

Под редакцией Дэвида Барлоу

КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

3-е издание

Перевод с английского под редакцией
профессора Э. Г. Эйдемиллера

Москва ■ Санкт-Петербург ■ Нижний Новгород ■ Воронеж
Ростов-на-Дону ■ Екатеринбург ■ Самара ■ Новосибирск
Киев ■ Харьков ■ Минск
2008

ББК 88.484
УДК 616.89

К49 **Клиническое руководство по психическим расстройствам** Под ред.
Д. Барлоу. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912 с: ил.
ISBN 978-5-94723-046-8

Книга представляет собой современное клиническое руководство по психическим расстройствам, выпущенное под редакцией крупного американского специалиста Дэвида Барлоу. В издании приведены авторские методики когнитивной, поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии при психических расстройствах от биполярного аффективного расстройства до зависимостей. Главы руководства написаны создателями методик и содержат изложение не только теоретического, исследовательского, но и чисто практического материала, что определяет бесспорную ценность издания для практикующих специалистов.

Для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, врачей общей практики и представителей смежных специальностей.

ББК 88.484
УДК 616.89

Права на издание получены по соглашению с The Guilford Press.
Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 1-57230-611-4 (англ.)
ISBN 978-5-94723-046-8

The Guilford Press, 2001
Перевод на русский язык ООО «Питер Пресс», 2008
Издание на русском языке, оформление ООО «Питер Пресс», 2008

Оглавление

Предисловие к русскому изданию	9
Об авторе	13
Авторы	14
Предисловие	16
Глава 1. Паническое расстройство и агорафобия	18
Природа паники и агорафобии	19
Общие сведения	21
История психотерапии панического расстройства с агорафобией и без нее	23
Когнитивно-поведенческие представления о паническом расстройстве с агорафобией и без нее	23
Особенности вмешательства	28
Исследование сравнительной эффективности вмешательств при паническом расстройстве на базе нескольких центров	37
Оценка	38
Компоненты когнитивно-поведенческой психотерапии	47
Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии	56
Описание вмешательства: методика проведения	61
Заключение	89
Литература	91
Глава 2. Посттравматическое стрессовое расстройство	102
Исторические аспекты постановки диагноза и распространенность расстройства	102
Теоретические модели ПТСР	106
Оценка	НО
Терапия	116
Случай из практики	129
Литература	172
Глава 3. Социальное тревожное расстройство	178
Психопатология и эпидемиология	179
Эффективность сочетанной когнитивной и экспозиционной терапии ...	184
Объединенная когнитивно-поведенческая модель	188
Общие принципы когнитивно-поведенческой групповой терапии	192
Диагностическое исследование перед вмешательством	196
Обзор хода КПГТ	203
Случай из практики	211
Заключение и выводы	230
Литература	230
Глава 4. Генерализованное тревожное расстройство	236
Обзор: определение и отличительные особенности	236

Распространенность, клиническое течение и сопутствующие расстройства	241
Концептуальные модели ГТР	243
Обзор литературы, посвященной оценке результатов вмешательства	246
Содержание психотерапии	252
Оценка состояния пациента	255
Обзор методики вмешательства	268
Процесс вмешательства	268
Стенограммы вмешательства	284
Заключение.....	307
Литература.....	307
Глава 5. Обсессивно-компульсивное расстройство	312
Определение	313
Клиническая картина	314
Распространенность и течение ОКР	315
Сопутствующая патология	315
Дифференциальная диагностика.....	316
Теоретические модели	319
Вмешательства	324
Диагностическое обследование	337
Первичное интервью	338
Программа интенсивного вмешательства.....	349
Случай из практики	360
Осложнения при проведении вмешательства Э/ПР	378
Заключение.....	383
Литература.....	385
Глава 6. Когнитивная психотерапия при депрессии	391
Обзор и исследования.....	391
Когнитивная модель депрессии	399
Особенности психотерапии	405
Сотрудничество	407
Процесс когнитивной психотерапии.....	410
Этап 1: редукция симптоматики	413
Этап 2: вмешательство, сфокусированное на схемах, с целью профилактики рецидивов	437
Заключение.....	446
Примечания	447
Литература	448
Глава 7. Межличностная психотерапия при депрессии и других расстройствах.....	454
Доказательства эффективности МЛТ	455
Рекомендации по проведению вмешательства МЛТ	457
Адаптация МЛТ к случаям депрессии разного генеза.....	458
Подход МЛТ.....	462
Случай из практики: мужчина, застывший от скорби	475

Ограничения вмешательства МЛТ	482
Литература.....	484
Глава 8. Расстройства пищевого поведения	487
Классификация и диагноз	487
Этиология НБ	489
Методы терапии НБ	492
Контекст психотерапии	498
Диагностическое исследование	502
Процесс вмешательства	505
Случай из практики	507
Вмешательство в соответствии с методикой и клиническая практика . . .	536
Клинические проблемы	537
Выводы и рекомендации.....	542
Литература.....	543
Глава 9. Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	548
Социальный контекст употребления алкоголя, связанные с алкоголем проблемы и их лечение.....	549
Определение и диагностика проблем, связанных с употреблением алкоголя	552
Теоретический подход	555
Клиническое применение теоретического подхода	561
Пример из практики	602
Факторы, связанные с успешной или неудачной терапией	621
Заключение.....	622
Примечания	623
Литература.....	623
Глава 10. Кокаиновая зависимость.....	628
Обзор	628
Определение клинического расстройства	631
Оценка	634
Подход к терапии на основе подкрепления со стороны окружения в сочетании с ваучерами.....	642
Проведение вмешательства: случай из практики.....	662
Заключительные комментарии	672
Литература	673
Глава 11. Диалектическая поведенческая психотерапия при пограничном расстройстве личности	677
Обзор других подходов к вмешательству	682
Диалектическая поведенческая терапия	687
Структурирование вмешательства: функции и формы.....	700
Стратегии вмешательства	707
ДПТ у клиентов с пагубным употреблением психоактивных веществ . . .	724
Случай из практики	724
Стенограммы	731
Примечание	745
Литература.....	747

Глава 12. Биполярное аффективное расстройство.....	752
Диагностика биполярного расстройства.....	753
Лекарственная терапия и течение биполярного расстройства.....	757
Модель рецидивов, основанная на концепции предрасположенности —	
стресса.....	760
Исследование результатов вмешательства	763
Контекст психотерапии.....	767
Оценка состояния до вмешательства	771
Процесс вмешательства	776
Случай из практики	789
Заключение.....	801
Будущие направления.....	802
Благодарности	803
Литература.....	803
Глава 13. Сексуальная дисфункция	808
Важные достижения в изучении сексуальности	809
Определение сексуальных дисфункций	810
Биопсихосоциальный подход к причинным факторам	815
Контекст диагностики и терапии	824
Диагностика и вмешательство	828
Случай из практики	856
Заключительные комментарии.....	870
Литература.....	871
Глава 14. Дистресс у пар.....	875
Традиционная поведенческая терапия для пар	876
«Интегративная» терапия.....	877
Этиология дистресса у пар	878
Проведение ИПТП	879
Случай из практики: Анна и Марк	891
Заключение.....	902
Примечания	902
Литература	903
Приложение.....	905

Паническое расстройство и агорафобия¹

Майкл Дж. Краск,
Дэвид Х. Барлоу

В главе приведена технология психологического вмешательства, эффективность которого эмпирически подтверждена. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что данный подход имеет существенные преимущества по сравнению с плацебо или другими психосоциальными вмешательствами, использующими так называемые «общие» факторы, в частности позитивные ожидания и действенные терапевтические альянсы. Кроме того, описываемое вмешательство, по мнению участников согласительной конференции, проведенной Национальным институтом психического здоровья, эффективно при паническом расстройстве и должно быть приведено во всех соответствующих руководствах. Сравнительно недавно была проведена крупномасштабная оценка этой технологии вмешательства на базе нескольких центров, как при его самостоятельном применении, так и в сочетании с медикаментозной терапией; убедительно продемонстрированы его преимущества, а стойкость полученных результатов превзошла все ожидания. Вместе с тем этот подход продолжает развиваться. В данной главе представлена его последняя версия, включившая в себя многочисленные изменения и добавления, которые были сделаны с момента выхода в свет второго издания данного «Руководства».

Дэвид Х. Барлоу

Продолжается работа по осмыслению когнитивно-поведенческих предпосылок вмешательства при паническом расстройстве и агорафобии. Результаты многочисленных экспериментальных, клинических и проспективных² исследований подтверждают представления о паническом расстройстве как приобретенном страхе некоторых телесных ощущений, агорафобии как поведенческой реакции на предвосхищение этих телесных ощущений и их кульминации — развернутом приступе паники. Кроме того, считается доказанной эффективность когнитивно-поведенческих вмешательств, нацеленных на страх телесных ощущений и связанные с ними агорафобические ситуации. В дополнение к обзору известных на сегодняшний день результатов психотерапевтических вмешательств в главе приводится описание последних теоретических и практических разработок, посвященных роли сопутствующих диагнозов, действенности при агорафобии методов

¹ По МКБ-10 - F 40,0, F 40,01. - *Примеч. науч. ред.*

² Катамнестических. — *Примеч. науч. ред.*

психотерапии, разработанных для случаев паники, а также способов достижения стойких изменений и использования когнитивно-поведенческих подходов в сочетании с медикаментозной терапией. Глава завершается подробным описанием — сессия за сессией — технологии когнитивно-поведенческого вмешательства при паническом расстройстве, сопровождающемся агорафобией (ПРА, *panic disorder with agoraphobia, PDA*), или паническом расстройстве без агорафобии (ПР, *PD*; обратите внимание, что наряду с этим продолжает использоваться общий термин «паническое расстройство»). Предлагаемая технология была разработана в наших клиниках и получила название «вмешательство по контролю паники» (ВКП, *panic control treatment, PCT*). Полностью технология подробно описана в опубликованных руководствах по психотерапевтическому вмешательству (Barlow & Craske, 2000; Craske, Barlow, & Meadows, 2000).

Природа паники и агорафобии

Приступы паники представляют собой отдельные эпизоды сильного волнения или страха, сопровождающиеся характерными физическими и когнитивными симптомами, которые перечислены в четвертом издании «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994). Приступ паники отличается внезапным началом и небольшой продолжительностью в отличие от постепенно развивающегося тревожного возбуждения. Приступы паники при паническом расстройстве часто возникают неожиданно, т. е., по мнению клиента, без всяких очевидных причин и в самое неподходящее время.

