.

Написанное доступным языком, это руководство содержит множество рабочих листов, копинг-карточек, пошаговых планов и практических занятий. Оно поможет вам научить пациентов эффективным навыкам преодоления жизненных трудностей, которые укрепят их уверенность в себе и избавят от сомнений в собственных силах, а именно это и является наиболее важной частью лечения. Благодаря описанным в книге средствам, пациенты смогут избавиться от множества проблем, включая:

- Депрессию
- Биполярное расстройство
- Тревогу
- Гнев
- Злоупотребление алкоголем или наркотиками
- Расстройство личности
- ПТСР
- Склонность к самоповреждению и суициду
- Психоз



Лесли Сокол, доктор философии, лицензированный психолог, является всемирно признанным лидером в области когнитивно-поведенческой терапии с более чем 35-летним опытом практики, преподавания и исследований. Она является выдающимся основателем Академии когнитивной терапии и ее бывшим президентом. Доктор Сокол — соавтор множества книг.



Марси Г. Фокс, доктор философии, лицензированный психолог, более 25 лет занимается частной практикой, специализируется на когнитивно-поведенческой терапии и является соавтором множества книг. Большую часть своей карьеры она проработала в Институте когнитивно-поведенческой терапии им. Бека. Являясь соучредителем Академии когнитивной терапии и сертифицированным врачом/консультантом, она обучает людей КПТ как на национальном, так и на международном уровне.

ISBN 978-617-7874-43-9



20148

Комп'ютерне видавництво
“ДІАЛЕКТИКА”
www.dialektika.com

Изображение на обложке:
©Depositphotos.com/2645170
Автор: Taden1

9 786177 874439