Подобно всем основным эмоциям (Izard, 1992), приступы паники сопровождаются непреодолимым стремлением к деятельности; чаще всего возникает желание спастись бегством, гораздо реже появляется настоятельная потребность вступить в борьбу. Другими словами, считается, что приступы паники отражают активацию системы «борьбы-бегства». В довершение ко всему приступы паники обычно сопровождаются возбуждением вегетативной нервной системы, что необходимо для обеспечения реактивности по типу «бегства-борьбы». Более того, само ощущение неизбежной угрозы или опасности, например смерти, утраты контроля, насмешек со стороны окружающих, вызывает реакцию «борьбы-бегства». Вместе с тем стремление спастись, возбуждение периферической нервной системы и восприятие угрозы не обязательно присутствуют (судя по результатам самоотчетов) в каждом случае паники, следовательно, периодически возникают расхождения между системами поведенческой, вербальной и физиологической реактивности (см. Lang, 1971; Rachman & Hodgson, 1974). Так, исследователи (Margraf, Taylor, Ehlers, Roth, & Agras, 1987) обнаружили, что 40% приступов паники (по данным самоотчетов) не сопровождались повышением частоты сердечных сокращений. Поскольку такое расхождение между физиологической и вербальной реактивностью более характерно для не очень угрожающих ситуаций (Rachman & Hodgson, 1974), мы полагаем, что сообщения о панике в отсутствие активации вегетативной нервной системы соответствуют скорее тревоге ожидания, а не панике в общепринятом смысле этого слова (Barlow, Brown, & Craske, 1994). Кроме того, пациенты с паническим расстройством гораздо чаще, чем субъекты с низкой тревожностью, сообщают о нарушениях сердечного ритма, когда

в действительности аритмии у них не наблюдается (Barsky, Clearly Sarnie, Rus-kin, & Jeremu, 1994). Повышенное внимание к признакам возбуждения вегетативной нервной системы и интерпретация этих сигналов как угрожающих могут привести к тому, что клиент ощущает сердечный приступ, которого нет на самом деле (Barlow et al., 1994; Craske & Tsao, 1999). Еще одним примером рассогласования различных систем реактивности является отрицание ощущений угрозы или опасности, несмотря на признаваемый выраженный страх. Такое явление получило название «неосознаваемая паника» (Rachman, Lopatka, & Levitt, 1988). Наконец, стремление спастись бегством иногда подавляется вследствие ситуационных потребностей продолжать двигаться вперед, не отступать, например, при желании выглядеть настоящим мужчиной или по профессиональной необходимости; таким образом, возникает несоответствие между поведенческой реакцией, с одной стороны, и вербальной и физиологической реакцией — с другой.

Приступы паники встречаются довольно часто. Во-первых, приблизительно 3-5% населения испытывало приступы паники за последние 12 месяцев, хотя большинство этих людей не отвечают другим критериям панического расстройства (Norton, Cox, & Malan, 1992).

Во-вторых, приступы паники характерны для множества самых разных тревожных расстройств и расстройств настроения (Barlow et al., 1985) и не обязательно являются признаком панического расстройства. Соответственно отличительной особенностью панического расстройства являются не сами по себе приступы паники; обязательным условием служит дополнительная тревога по поводу повторения приступов или их последствий либо же выраженные изменения поведения в связи с приступами паники. Дополнительная тревога по поводу возникновения паники в сочетании с представлениями о катастрофических ее последствиях отличают человека с паническим расстройством от случаев преходящей субклинической паники (см., например, Telch, Lucas, & Nelson, 1989), а также от страдающих другими тревожными расстройствами, проявляющимися в том числе паникой. В качестве примера приведем следующую беседу между клиентом (К) и психотерапевтом (П).

К: Иногда я лежу ночью и размышляю о миллионах возможных событий — я представляю себе, что будет с моей дочерью, если я вдруг заболею, кто за ней присмотрит, или мой муж умрет, и у нас не наберется достаточно денег, чтобы дать дочери хорошее образование. Потом я начинаю думать о том, где и на что мы будем жить. Временами я довожу себя до того, что у меня начинается сердцебиение, ладони покрываются потом, возникают головокружение и чувство страха. Поэтому я вынуждена избегать подобных мыслей — обычно, чтобы отвлечься от них, включаю телевизор.

П: Бывает, что эти ощущения, то есть сердцебиение, головокружение, потливость, пугают вас настолько, что вы начинаете бояться их повторения?

К: Нет. Конечно, они неприятны, однако это мало заботит меня — я тревожусь за дочь и наше будущее.

Описанный сценарий иллюстрирует переживание паники, которая не находится в центре внимания человека. Скорее всего, эта женщина страдает генерализованным тревожным расстройством, а неконтролируемое беспокойство иногда достигает уровня паники. В следующем примере описан случай социальной фобии, когда человек боится приступов паники в социально значимых ситуациях,

поскольку возможность возникновения приступа паники связана с боязнью осуждения со стороны окружающих.

- К: Я боюсь того, что приступ паники у меня может возникнуть на работе, во время собраний. Я с ужасом думаю о том, что окружающие могут заметить мою тревогу. Все увидят, что у меня дрожат руки, лоб покрывается испариной и, что хуже всего, мое лицо краснеет.
- П: Чего именно вы боитесь, представляя себе, что окружающие могут заметить вашу тревогу?
- К: Они подумают, что я странная или немного не в себе.
- П: Так же бы вы тревожились во время собраний, если бы приступы паники можно было бы с гарантией предотвратить?
- К: Я по-прежнему боялась бы сказать или сделать что-нибудь не так. На самом деле меня беспокоят не сами приступы паники.
- П: Испытываете ли вы беспокойство в связи с возможностью паники в других ситуациях?
- К: Нет, только во время формальных событий и, возможно, когда впервые встречаюсь с кем-либо.

Агорафобия означает избегание или переживание ужаса в ситуациях, из которых нельзя или чрезвычайно трудно уйти, а помощи ждать неоткуда; при этом возникает приступ паники или развиваются симптомы, приводящие человека в замешательство или выводящие из строя, например утрата контроля над функцией кишечника или приступ рвоты. К типичным ситуациям, в которых проявляется агорафобия, относятся посещение супермаркетов, стояние в очереди, поездка на автомобиле или в автобусе, посещение переполненных ресторанов, пребывание в театре и состояние одиночества. Легкую агорафобию испытывает человек, который тревожится по поводу необходимости одному подолгу вести машину, но продолжающий пользоваться машиной для поездок на работу и с работы; тот, кто предпочитает сидеть в проходе между рядами, но все-таки упорно ходит в кинотеатр, или ощущает дискомфорт в людных местах. Умеренной агорафобией страдает тот, например, кто не может отъехать от дома больше чем на 3 км, да и то в сопровождении другого человека; кто избегает ходить в магазины в часы пик, никогда не заходит в большие супермаркеты, не пользуется авиатранспортом и не ездит на поездах. Тяжелая агорафобия существенно снижает мобильность человека, иногда вынуждая его не выходить из дому. Ниже взаимосвязь паники с агорафобией будет обсуждаться более подробно.

Общие сведения

Считается, что от 2 до 6% популяции на том или ином этапе своей жизни страдает паническим расстройством с агорафобией или без нее (Kessler et al, 1994; Myers et al., 1984). Как правило, за помощью к специалистам обращаются лица в возрасте 34 лет, хотя средний возраст появления, первых симптомов варьирует от 23 до 29 лет (Breier, Charney, & Heninger, 1986; Craske, Miller, Rotunda, & Barlow, 1990; Noyes et al., 1986); кроме того, о приступах паники сообщает большое число подростков (см., например, Hayward et al., 1992; King, Gullone, Tonge, & Ollendick, 1993). Большинство обратившихся за помощью (приблизительно 72%; Craske et al., 1990) указывают на явное действие стрессоров в момент возникновения

первого приступа паники. Это могут быть факторы, связанные с межличностным общением, или же угрожающие физическому благополучию, например, неприятные ощущения, связанные с приемом наркотиков, заболеванием или смертью близких людей. Вместе с тем количество стрессоров не отличается от такового при манифестации других тревожных расстройств (Pollard, Pollard, & Corn, 1989; Rapee, Litwin, & Barlow, 1990; Roy-Byrne, Geraci, & Uhde, 1986). Приблизительно половина обследованных сообщает, что ощущения тревоги им приходилось испытывать и до возникновения первого приступа, что позволяет предположить возможность как постепенного, так и острого начала расстройства (Craske et al, 1990).

Популяционные эпидемиологические исследования показали, что распространенность агорафобии без сопутствующего панического расстройства гораздо выше, чем в сочетании с ним. Известно, что лица, страдающие агорафобией и обращающиеся за медицинской помощью, практически всегда еще до развития агорафобии испытывали панику (Craske et al., 1990; Noyes et al., 1986; Pollard, Bronson, & Kenney, 1989). Так, в масштабном популяционном исследовании лишь 6% из 562 пациентов с эпизодами паники и/или агорафобии соответствовали критериям агорафобии без панического расстройства (Goisman et al., 1994). Можно выдвинуть по меньшей мере два предположения для объяснения расхождений между популяционными и клиническими данными. Во-первых, при популяционном исследовании велика вероятность того, что распространенность агорафобии будет завышена из-за неточной диагностики некоторых фобий, генерализованной тревожности или «нормальной», ситуационно объяснимой осторожности (например, избегание опасных районов города), которые могут быть ошибочно приняты за агорафобию (Horwath, Lish, Johnson, Hornig, & Weissman, 1993). Во-вторых, склонные к панике лица чаще обращаются за помощью (Boyd, 1986).

Паническое расстройство с агорафобией или без нее обычно сопровождается другими патологическими состояниями. В соответствии с критериями оси I чаще всего диагностируются специфические фобии, социальная фобия и дистимическое расстройство (Sanderson, Di Nardo, Rapee, & Barlow, 1990), генерализованное тревожное расстройство, большой депрессивный эпизод и злоупотребление психоактивными веществами (Goisman et al., 1994). Кроме того, от 25 до 60% лиц с паническим расстройством удовлетворяют критериям расстройства личности. Наиболее распространены избегающее расстройство личности и расстройство типа зависимой личности (Chambless & Renneberg, 1988; Mavissakalian & Hamman, 1986; Reich, Noyes, & Troughton, 1987). Вместе с тем природа взаимосвязи между паническим расстройством с агорафобией и без нее и расстройствами личности до конца не ясна. Например, число сопутствующих расстройств сильно зависит от используемых диагностических методов для постановки диагноза по оси II, а также наличия или отсутствия у клиента депрессии (Alnaes & Torgersen, 1990; Chambless & Renneberg, 1988). Более того, тот факт, что успешная терапия панического расстройства приводит к позитивному изменению личностных качеств, вплоть до исчезновения некоторых «расстройств личности» (Black, Monahan, Wesner, Gabel, & Bowers, 1996; Mavissakalian & Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suelzer, & Christiansen, 1991), ставит под сомнение правомерность диагноза по оси II. Сочетание панического расстройства с расстройствами личности и влияние такого сочетания на терапию ПР/ПРА более подробно обсуждается в одном из следующих разделов.

История психотерапии панического расстройства с агорафобией и без нее

Лишь после выхода в свет *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) ПР/ПРА было признано самостоятельным тревожным состоянием. До этого времени приступы паники считались проявлением повышенной общей тревожности. Соответственно психологическое вмешательство в этих случаях было неспецифическим. Применялись техники релаксации и когнитивного реструктурирования жизненных событий (см., например, Barlow, Cohen, et al., 1984). Было широко распространено мнение о том, что для контроля приступов паники следует прибегать к фармакотерапии. Напротив, при агорафобии, начиная с 1970-х гг., проводилась специфическая терапия с преимущественным использованием техники экспозиции¹, чтобы приучить клиента не бояться и не избегать тех или иных ситуаций. Вместе с тем при построении концепций и разработке методов вмешательства при агорафобии практически учитывались приступы паники. Разработка технологии вмешательства по контролю паники и сходных методов воздействия в середине — конце 1980-х гг. отвлекли внимание исследователей от агорафобии. Лишь недавно этот интерес возродился, в частности к тому, являются ли современные методы вмешательства при паническом расстройстве достаточными для преодоления агорафобии, и действительно ли их сочетание с интервенциями, нацеленными непосредственно на агорафобию, повышает эффективность терапии. Эти вопросы будут более подробно обсуждаться ниже, после того как мы затронем предпосылки возникновения ВКП.

Когнитивно-поведенческие представления о паническом расстройстве с агорафобией и без нее

Несколько независимых направлений исследования (Barlow, 1988; Clark, 1986; Ehlers & Margraf, 1989) в 1980-х гг. **слились в одно: паническое расстройство стало рассматриваться как приобретенный страх физических ощущений, особенно тех, которые связаны с возбуждением вегетативной нервной системы. Считается, что психологическая и биологическая предрасположенность способствует повышению восприимчивости к признакам активации вегетативной нервной системы и ошибочной интерпретации этих сигналов как свидетельства надвигающейся катастрофы.**

Фактор повышенной чувствительности

Физиологическая ранимость может быть определена как повышенная реактивность вегетативной нервной системы (см. подробные обзоры Bouton, Mineka, & Barlow, в печати, или Barlow, в печати). Эмпирически подтверждено и наличие психологической уязвимости, т. е. склонность к восприятию тревоги как вредно-

¹ Экспозиция — тренировка навыков переносимости чего-либо, например трудных ситуаций, пугающих факторов, обучение навыкам переносимости. В русскоязычной литературе, посвященной методикам проведения поведенческой (бихевиоральной) психотерапии, описывается сходная с «экспозицией» технология, называемая «имплозия», или «наводнение». — *Примеч. науч. ред.*

го явления, известная как «тревожная сенситивность» (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). Определенный в процессе тестирования уровень тревожной сенситивности является более надежным предиктором приступов паники в прошлом по сравнению с более общими показателями негативного аффекта и тревожности как свойства личности (Lilienfeld, 1997). Кроме того, эту связь удалось обнаружить в нескольких проспективных исследованиях. Так, Мейлер и Рейс (Mailer & Reiss, 1992) выяснили, что три четверти лиц с появившимися впервые приступами паники в 1984–1987 гг. имели высокие показатели по Индексу тревожной сенситивности (*Anxiety Sensitivity Index*) в 1984 г. В проспективном исследовании продолжительностью 1 год тревожная сенситивность оказалась связана со стойким паническим расстройством в контрольной группе и с приступами паники в группе с неклиническими ее проявлениями (Ehlers, 1995). Аналогичным образом по уровню тревожной сенситивности можно было судить о риске возникновения приступов паники спустя пять недель после острого военного стресса (Schmidt, Lerew, & Jackson, 1997).

Склонность считать тревогу, в частности ее физические симптомы, опасной, вероятно, ведет свое начало с неприятных переживаний из личного опыта (например, связанных с болезнью или ранением), наблюдения за другими людьми (например, серьезно больными или умирающими родственниками, а также членами семьи, страдающими ипохондрией и выражающими беспокойство по поводу своих физических ощущений), и/или информационных сообщений (например, предостережения родителей или избыточное внимание к физическому благополучию). В полном соответствии с этими выводами Элерс (Ehlers, 1993) обнаружил, что родители пациентов с паническим расстройством страдали хроническими заболеваниями, нуждались в лечении и имели физическую симптоматику, сходную с таковой при тревожности, гораздо чаще, чем родители пациентов с другими тревожными расстройствами и родители пациентов из контрольной группы. Таким образом, пациенты с паническим расстройством имели возможность наблюдать за собственными родителями в роли больных с симптомами тревоги гораздо чаще, чем участники контрольной группы. Это не относилось к заболеваниям, не связанным с паническими проявлениями.

С тревожной сенситивностью связано повышенное избирательное внимание к соматическим симптомам. Пациенты с паническим расстройством гораздо лучше ощущают и распознают соматические признаки возбуждения (см., например, Ehlers & Breuer, 1992, 1996; Ehlers, Brener, Dohn, & Feigenbaum, 1995), хотя на этот счет существуют различные мнения, а точность их ощущений весьма сомнительна (Antony et al, 1995; Rapee, 1994). Таким образом, наряду с повышенной восприимчивостью к соматическим признакам возбуждения вегетативной нервной системы и ошибочной трактовкой их как опасных способность распознавать эти соматические симптомы может predisполагать к возникновению панического расстройства.

Первые приступы паники

В абсолютном большинстве случаев первые приступы паники (по свидетельству пациентов) возникают вне дома — во время управления автомобилем или ходьбы, на работе или в школе (Craske et al., 1990); в общественном месте (Lelliott, Marks, McNamee, & Tobena, 1989); в автобусе, самолете, метро или в ситуации со-

циальной оценки (Shulman, Cox, Swinson, Kuch, & Reichman, 1994). Как показывает наш опыт (Barlow, 1988; Craske & Rowe, 1997), к ситуациям, predisposing к возникновению первых приступов паники, относятся те, в которых физические ощущения могут быть расценены как особенно угрожающие в связи с возможностью нарушения функционирования (например, при управлении автомобилем), попадания в ловушку (например, в самолете или на эскалаторе), негативной социальной оценки (например, на работе, во время формальных социальных событий) или утраты безопасности (например, незнакомое место). Ощущение нахождения в ловушке может быть особенно значимым в плане последующего развития агорафобии (Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti, & Scarpato, 1992).

Многие пациенты с паническим расстройством (48%) сообщают о появлении сходных ощущений меньшей интенсивности еще до первого приступа паники (Craske et al, 1990). Более того, переживание в прошлом сердечно-сосудистой симптоматики и удушья является значимым предиктором приступов паники и панического расстройства (Keyl & Eaton, 1990). Вероятно, подобные переживания отражают общую реактивность вегетативной нервной системы, что впоследствии проявляется в виде развернутого панического приступа лишь тогда, когда возбуждение происходит в угрожающем контексте или напряженных ситуациях (т. е. когда такие ощущения с большей вероятностью будут расценены как угрожающие).

Факторы, поддерживающие тревожное состояние

Острая «боязнь страха», развивающаяся после первых панических приступов, связана со страхом определенных физических ощущений, сопровождающих приступы паники (например, учащенное сердцебиение, головокружение, парестезии) (Barlow, 1988; Goldstein & Chambless, 1978). Этот страх обусловлен двумя факторами. В основе первого из них лежит «интероцептивное обусловливание», т. е. условно выработанная боязнь некоторых внутренних ощущений (в частности, учащенного сердцебиения), которые в представлении человека связаны с выраженным страхом, болью или неприятными переживаниями (Bouton et al., в печати; Razran, 1961). Идея обусловливания согласуется с травматическим происхождением приступов паники, которые часто наблюдаются персоналом отделений неотложной медицинской помощи, а также с яркими воспоминаниями о первом приступе паники даже по прошествии 20 лет. Интероцептивное обусловливание довольно устойчиво к угасанию и может быть «бессознательным». Таким образом, интероцептивно обусловленная реакция на страх не зависит от сознательного восприятия запускающих эту реакцию факторов. Следовательно, приступы паники, которые на первый взгляд возникают как гром среди ясного неба, на самом деле имеют в своей основе минимальные изменения в физическом состоянии пациента, которые он не сразу замечает (Barlow; Bouton et al.,). Так, незначительное колебание артериального давления может вызвать страх, поскольку в прошлом человек испытал ужас из-за значительного повышения давления. Вторым фактором является ошибочное толкование физических ощущений (т. е. трактовка этих ощущений как предвестников неминуемой смерти, утраты контроля и т. д.), что можно рассматривать как усиление уже существующей тенденции считать вредной саму тревогу. Подобно интероцептивному обусловливанию, ошибочное толкование, по-видимому, проявляется как на сознательном, так и на

бессознательном уровне, т. е. индивид может принимать физические ощущения за признаки надвигающейся катастрофы, не отдавая себе в этом отчет, отсюда и впечатление о внезапном возникновении приступов паники. Представления об условно-рефлекторной природе страха и ошибочном толковании физических ощущений как о двух самостоятельных конструктах имеет своих сторонников (например, LeDoux, 1996) и противников (Rapee, 1991).

Тем не менее концепция «боязни страха» (*fear of fear*) имеет эмпирическое подтверждение. Пациенты, страдающие паническим расстройством, твердо убеждены в неизбежности физического или психического ущерба вследствие телесных ощущений, связанных с приступами паники, и страшатся этого (Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984; McNally & Lorenz, 1987). Такие люди склонны интерпретировать свои физические ощущения как опасные (Clark et al., 1988), а также преимущественно употреблять слова, относящиеся к физической угрозе (например, «заболевание» и «несчастье»; Ehlers, Margraf, Davies, & Roth, 1988; Hore, Rapee, Heimberg, & Dombeck, 1990), и слова, характеризующие катастрофические события (типа «смерть» или «психически ненормальный»; Maidenberg, Chen, Craske, Bohn, & Bystritsky, 1996; McNally, Riemann, Louro, Lukach, & Kim, 1992). Кроме того, они чаще боятся процедур, сопряженных с появлением физических ощущений, напоминающих о приступах паники, в том числе безобидных нагрузок на сердечно-сосудистую, дыхательную и вестибулярную системы (Jacob, Furman, Clark, & Durrant, 1992; Zarate, Rapee, Craske, & Barlow, 1988), и тем более всяких инвазивных вмешательств (например, вдыхания углекислого газа). Более того, эти люди боятся признаков возбуждения вегетативной нервной системы даже в отсутствие самого возбуждения, что объясняется механизмом ложной физиологической обратной связи (Craske & Freed, 1995; Ehlers, Taylor, Margraf, Roth, & Birnbaumer, 1988). При этом ложное толкование симптомов вызывает страх, а переоценка ситуации его уменьшает. Например, люди с паническим расстройством и субклиническими проявлениями паники сообщают о значительном ослаблении тревоги во время экспериментальных провокационных процедур типа гипервентиляции и вдыхания углекислого газа, когда считают эту процедуру безопасной или поддающейся контролю (Rapee, Mattick, & Murrell, 1986; Sander-son, Rapee, & Barlow, 1989), если рядом находится заслуживающий доверия человек (Carter, Hollon, Carson, & Shelton, 1995), а также после когнитивно-поведенческого вмешательства, снижающего страх телесных ощущений (Schmidt, Trakowski, & Staab, 1997). **Страх телесных ощущений отличается от страхов, связанных с внешними стимулами, рядом особенностей.** Во-первых, возбуждение вегетативной нервной системы, вызванное страхом, в свою очередь усиливает пугающие ощущения, замыкая тем самым порочный круг страха и ощущений. (Этот цикл воспроизводится до полного истощения нервной системы или до обретения чувства безопасности.) Напротив, страх внешних стимулов не способствует подкреплению объекта страха. Кроме того, как уже говорилось, факторы, инициирующие приступы паники (т. е. телесные ощущения), не всегда очевидны, из-за чего создается впечатление, что приступы паники возникают неожиданно, как гром среди ясного неба (Barlow, 1988). Более того, даже в тех случаях, когда interoцептивные знаки явно заметны, они ведут себя менее предсказуемо по сравнению с внешними стимулами. В-третьих, от телесных ощущений, как правило, гораздо труднее избавиться, чем от внешних объектов; т. е. ощущения сравнительно пло-

хо поддаются контролю. Непредсказуемость и невозможность вмешаться усиливают общую тревогу по поводу надвигающихся неприятных событий (Bouton et al; DeCola & Rosellini, 1990; Maier, Laudenslager, & Ryan, 1985) и приступов паники (Craske, Glover, & DeCola, 1995). Таким образом, считается, что непредсказуемый характер тревоги и паники способствует усилению хронических тревожных предчувствий (Barlow, 1988) и поддержанию тревожного ожидания по поводу повторения паники (Rachman & Levitt, 1985). В свою очередь, тревожные предчувствия повышают риск возникновения паники, способствуя усилению ощущений, которые закрепились в качестве условно-рефлекторных сигналов для паники, и/или повышая восприимчивость к этим телесным ощущениям. Так образуется порочный круг паники и тревожных предчувствий. Кроме того, считается, что страх телесных ощущений усиливается в результате избегающего поведения (Barlow & Craske, 1994; Clark & Ehlers, 1993). В качестве примера можно привести привычку держаться за людей или предметы из боязни упасть в обморок, сидеть не шевелясь из-за страха сердечного приступа, медленно двигаться или не проявлять активности из боязни показаться смешным (Salkovskis, Clark, & Gelder, 1996). Наконец, тревога проявляется в специфических контекстах, когда ее последствия могут быть особенно ощутимы (например, в ситуациях, связанных с нарушением функционирования, попаданием в ловушку, негативной социальной оценкой и небезопасной обстановкой). Эти тревоги усиливают проявления агорафобии, которая, в свою очередь, питает страх телесных ощущений.

Агорафобия

Далеко не все страдающие паническим расстройством одновременно испытывают агорафобию, да и выраженность агорафобии может варьировать в широких пределах (Craske & Barlow, 1988). По мере нарастания длительности панического расстройства проявления агорафобии становятся более вероятны; в то же время многие люди на протяжении многих лет страдают от приступов паники без всяких агорафобических ограничений. Агорафобия никак не связана с возрастом появления первых панических приступов или с их частотой (Cox, Endler, & Swinson, 1995; Craske & Barlow, 1988; Rapee & Murrell, 1988). Некоторые исследователи сообщают о параллелизме между выраженностью физической симптоматики на фоне панических приступов и проявлениями агорафобии (например, de Jong & Bouman, 1995; Goisman et al, 1994; Noyes, Clancy, Garvey, & Anderson, 1987; Telch, Brouillard, Telch, Agras, & Taylor, 1989). Другим не удается обнаружить никаких различий (Cox et al., 1995; Craske et al., 1990). Хотя боязнь умереть, сойти с ума или утратить над собой контроль не соотносится с выраженностью агорафобии (Cox et al, 1995; Craske, Rapee, & Barlow, 1988), люди с тяжелой агорафобией могут проявлять более сильное беспокойство по поводу социальных последствий панических приступов (Amering et al., 1997; de Jong & Bouman, 1995; Rapee & Murrell, 1988; Telch et al., 1989). Кроме того, предвосхищение паники в специфических ситуациях повышает вероятность избегающего поведения (Cox et al., 1995; Craske et al, 1990). Однако до конца не ясно, являются ли беспокойство о социальной оценке и предвосхищение панических приступов predisposing факторами или вторичными явлениями.

Фактор занятости общественно-полезным трудом — также предиктор агорафобии, им объясняется 18% дисперсии ее проявлений в одном из исследований:

«Чем более настоятельна необходимость выйти из дому, чтобы пойти на работу, тем менее вероятны проявления агорафобии» (de Jong & Bouman, 1995, p. 197). По-видимому, наиболее значимым предиктором агорафобии является половая принадлежность. Тяжелые случаи агорафобии наблюдаются преимущественно у женщин (Thyer, Himle, Curtis, Cameron, & Nesse, 1985). Следовательно, есть основания полагать, что тендерные различия ролевых ожиданий и требований вносят свой вклад в агорафобическое поведение (Craske & Barlow, 1988).

Очевидными мишенями вмешательства в соответствии с этими представлениями является острый страх телесных ощущений, хроническая тревога по поводу возможных приступов паники и связанных с ней физических ощущений, а также агорафобическое избегание.

Особенности вмешательства

Условия

Проводить когнитивно-поведенческую психотерапию ПР/ПРА можно в нескольких различных условиях. Во-первых, в обстановке амбулаторного учреждения или офиса, которая наиболее пригодна для психологического просвещения, когнитивного реструктурирования, объяснения домашних заданий и обсуждения их выполнения, а также репетиции ролей. Кроме того, экспозиция к некоторым факторам может быть осуществлена в условиях офиса, в частности, описанная ниже интероцептивная экспозиция к пугающим телесным ощущениям. В последнее время под амбулаторными условиями проведения когнитивно-поведенческой психотерапии стали пониматься не только учреждения психолого-психиатрического профиля, но и предназначенные для оказания первичной терапевтической помощи (Sharp, Power, Simpson, Swanson, & Anstee, 1997). Такое нововведение связано с тем, что пациенты с ПР/ПРА часто встречаются в практике врачей общего профиля. Однако независимо от конкретного места проведения психотерапии безопасная обстановка офиса может препятствовать генерализации приобретенного в ней опыта. Например, приобретенное умение не испытывать страха в присутствии психотерапевта или в офисе, расположенном неподалеку от медицинского центра, не обязательно проявится там, где рядом не будет психотерапевта, или вдали от медицинского центра. Именно поэтому так важны домашние задания с целью закрепления когнитивно-поведенческих навыков в различных условиях. Когнитивно-поведенческая психотерапия проводится также в естественных условиях, где пациент сталкивается с пугающими ситуациями и где можно на практике применить полученные навыки когнитивного реструктурирования и другие приемы совладания с тревогой. Эта процедура называется «экспозиция *in vivo*» и может проводиться при участии психотерапевта или самостоятельно. Участие психотерапевта особенно полезно тем клиентам, которые не имеют достаточной социальной поддержки для самостоятельного выполнения заданий на экспозицию *in vivo*, а также предпочтительно при тяжелой агорафобии (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson, & Infantine, 1983). Например, положительных результатов от самостоятельной экспозиции в соответствии с инструкциями (например, Gould & Clum, 1995; Gould, Clum, & Shapiro, 1993; Lidren et al, 1994) и/или минимальным участием психотерапевта (Ghosh & Marks, 1987) не следует ждать от

клиентов, страдающих выраженной патологией (Holden et al., 1983), имеющих слабую мотивацию, с низким уровнем образования, направленных к психотерапевту против своей воли или обратившихся по объявлению (Hecker, Losee, Fritz -ler, & Fink, 1996). Более того, сама по себе самостоятельная экспозиция не может рассматриваться как адекватное вмешательство при ПР/ПРА (Murphy, Michel-son, Marchione, Marchione, & Testa, 1998). Руководство психотерапевта необходимо при проведении экспозиции с направляемым овладением навыками, когда психотерапевт предоставляет клиенту обратную связь по поводу способов реагирования на пугающие ситуации с целью минимизировать ненужное защитное поведение. Фактически экспозиция с целью **овладения навыками оказалась более эффективной по сравнению с подверганием действию стимулов**, когда клиенты просто пытались оставаться в ситуации, пока страх не пройдет, не получая при этом никакой обратной связи от психотерапевта (Williams & Zane, 1989). С другой стороны, самостоятельная экспозиция имеет и свои преимущества, поскольку позволяет клиенту ощутить свою независимость и генерализовать полученные в процессе вмешательства навыки на ситуации, в которых психотерапевт отсутствует. Таким образом, оптимальными условиями для проведения когнитивно-поведенческой психотерапии можно считать естественную обстановку, с постепенным переходом от экспозиции под руководством психотерапевта к самостоятельному совладанию с пугающей ситуацией.

Интересная разновидность психотерапии в естественных условиях — вмешательство по телефону, когда психотерапевты дают пациентам рекомендации по экспозиции к агорафобическим ситуациям *in vivo* (McNamee, O'Sullivan, Lelliott, & Marks, 1989; Swinson, Fergus, Cox, & Wickwire, 1995) или инструктируют, как справиться с паникой (Cote, Gauthier, Laberge, Cormier, & Plamondon, 1994). Другой разновидностью является вмешательство с использованием компьютера (Hag-court, Kirkby, Daniels, & Montgomery, 1998; Newman, Kenardy, Herman, & Taylor, 1997). Например, в одном из исследований (Newman et al., 1997) клиентам закрепляли на запястье миниатюрный компьютер со специальной программой, напоминавший о необходимости изменить отношение к ситуации и оставаться в ней во время экспозиции *in vivo*, выполнить дыхательные упражнения, а также словесно подбодрить себя после экспозиции *in vivo*.

Когнитивно-поведенческое вмешательство может производиться в условиях стационара, что особенно показано при необходимости интенсивной психотерапии (например, при ежедневных контактах с психотерапевтом), или когда расстройство у пациента настолько выражено, что он не может проживать дома. Кроме того, психотерапия в условиях стационара проводится по медицинским показаниям. Основным недостатком проведения психотерапии в таких условиях является плохая генерализация полученных навыков на естественную обстановку. С целью преодоления этой проблемы проводятся специальные переходные и поддерживающие сессии в амбулаторных условиях или на дому у клиента.

Формат

Форма проведения вмешательства может быть индивидуальной или групповой. В ряде клинических исследований использовался групповой формат (Септу, Barlow, Craske, & Himadi, 1987; Craske, Street, & Barlow, 1989; Evans, Holt, & Oei, 1991; Feigenbaum, 1988; Hoffart, 1995; Lidren et al, 1994; Telch et al., 1993). Тот факт, что

результаты групповой психотерапии в целом согласуются с результатами индивидуальной, свидетельствует о приблизительной равноценности этих двух форматов. Лишь в одном исследовании проводилось непосредственное сопоставление эффективности групповой и индивидуальной психотерапии в случае панического расстройства и агорафобии. Авторы (Neron, Lacroix, & Chaput, 1995) сравнивали от 12 до 14 еженедельных сессий индивидуальной или групповой когнитивно-поведенческой психотерапии ($n = 20$), хотя с теми, кто работал в групповом формате, проводились две дополнительные сессии продолжительностью 1 час. Два этих формата оказались одинаково эффективными, судя по тестовым показателям выраженности тревоги и агорафобии как непосредственно после вмешательства, так и полгода спустя. Вместе с тем индивидуальный формат психотерапии дал более стойкие результаты: генерализованная тревога и симптомы депрессии у этих клиентов были менее выражены спустя полгода после вмешательства. В другом исследовании (Lidren et al, 1994) было обнаружено, что групповое и индивидуальное вмешательство одинаково действенны. Очевидно, проблема сравнительной эффективности индивидуальной и групповой психотерапии требует дальнейшего изучения, однако имеющиеся данные свидетельствуют о большей эффективности группового формата для устранения конкретных симптомов тревоги и агорафобии. Заслуживает внимания, однако, тот факт, что эти группы обычно невелики и включают в себя от трех до восьми клиентов. С увеличением числа участников терапевтическая эффективность может уменьшиться.

Межличностный контекст

Особенности межличностного контекста исследовались с точки зрения развития и поддержания симптомов агорафобии, а также психотерапевтического вмешательства. Причины интереса исследователей к этим вопросам видны из следующих эпизодов.

Муж меня не понимает. Он считает, что у меня не в порядке с головой. Он злится на меня за то, что я не могу с собой справиться, говорит, что я слабая и безответственная. Жалуеться, что ему приходится работать моим шофером и заниматься с детьми, что раньше входило в мои обязанности. Мы часто ссоримся оттого, что он приходит после работы усталый, а дома его ждут новые проблемы. Но я просто не могу обходиться без него. Я очень боюсь, что без него буду совсем беспомощной или всю оставшуюся жизнь проживу одна. Хотя он порой бывает жесток, рядом с ним я ощущаю себя в безопасности, ведь он всегда контролирует ситуацию. Он всегда знает, что надо делать.

Этот эпизод иллюстрирует зависимость от значимого другого лица¹, связанную с ощущением себя в безопасности, хотя отсутствие сочувствия с его стороны может еще больше усилить фоновый стресс клиента. **Второй эпизод служит примером неумышленного подкрепления страха и избегания за счет внимания со стороны значимого другого.**

Мой парень делает все, чтобы мне помочь. Он всегда с вниманием относится к моим чувствам и не заставляет делать то, чего я не могу. Он звонит мне с работы, чтобы спросить, как дела. Когда я испытываю страх, он остается со мной и держит меня за

¹Значимый другой — человек, являющийся авторитетом для данного субъекта общения и деятельности.
— Примеч. науч. ред.

руку. Он без колебаний отвозит меня домой, когда мне плохо. На прошлой неделе мы зашли к его друзьям и были вынуждены уйти из-за меня. Я чувствую себя виноватой в том, что теперь мы лишены многих удовольствий, к которым привыкли. Мы больше не ходим в кино. Нам обоим нравилось ходить на спортивные матчи, но теперь это не для меня. Я так ему благодарна. Не знаю, что бы я без него делала.

Вероятно, некоторые формы агорафобии отражают конфликт между стремлением к самостоятельности и зависимостью в межличностных отношениях (Fry, 1962; Goldstein & Chambless, 1978); т. е. страдающий агорафобией вовлечен в депотические отношения и не обладает при этом должными навыками, чтобы инициировать изменения. Вместе с тем концепция особой диадной системы, предрасполагающей к агорафобии, пока не получила эмпирического подтверждения. Это не значит, что парные или в целом межличностные отношения не оказывают влияния на проявление агорафобии. Например, межличностные разногласия/неудовлетворенность являются одним из возможных факторов риска панических приступов. Кроме того, возникновение агорафобии может отрицательно сказаться на межличностных отношениях (Buglass, Clarke, Henderson, & Presley, 1977), что, в свою очередь, утяжеляет ее течение. Вернемся к первому из описанных случаев. У женщины развилась агорафобия, и теперь ее муж вынужден ходить за покупками и заниматься другими домашними делами. Эти новые требования вызывают у мужа чувство обиды и усиливают супружеские разногласия. К фоновому стрессу прибавляется супружеский дистресс, что существенно ухудшает положение клиентки и снижает вероятность ее выздоровления.

Не имея в виду вклада межличностных разногласий в возникновение и поддержание ПР/ПРА, некоторые исследователи полагают, что плохие отношения между супругами снижают эффективность психотерапевтических вмешательств, основанных на экспозиции к пугающим ситуациям (Bland & Hallam, 1981; Dewey & Hunsley, 1990; Milton & Hafner, 1979). В то же время другие клиницисты не обнаруживают взаимосвязи между первичным супружеским дистрессом и результативностью когнитивно-поведенческой психотерапии (Arrindell & Emmelkamp, 1987; Emmelkamp, 1980; Himadi, Cerny, Barlow, Cohen, & O'Brien, 1986). Кроме того, высказывается предположение, что привлечение к психотерапии значимых других лиц помогает преодолеть потенциальные негативные последствия неудовлетворительных супружеских отношений для проведения вмешательства (Barlow, O'Brien, & Last, 1984; Cerny et al, 1987). Более того, привлечение значимых других лиц существенно повышает стойкость результатов когнитивно-поведенческой психотерапии при агорафобии (Cerny et al, 1987). Аналогичным образом тренинги коммуникативных навыков со значимыми другими после четырех недель экспозиционной психотерапии *in vivo* дали гораздо лучшие результаты, если судить по тестовым показателям выраженности агорафобии, по сравнению с изолированным психотерапевтическим вмешательством (Arnold, Taylor, Agras, & Telch, 1985). Эти различия сохранялись на протяжении восьми месяцев проспективного наблюдения (Arnold et al., 1985). Результаты исследований, о которых шла речь, свидетельствуют о целесообразности привлечения к психотерапии при агорафобии значимых других лиц.

Другой неясной проблемой остается степень влияния вмешательства при ПР/ПРА на диадные/межличностные отношения. Одни исследователи отмечают, что успешное вмешательство может привести к возникновению новых проблем (Haf-

пер, 1984; Hand & Lamontagne, 1976). Другие полагают, что это независимые явления, или же говорят о положительном влиянии терапии на супружеское функционирование (Barlow, O'Brien, Last, & Holden, 1983; Himadi et al., 1986). Барлоу с коллегами (Barlow & colleagues, 1983) придерживаются мнения, что негативные эффекты возможны в том случае, когда проводится интенсивная экспозиционная психотерапия без привлечения значимых других лиц, поскольку при этом существенно меняется распределение ролей, а значимый другой чувствует, что ситуация выходит из-под контроля. **Это также свидетельствует в пользу необходимости привлечения к психотерапии значимых других.**

Особенности психотерапевта

Качества психотерапевта исследовались с позиций когнитивно-поведенческого вмешательства. Во-первых выяснилось (Williams & Chambless, 1990), что пациенты, считавшие своих психотерапевтов заботливыми/заинтересованными, излучающими уверенность, добивались лучших результатов, судя по тестовым поведенческим показателям. Не исключено, однако, что оценка клиентами качеств своих психотерапевтов сильно зависела от реакции клиента на вмешательство. Сравнительно недавно другие исследователи проанализировали имеющиеся сведения о влиянии особенностей терапевтического альянса на исход терапии и пришли к выводу, что эмпатия, теплота, позитивное отношение и искренность, проявившиеся на ранних этапах вмешательства, служат предикторами благоприятного исхода (Keijsers, Schaap, Hoogduin, & Lammers, 1995). Во-вторых, наиболее значительных результатов добились пациенты, считавшие, что психотерапевт их понимает и уважительно к ним относится. Кроме того, с позитивным исходом психотерапии, хотя и не всегда, были связаны представления о психотерапевте как опытном специалисте и уверенном в себе человеке, способном дать дельный совет. Проводя собственное исследование подростковых психотерапевтов, использующих когнитивно-поведенческое вмешательство при ПРА, клиницисты (Keijsers et al., 1995) обнаружили, что психотерапевты использовали больше эмпатических утверждений во время первой сессии, чем на последующих. На третьей сессии психотерапевты активизировались, давали больше рекомендаций и разъяснений. На десятой сессии чаще, чем раньше, звучали интерпретации и возникали конфронтации. Во всяком случае, директивные утверждения и разъяснения, сделанные на первой сессии, были предикторами неблагоприятного исхода. Эмпатическое слушание на первой сессии было связано с более значительным улучшением поведения, в то время как такая же тактика психотерапевта на третьей сессии ухудшала прогноз. Таким образом, исследование показало целесообразность использования различных стилей взаимодействия на разных этапах психотерапии. Большинство клиницистов сходятся во мнении, что хорошая подготовка и опыт психотерапевта повышают вероятность благоприятного исхода терапии. Некоторые полагают, что именно эти факторы оказывают влияние на когнитивную составляющую когнитивно-поведенческой психотерапии (например, Michelson et al., 1990). Дополнительные данные получены при сопоставлении результатов различных исследований. В частности, когнитивно-поведенческая психотерапия в исполнении психотерапевтов-«новичков» в условиях медицинского учреждения (Welkowitz et al., 1991) была менее эффективной по сравнению с аналогичным вмешательством, проведенным неопытными, но хорошо подготовлен-

ными терапевтами в условиях офиса (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989), или опытными и хорошо подготовленными терапевтами на базе общественных центров психического здоровья (Wade, Treat, & Stuart, 1998). Эти данные свидетельствуют о том, что подготовка психотерапевтов может иметь большое значение в отличие от опыта практической работы. Более того, есть основания подозревать, что сам по себе клинический опыт вообще не связан с исходом вмешательства (Wilson, 1996). Например, клинический опыт не сказывается на умении поставить точный диагноз, поскольку опытные терапевты точно так же подвержены когнитивным искажениям, как и неопытные. Таким образом, подготовка психотерапевта является более вероятным источником вариабельности исхода. Очевидно, существует потребность в прямой оценке роли опыта и подготовки психотерапевта при когнитивно-поведенческой психотерапии.

Характеристики клиента

Сравнительно недавно возник интерес к сопутствующим заболеваниям, в частности к личностным чертам и личностным расстройствам, в связи с исходом вмешательства при ПР/ПРА. Как было упомянуто выше, довольно часто ПР/ПРА сочетается с личностными расстройствами по типу избегающего поведения, зависимой и истерической личности. Некоторые исследования, в которых не принимались во внимание вопросы надежности и валидности диагноза, показали, что наличие расстройства личности ухудшает или замедляет реакцию на когнитивно-поведенческую психотерапию при ПР/ПРА. Так, было обнаружено, что наличие избегающего расстройства личности отрицательно сказывается на динамике поведения в период от вмешательства до контрольного тестирования в отдаленный момент времени (Hoffart & Martinsen, 1993). Группа других исследователей также выявила зависимость между низкой эффективностью вмешательства и высокими исходными патологическими личностными показателями, за исключением обсессивно-компульсивного расстройства, при котором были получены наиболее хорошие результаты (Rathus, Sanderson, Miller, & Wetzler, 1995). Группа клиницистов (Marchand, Goyer, Dupuis, & Mainguy, 1998) обнаружила, что состояние пациентов, страдающих любым расстройством личности, улучшается гораздо медленнее, чем в отсутствие таких расстройств. Единственное исключение представляет исследование (Dreessen, Arntz, Luttels, & Sallaerts, 1994), в котором пациенты с расстройствами личности и без них одинаково хорошо реагировали на когнитивно-поведенческую психотерапию по поводу ПР/ПРА.

Правомерно ожидать, что пациенты с депрессией будут хуже поддаваться когнитивно-поведенческой психотерапии по поводу ПР/ПРА. Депрессия обычно сопровождается снижением мотивации к выполнению домашних заданий или недооценкой результатов вмешательства. Однако вопреки ожиданиям и фармакологическим исследованиям не выявлено выраженного влияния депрессии на исход когнитивно-поведенческой психотерапии при ПР/ПРА, будь то первичная (тяжелая, хроническая) или вторичная по отношению к ПР/ПРА депрессия (Brown, Antony, & Barlow, 1995; Laberge, Gauthier, Cote, Plamondon, & Cormier, 1993; McLean, Woody, Taylor, & Koch, 1998). Более того, исследователям не удалось выявить связь между депрессией и нежеланием выполнять домашние задания (McLean et al, 1998). Аналогичным образом Мерфи с коллегами (Murphy et al., 1998) обнаружил, что страдающие депрессией с ПР/ПРА столь же часто прово-

дили самостоятельную экспозиционную терапию, как и лица без депрессии, хотя первые при этом испытывали гораздо более выраженную тревогу.

В настоящее время назрела необходимость проверить выявленные закономерности на более репрезентативных группах населения. В большинстве исследований исключались пациенты с дополнительными проблемами, например злоупотребляющие психоактивными веществами, страдающие биполярным расстройством или психозами. Вместе с тем желательно оценить влияние других тревожных расстройств, в частности социальной фобии или генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Так, хотя сопутствующая патология не была связана с исходом терапии в исследовании Брауна с коллегами (Brown et al, 1995), наличие социальной фобии неожиданно оказалось связано с позитивным исходом вмешательства при паническом расстройстве. К другим возможным сопутствующим заболеваниям относится медицинская патология, такая как сердечная аритмия или астма, которая замедляет прогресс терапии, осложняет выявление тревожной симптоматики на фоне проявлений основного заболевания, а также повышает риск медицинских осложнений при психотерапии.

К другим значимым характеристикам клиента относится социально-экономический статус и общие условия жизни. В недавнем исследовании, проведенном на базе нескольких центров, отсев участников когнитивно-поведенческой и/или медикаментозной терапии по поводу ПР с минимальными проявлениями агорафобии был связан с низким уровнем образования, что, в свою очередь, было обусловлено низким доходом (Grilo et al., 1998). Исследователи сочли, что причиной этого была нехватка времени и невозможность еженедельно посещать сессии. Представьте себя женщину с двумя детьми, работающую полный рабочий день секретарем, у которой к тому же муж-инвалид. Или студента дневного отделения, который, чтобы оплачивать свое обучение, вынужден подрабатывать по 25 часов в неделю. В подобных обстоятельствах маловероятно, что предписания в виде ежедневных упражнений на релаксацию или экспозицию *in vivo* будут выполняться. При отсутствии ожидаемого результата от терапии неизбежно будет накапливаться разочарование. В то же время для достижения успеха часто требуется изменить образ жизни, чтобы когнитивно-поведенческая терапия стала приоритетной задачей, иначе придется от нее отказаться до лучших времен, когда жизнь станет менее напряженной. По-видимому, именно социально-экономические причины объясняют тот факт, что американцы африканского происхождения добиваются куда более скромных успехов в плане восстановления мобильности, снижения тревожности и устранения приступов паники по сравнению с представителями европеоидной расы (Friedman & Paradis, 1991; Williams & Chambless, 1994). Однако в отличие от двух других исследований Фридман с коллегами (Friedman, Paradis, & Hatch, 1994) наблюдали одинаковые исходы психотерапии среди представителей двух рас. Влияние этнических и культурных различий на результаты вмешательства требует дальнейшего изучения.

Наконец, успеху когнитивно-поведенческого вмешательства способствует понимание клиентами сути своих проблем. Учитывая соматическую природу ПР/ПРА, многие клиенты вначале обращаются за медицинской помощью. Вместе с тем различия в представлениях о проблеме могут привести к тому, что предпочтение будет отдано фармакотерапии или психоанализу как более перспективным подходам по сравнению с когнитивно-поведенческой терапией. Например,

человек, который твердо убежден, что его состояние объясняется «нейрохимическим дисбалансом», скорее всего обратится к медицинским препаратам и не согласится на психотерапию. Аналогичным образом люди, объясняющие свое состояние «прошлыми проблемами — вероятно, бессознательными процессами», будут настаивать на проведении психоанализа и отклонят когнитивно-поведенческие интерпретации. Действительно, Грило с коллегами (Grilo et al, 1998) обнаружили, что пациенты с ПР/ПРА, приписывавшие свое расстройство жизненным стрессорам, чаще преждевременно отказывались от терапии (потому что считали когнитивно-поведенческий и фармакологический подходы неадекватными), точно так же как те пациенты, которые были не согласны с назначенной терапией.

Сопутствующая фармакотерапия

Абсолютное большинство пациентов с ПР/ПРА получают не когнитивно-поведенческую психотерапию, а лекарственные препараты отчасти потому, что сначала они попадают к своим лечащим врачам. И это несмотря на то, что многие из тех, кому предоставлен выбор, отдают предпочтение психологическому вмешательству (Hofmann et al., 1998). Так, больше половины клиентов с ПР/ПРА, обратившихся к психотерапевтам, уже принимали анксиолитические препараты (чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, мощные бензодиазепины или гетероциклические антидепрессанты). Возникает очевидный вопрос: какое влияние на когнитивно-поведенческую психотерапию оказывают лекарственные препараты?

Имеется несколько причин полагать, что лекарственные препараты, в частности быстродействующие и мощные средства, которые вызывают *заметные* изменения состояния и используются по необходимости (например, бензодиазепины и бета-блокаторы), имеют ряд недостатков по сравнению с изолированной когнитивно-поведенческой психотерапией. Например, клиенты могут приписывать свои успехи действию препарата. В результате, во-первых, утрачивается чувство самоконтроля, что повышает вероятность рецидива расстройства после отмены препарата или вызывает привыкание к лекарству и нежелание его отмены из-за возможного нарушения функционирования. В одном из исследований приписывание терапевтических результатов действию алпразолама даже на фоне поведенческой психотерапии явилось основным предиктором рецидива расстройства (Basoglu, Marks, Kilic, Brewin, & Swinson, 1994). Во-вторых, лекарственные препараты могут играть роль своеобразной палочки-выручалочки, поскольку пациент начинает ошибочно связывать с ними безопасность и отсутствие неприятных ощущений. В этом случае прочно закрепляются избегающее поведение и страх (Gray, 1987; Siddle & Bond, 1988), что может помешать переоценке значения физической симптоматики. В-третьих, лекарственные препараты способны блокировать физические симптомы тревоги и паники, которые являются обязательной составляющей интероцептивной экспозиции, и/или могут лишить человека возможности испытывать страх, который, согласно теории переработки эмоций (*emotional processing theory*) (Foa & Kozak, 1986), необходим на начальном этапе, чтобы в конце концов его преодолеть. В-четвертых, медикаментозные препараты могут ослабить мотивацию к практическому овладению когнитивно-поведенческими навыками, особенно если эти препараты эффективно устраняют тревогу и панику. И наконец, научение, происходящее под влиянием лекарственных препаратов, не

обязательно распространяется на ситуации, когда эти препараты отменены, что повышает риск рецидивов (Bouton & Swartzentruber, 1991). Некоторые из этих соображений проиллюстрированы в приведенных ниже случаях из практики.

Я прошел курс когнитивно-поведенческой психотерапии, но на самом деле мне помог антидепрессант. Я чувствовал себя настолько хорошо, что решил отказаться от приема лекарства. Сначала я боялся этого. Мне рассказывали ужасные истории о людях, которые страдали от синдрома отмены. Тем не менее я решил постепенно уменьшать дозу, так как надеялся, что все будет хорошо, если так делать. Поначалу было неплохо. Когда проблема вновь обострилась, я уже в течение месяца не принимал лекарства. Помню, сижу в ресторане и радуюсь тому, что могу ходить в рестораны, вспоминаю, как еще совсем недавно не мог об этом и мечтать. И вдруг, о, ужас! У меня кружится голова. «Неужели опять?» — думаю и начинаю паниковать. В тот момент я жалел только о том, что прекратил принимать лекарство.

Я начал снижать дозу ксанакса (алпразолама). Несколько дней все шло хорошо. Но, проснувшись утром в пятницу, я почувствовал себя как-то не так. Голова трещала. Я начал беспокоиться, как бы не появились прежние симптомы. Меньше всего мне хотелось опять проходить через все это. Поэтому я принял свою обычную дозу ксанакса и через несколько минут почувствовал себя в своей тарелке. Мне необходимо это лекарство. Я просто не могу без него жить».

В нескольких исследованиях изучалось сочетание быстродействующих лекарственных препаратов (бета-блокаторов и бензодиазепинов) с когнитивно-поведенческим (преимущественно поведенческим) вмешательством при ПР/ПРА (чаще ПРА). Результаты оценивались непосредственно после завершения когнитивно-поведенческой терапии, в то время как медикаментозное лечение еще продолжалось, и свидетельствовали об отсутствии заметных различий при использовании психотерапии без лекарственных средств (Chouinard, Annable, Fontaine, & Solyom, 1982 — алпразолам; Marks et al., 1993 — алпразолам), хотя в одном из исследований эффект при отсутствии медикаментозного лечения был даже лучше (Hafner & Milton, 1977 — пропранолол). При длительном наблюдении в группах пациентов, прошедших медикаментозную терапию, после ее отмены чаще возникали рецидивы (Hafner & Marks, 1977 — диазепам; Marks et al, 1993 — алпразолам), а в одном из исследований рецидивы начали возникать еще до отмены препаратов (Otto, Pollack, & Sabatino, 1996 — преимущественно бензодиазепины). Напротив, Уардл с коллегами (Wardle et al, 1994) не обнаружили ухудшения состояния своих пациентов после того, как были отменены малые дозы диазепама. Кроме того, на фоне длительного приема препаратов бензодиазепинового ряда практически всегда возникают проблемы (van Balkom, de Beurs, Koele, Lange, & van Dyck, 1996). Например, Уардл с коллегами сообщили, что пациенты, принимавшие бензодиазепины в течение 11 лет и дольше, чаще преждевременно прекращали психотерапию, и результаты комбинированной с диазепамом или плацебо экспозиционной психотерапии у них были хуже. Кроме того, такие пациенты чаще возобновляли прием диазепама после его отмены.

Результатам сочетания когнитивно-поведенческой психотерапии и лекарственных препаратов замедленного действия при ПР/ПРА посвящен специальный обзор литературы (Telch & Lucas, 1994). Практически все психологические вмешательства были нацелены на агорафобию и включали преимущественно экспозиционные подходы, в то время как препарат имипрамин применялся в 12 из 13 про-

анализированных исследований. Что касается краткосрочного эффекта, комбинированное вмешательство имеет заметное преимущество над изолированным психологическим воздействием при всех тревожных расстройствах (суммарный показатель эффективности = 0,45). По сравнению с изолированным медикаментозным лечением комбинированный подход обладает значительно большей эффективностью при всех расстройствах этого ряда, за исключением паники (суммарный показатель эффективности = 0,39). Анализируя результаты немногочисленных исследований, Телч и Лукас (Telch & Lucas, 1994) пришли к выводу о том, что комбинированное вмешательство было не более, если не менее эффективно по сравнению с поведенческой психотерапией при длительном наблюдении.

Исследование сравнительной эффективности вмешательств при паническом расстройстве на базе нескольких центров

В настоящее время получены результаты исследования сравнительной эффективности терапии при паническом расстройстве (*Comparative Study for the Treatment of Panic Disorder*), проведенного нами на базе нескольких центров, в котором, в частности, сопоставлялись изолированные и комбинированные эффекты когнитивно-поведенческого вмешательства у пациентов с ПР и симптомами агорафобии (Barlow, German, Shear, & Woods, 2000). В этом исследовании, которое длилось с 1991 по 1998 г., 312 пациентов были поделены на группы, с каждой из которых проводился только один из нижеперечисленных видов вмешательства: имипрамин, когнитивно-поведенческая психотерапия (в частности, вмешательство по контролю паники, методика которого приведена в данной главе), плацебо, ВКП плюс имипрамин, ВКП плюс плацебо. Вмешательства производили еженедельно на протяжении трех месяцев (острая фаза). С теми, кто хорошо реагировал на вмешательство, встречались раз в месяц в течение полугода (поддерживающий этап), после чего терапию прекращали; и наконец, состояние пациентов вновь оценивалось спустя полгода (этап проспективного наблюдения). Исследование, о котором идет речь, благодаря своим неожиданным и интересным результатам уже оказало заметное влияние на политику здравоохранения. Кроме того, оно проводилось на базе двух центров, располагающих значительным опытом использования фармакологических подходов. Следовательно, удалось избежать так называемого эффекта лояльности, когда эффективность вмешательства выше у тех психотерапевтов, которые являются приверженцами данного метода: действительно, в обоих центрах были получены сходные результаты.

Согласно полученным данным, применение как имипрамина, так и ВКП имело существенные преимущества перед плацебо после первого этапа вмешательства. Вместе с тем ВКП в комбинации с имипрамином не было более эффективным, чем в комбинации с плацебо; не было выявлено и преимуществ сочетанного применения разных подходов над индивидуальными. Интересно, что среди пациентов, хорошо отреагировавших на любое из индивидуальных вмешательств, респонденты, принимавшие лекарственные препараты, чувствовали себя несколько лучше, так как были менее подвержены депрессии.

После шести месяцев поддерживающей терапии (спустя девять месяцев от начала исследования) все виды вмешательства оказались значительно более эффективными по сравнению с плацебо. Сочетание двух терапевтических подходов позволило получить несколько лучшие результаты, хотя сочетание ВКП с плацебо было практически столь же эффективным. Через шесть месяцев после прекращения терапии (этап проспективного наблюдения) у значительного числа пациентов, принимавших лекарственный препарат, в частности в группе с комбинированным вмешательством, возникли рецидивы. В то же время те пациенты, которым проводилось ВКП без имипрамина (только ВКП или ВКП в сочетании с плацебо), чувствовали себя гораздо лучше, что свидетельствует в пользу более стойкого эффекта психотерапии. В заключение обобщим полученные результаты: любое индивидуальное вмешательство было эффективным в острой фазе и на поддерживающем этапе, однако эффект ВКП был гораздо более стойким.

По современным представлениям о фармакологической терапии селективные ингибиторы обратного захвата серотонина считаются наиболее предпочтительными (American Psychiatric Association, 1998) благодаря своим минимальным побочным эффектам. Вместе с тем исследования сравнительной эффективности гетероциклических антидепрессантов и ингибиторов захвата серотонина не показали большей эффективности последних, даже с учетом отмены препаратов из-за непереносимости побочных эффектов. Действительно, в четырех рандомизированных исследованиях не удалось выявить значимых различий между препаратами этих двух групп по окончании острой фазы вмешательства, хотя принималась во внимание отмена препаратов из-за выраженного побочного действия (Bystritsky et al, 1994; Lecrubier, Bakker, Dunbar, & Judge, 1997; Nair et al., 1996; Wade, Le-pola, Koronen, Pedersen, & Pedersen, 1997). Таким образом, вполне вероятно, что имипрамин (лекарственный препарат, использованный в описанном выше исследовании) и ингибиторы захвата серотонина обладают примерно одинаковой эффективностью.

В заключение следует отметить, что вероятность рецидива панического расстройства заметно возрастает, когда когнитивно-поведенческая психотерапия проводится в сочетании с мощными бензодиазепиновыми препаратами, в частности после длительного их применения или резкой отмены; более предпочтительна когнитивно-поведенческая психотерапия сама по себе. Кроме того, несмотря на возможные временные преимущества от сочетания когнитивно-поведенческой психотерапии с гетероциклическими антидепрессантами или ингибиторами захвата серотонина при длительном наблюдении антидепрессанты оказывают негативное действие. Целесообразность комбинации когнитивно-поведенческой психотерапии с ингибиторами захвата серотонина требует дальнейшего изучения, в частности того, что касается возможности рецидивов и получения стойкого эффекта от терапии.

Оценка

Джейн американка, представительница европеоидной расы; ей 33 года, она мать двоих детей. Замужем восемь лет, последние три года постоянно испытывает тревогу и склонна к паническим приступам. Приступы паники возникают у нее все чаще, и переносить их становится все труднее. Впервые она ощутила острую тре-

вогу, когда спешила к своей умирающей бабушке. Джейн вела машину по шоссе, и ей казалось, что все движется, как в замедленном кино, окружающие предметы представлялись нереальными. Кроме того, ей было трудно дышать, и она ощущала отстраненность. Однако в тот момент она стремилась добраться до места назначения как можно скорее, и собственное самочувствие ее мало заботило. На следующий день Джейн поняла, что лишь по счастливой случайности не попала в автокатастрофу. Несколько недель спустя эти ощущения повторились, когда она вновь ехала по шоссе. На этот раз она никуда не спешила, тревога возникла сама собой. Джейн испугалась, так как она не понимала, что происходит. Она остановилась на обочине и позвонила мужу, который выехал ей навстречу. Тревога не покидала Джейн все дорогу, пока она ехала за мужем к дому.

Теперь Джейн испытывает эти ощущения во многих ситуациях. Она описывает приступы паники как ощущение нереальности, отстраненности, появляются одышка, сердцебиение, страх неизвестности. Больше всего ее пугает именно ощущение нереальности. Поэтому Джейн особенно восприимчива ко всему, что сопровождается таким ощущением, например засыпание, наступление сумерек, яркий свет, длительная концентрация на чем-либо, потребление алкоголя или лекарственных препаратов, общая тревога. Несмотря на то что ей прописан клонопин (клоназепам — сильнодействующий препарат бензодиазепинового ряда), Джейн практически никогда его не принимает, так как боится попасть в зависимость от лекарства или достичь измененного состояния сознания. Она хочет всегда сохранять бдительность и носит с собой клонопин на всякий случай, когда другого выхода не будет. Джейн чрезвычайно чувствительна к телесным ощущениям; она боится всего мало-мальски необычного. Даже кофе, который она раньше так любила, теперь ей недоступен из-за его возбуждающего действия. Она никогда не была заядлой спортсменкой, а теперь избегает любых нагрузок. Джейн сообщает, что все время пребывает в ожидании очередного панического приступа. Она избегает выезжать на шоссе и ездит только по небольшим знакомым улочкам, не удаляясь при этом от дома больше чем на 10 миль. Она также избегает скопления людей, отчасти потому, что вид толпы действует на нее возбуждающе, а также из опасения, что панический приступ возникнет в присутствии многочисленных свидетелей. В целом она предпочитает находиться в обществе мужа или своей матери. Вместе с тем в безопасном для себя регионе она справляется с делами самостоятельно.

Джейн говорит о том, как изменилась за последнее время, какой слабой и испуганной себя чувствует. Она припоминает единственный эпизод из своего прошлого, когда в 20 лет с небольшим испытала похожий страх. Она экспериментировала с наркотиками (марихуаной) и внезапно испугалась того, что утратит над собой контроль и никогда больше не вернется к реальной действительности. С тех пор она никогда больше не принимала наркотические вещества. У Джейн не было серьезных заболеваний и опыта психологической терапии. В детстве и подростковом возрасте она была очень застенчивой. Однако впоследствии, вплоть до появления панических приступов, ее социальная тревога уменьшилась, и в общении с окружающими Джейн чувствовала себя вполне комфортно. После первых панических приступов она стала опасаться, что люди сочтут ее странной. Однако ее социальная тревога ограничена приступами паники и не перерастает в социальную фобию.

У Джейн хороший аппетит, но спит она беспокойно. По меньшей мере раз в неделю она просыпается посреди ночи, задыхаясь от страха. Фоновая тревога сосредоточена на возможности появления чувства нереальности происходящего. Джейн в некоторой степени проявляет беспокойство о детях и родителях. Однако это беспокойство нельзя назвать чрезмерным. Ей бывает трудно сосредоточиться, но в целом в безопасных для себя ситуациях она функционирует удовлетворительно. Например, она работает неполный рабочий день менеджером в их совместной с мужем фирме. В этой сфере она добивается успехов и чувствует себя легко и свободно. Тем не менее время от времени она огорчается по поводу невозможности дальних поездок. Иногда она впадает в отчаяние и не верит в возможность избавления от тревоги.

Функциональный поведенческий анализ проводится в три этапа.

Интервью

Подробное интервью — первый шаг при оценке состояния и поведенческо-когнитивного профиля клиента. Разработаны несколько структурированных и полуструктурированных схем проведения интервью. План интервью с целью выявления тревожных расстройств (*Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-IV*) для *DSM-IV* (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994) позволяет оценить выраженность преимущественно тревожных расстройств, а также расстройств настроения и соматоформных расстройств. Этот инструмент дает возможность выявить психотическую симптоматику и злоупотребление наркотиками. Ценность структурированных интервью заключается в возможности проведения дифференциальной диагностики и сопоставления диагностической надежности разных версий инструментария. Для различных тревожных расстройств надежность может варьировать от удовлетворительной до очень хорошей, если сравнивать с предшествующей версией плана интервью *ADIS-R*, разработанного в соответствии с диагностическими критериями *DSM-III-R* (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). Аналогичным образом план интервью при аффективных расстройствах и шизофрении, версия без ограничения срока действия (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Lifetime Version*), модифицированных тревогой (*Anxiety Modified*), позволяет установить надежный диагноз при большинстве перечисленных в *DSM-III-R* тревожных расстройствах (за исключением генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и простой фобии) (Mannuzza et al., 1989). Еще одна схема проведения интервью — Структурированное клиническое интервью (*Structured Clinical Interview*) для *DSM-IV*, позволяющее выявить более широкий спектр психических расстройств.

Дифференциальная диагностика иногда представляет значительные трудности, поскольку, как упоминалось выше, паника распространена довольно широко (Barlow, 1988) и встречается при целом ряде эмоциональных расстройств. Речь идет, в частности, о специфических фобиях, ГТР, обсессивно-компульсивном или посттравматическом стрессовом расстройстве. В случае Джейн следовало дифференцировать между социальной фобией и ПРА. В форме 1.1 приведены вопросы из *ADIS-IV*, благодаря которым можно провести это разграничение (ответы Джейн даны курсивом).

Как видно из формы 1.1, Джейн испытывает приступы паники в социальных ситуациях и боится заслужить негативную оценку, если ее тревога станет замет-

ной окружающим. Вместе с тем, несмотря на застенчивость в детские годы, ее терпешный социальный дискомфорт основан преимущественно на самой возможности возникновения приступа. Поэтому, а также потому, что Джейн удовлетворяет другим критериям ПРА (в частности, немотивированные/не связанные с социальными ситуациями приступы паники и навязчивые опасения возможных приступов паники в будущем), социальный дистресс можно считать вторичным по отношению ПРА. Если бы Джейн жаловалась на приступы паники, привязанные исключительно к социальным ситуациям, тогда диагноз социальной фобии был бы более вероятным. Неожиданное возникновение приступов паники, а также озабоченность тем, что сказать или сделать в социальной ситуации, независимо от возникновения приступов паники навели бы на размышление о сочетании двух диагнозов ПРА и социальной фобии.

Части ADIS-IV раздела «Паническое расстройство»

Испытываете ли вы время от времени внезапный приступ страха или дискомфорта? Да.

В каких ситуациях возникают подобные чувства? *Во время поездок в автомобиле, особенно по шоссе... дома в одиночестве... на вечеринках или в толпе.*

Бывает ли так, что эти чувства возникают ни с того ни с сего, без всяких видимых причин, или в совершенно неожиданных ситуациях? Да.

Сколько времени обычно проходит с момента начала приступа страха/дискомфорта до наивысшего его уровня? *Бывает по-разному, иногда достаточно нескольких секунд, а временами это развивается постепенно.*

Как долго страх/дискомфорт продолжается на своем пиковом уровне? *Это зависит от ситуации. Если я в это время нахожусь одна дома, все заканчивается в течение нескольких минут или даже секунд. Если меня окружает толпа людей, приступ прекращается лишь после того, как я уйду.*

За последний месяц как часто вам приходилось беспокоиться и опасаться очередного приступа паники?

0	1	2	34	5	©	7	8
Отсутствуют беспокойство/ страх	Редкое беспокойство/ небольшой страх	Иногда беспокойство/ умеренный страх	Частое беспокойство/ выраженный	Постоянное беспокойство/ сильный страх страх			

Части ADIS-IV. Раздел «Социальная фобия»

В социальных ситуациях, когда за вами наблюдают или оценивают, или при встрече с новыми людьми ощущаете ли вы страх, тревогу, беспокойство? Да.

Проявляете ли вы очевидное беспокойство оттого, что скажете или сделаете что-то, что может вас скомпрометировать в глазах окружающих или поставить в неловкое положение, что другие могут про вас плохо подумать? Да.

Чего именно вы боитесь в подобных ситуациях, что может произойти? *Того, что другие заметят мое волнение и сочтут меня странной... во время панических приступов мое лицо бледнеет, а в глазах появляется ужас. А что, если я упаду в обморок и они не будут знать, что со мной делать?*

Ваша тревога по поводу этих ситуаций объясняется тем, что вы опасаетесь неожиданного приступа паники? *Да (я боюсь паники или ощущения нереальности происходящего).*

Испытывали ли вы неожиданные приступы страха/тревоги вне этих ситуаций? Да.

Форма 1.1. Вопросы из разделов ADIS-IVO паническом расстройстве и социальной фобии. Из Di Nardo, Brown, and Barlow (1994). Копирайт 1994 Psychological Corporation. Воспроизведено с разрешения владельцев.

Те же вопросы позволяют провести границу между ПРА и клаустрофобией. Совсем другие моменты возникают при дифференциальной диагностике между соматоформными расстройствами, реально существующими заболеваниями и расстройствами по типу избегающей или зависимой личности.

Медицинская оценка

Как правило, рекомендуется медицинская консультация, поскольку до постановки диагноза ПР/ПРА следует исключить патологические соматические состояния. Речь прежде всего идет о заболеваниях щитовидной железы, интоксикации кофеином или амфетамином, воздержании от наркотиков или феохромоцитоме (редко встречающейся опухоли надпочечников). Более того, некоторые медицинские состояния усугубляют течение ПР/ПРА, хотя ПР/ПРА, как правило, сохраняются и при их устранении или ослаблении выраженности. Проплапс митрального клапана, астма, аллергические заболевания и гипогликемия относятся именно к этой категории. В соответствии с описанной выше моделью эти состояния усугубляют проявление ПР/ПРА, поскольку сами способны вызывать пугающую физическую симптоматику.

Например, пролапс митрального клапана иногда вызывает нарушение сердечного ритма, астма может служить причиной одышки, а гипогликемия приводит к головокружению и слабости.

Самонаблюдение

Самонаблюдение является важной составляющей оценки и вмешательства при ПР/ПРА. Ретроспективный анализ прошлых эпизодов паники и тревоги, особенно в тревожных обстоятельствах, может усилить проявления паники (Margraf et al., 1987; Rapee, Craske, & Barlow, 1990). Более того, такое обостренное восприятие способствует ожиданию панических приступов в будущем. Следовательно, самонаблюдение можно считать терапевтическим инструментом только в том случае, если оно проводится более точно и взвешенно (Craske & Tsao, 1999, подробный обзор результатов самонаблюдения при панике и тревоге). Кроме того, считается, что самонаблюдение способствует объективному самосознанию.

Объективное самонаблюдение занимает место негативно окрашенных утверждений типа «Я чувствовал себя ужасно — хуже некуда, — мое тело вышло из-под контроля». Констатация фактов вроде «Уровень моей тревожности соответствовал 6 баллам — симптоматика включала дрожание рук, головокружение, чувство нереальности происходящего и нехватку воздуха — эпизод продолжался в течение 10 минут». Объективное самосознание снижает негативный аффект. И наконец, по результатам самонаблюдения можно судить о достигнутом прогрессе, а полученный материал хорошо обсудить на сессии.

Приступы паники фиксируются в специальном отчете (*Panic Attack Record*), представленном в форме 1.2. Эту форму следует заполнить непосредственно после приступа паники, следовательно, ее надо носить с собой (она имеет размер бумажника). Уровень тревоги, депрессии и беспокойства по поводу возникновения приступов паники в течение дня отражается в Отчете о настроении за день (*Daily Mood Record*), представленном в форме 1.3. Эта форма заполняется в конце каждого дня. Наконец, повседневные дела фиксируются в дневнике или путем выбора из контрольного перечня завершенных дел при агорафобии.

Дата _____ Время начала _____

Пусковые моменты _____

Ожидаемый приступ _____ Неожиданный _____

Выраженность
страха 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8

Отсут-
ствует Мини-
мальный Умерен-
ный Значи-
тельный Чрезвычайно
выраженный

Отметьте все минимально выраженные симптомы:

Затруднение дыхания _____

Сердцебиение/замирание сердца _____

Удушье _____

Оцепенение/покалывания/дрожь _____

Тошнота/дискомфорт в животе _____

Боль в груди/дискомфорт _____

Ощущение жара/холода _____

Потливость _____

Чувство нереальности _____

Неустойчивость/головокружение/ обморочное состояние _____

Страх смерти _____

Страх утратить контроль/сойти с ума _____

Форма 1.2. Отчет о приступе паники. Из Barlow & Craske (2000). Копирайт 2000 Graywind Publications Inc. and Psychological Corporation. Воспроизведено с разрешения владельцев

Оцените средний уровень вашей тревоги, сниженного настроения и беспокойства по поводу возможного приступа паники в конце каждого дня.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8

Отсутствие
тревоги Мини-
мальная Умеренная Сильная Крайняя

Дата Средняя тревога Средняя депрессия Средняя выраженность
беспокойства
по поводу возможной
паники

Форма 1.3. Отчет о настроении за день. Из Barlow и Craske (2000). Копирайт 2000 Graywind Publications Inc. and Psychological Corporation. Воспроизведено с разрешения владельцев

Распространенная проблема — нежелание проводить самонаблюдение. Иногда это связано с неправильным пониманием своей задачи или с недоверием к этому

методу. Чаще всего, однако, пациенты отказываются проводить самонаблюдение из-за боязни усиления тревоги. Это, в частности, касается тех, кто стремится отвлечься от тревожной ситуации и избегает тихих минут, когда тревожные мысли могут захватить его целиком: «Зачем мне ухудшать свое положение, копаясь в своем плохом самочувствии?» В случае Джейн задание проводить самонаблюдение представлялось особенно сложным, поскольку воспоминания о пережитой тревоге вызывали страх утраты контакта с реальностью. Убеждения, заверения в том, что тревога по поводу самонаблюдения постепенно уйдет, и акцент на объективных составляющих этого процесса оказали на Джейн благотворное влияние. Кроме того, когнитивное реструктурирование, проведенное на первых нескольких сессиях, помогло Джейн справиться со страхом нереальности и более спокойно относиться к этим чувствам в процессе самонаблюдения. Наконец, внимательное отношение психотерапевта к информации, полученной в процессе самонаблюдения, и корректирующая обратная связь по поводу методов его проведения в начале каждой сессии подкрепляли решимость Джейн.

Стандартизированные опросники

Разработано несколько стандартизированных опросников для самонаблюдения, которые позволяют получить ценную информацию для планирования вмешательства и, кроме того, являются чувствительным инструментом для выявления терапевтических изменений. В Опроснике мобильности (*Mobility Inventory*) (Chambless, Caputo, Gracely, Jasin, & Williams, 1985) перечислены агорафобические ситуации, которые следует оценивать по степени их избегания, как в одиночку, так и в сопровождении другого человека. Этот инструмент чрезвычайно полезен для установления иерархии тревожных ситуаций при экспозиции *in vivo*. Индекс тревожной сенситивности (*Anxiety Sensitivity Index*) (Reiss et al., 1986) получил широкое распространение при оценке характерологической склонности воспринимать телесные ощущения как угрожающие. Это хороший психометрический инструмент, позволяющий дифференцировать ПР/ПРА от других типов тревожных расстройств (Taylor, Koch, & McNally, 1992; Telch, Sherman, & Lucas, 1989). Более детальную информацию о наиболее пугающих физических ощущениях и наиболее типичных заблуждениях можно получить при использовании Опросника телесных ощущений (*Body Sensations Questionnaire*) и Опросника агорафобических убеждений (*Agoraphobia Cognitions Questionnaire*) (Chambless et al., 1984). К методикам измерения тревожности относятся Тест тревоги как состояния и тревожности как свойства личности (*State-Trait Anxiety Inventory*) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) и Опросник тревожности Бека (*Beck Anxiety Inventory*) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

В дополнение ко всему этому мы разработали два стандартизированных опросника-самоотчета, которые пригодны для использования при ПРА. Первый из них, Олбанский опросник паники и фобии (*Albany Panic & Phobia Questionnaire*) (Rapee, Craske, & Barlow, 1995), включает 32 пункта и предназначен для выявления боязни и избегания определенных видов деятельности, связанных с пугающими физическими ощущениями, а также наиболее типичных агорафобических ситуаций. Факторный анализ позволил выделить три различных фактора, которые были обозначены как агорафобия, социальная фобия и интероцептивные страхи. Опросник полностью соответствует требованиям психометрики и по-

звляет разграничить агорафобическое и интероцептивное избегание. Второй — Опросник контроля тревожности (*Anxiety Control Questionnaire*) — представляет собой шкалу с 30 пунктами для оценки представлений о возможности/невозможности контролировать тревожные ситуации и события, такие как внутренние эмоциональные реакции или внешние угрожающие стимулы (Rapee, Craske, Brown, & Barlow, 1996). Шкала предназначена для выявления локуса контроля, но более специфически связанного с тревогой и тревожными расстройствами по сравнению с более общими шкалами по уровням субъективного контроля. Таким образом, этот опросник позволяет выявить центральное звено тревожных расстройств. И наконец, к методикам оценки интерперсонального контекста относятся Шкала диадной адаптации (*Dyadic Adjustment Scale*) (Spanier, 1976) и Шкала супружеского счастья (*Marital Happiness Scale*) (Azrin, Naster, & Jones, 1973).

Поведенческие тесты

Поведенческий тест служит полезным инструментом для оценки степени избегания специфических ситуаций. Такие тесты могут быть стандартизованными или конструируются индивидуально. Стандартизованный поведенческий тест при ПР/ПРА обычно включает в себя ходьбу пешком или езду на автомобиле по определенному маршруту, например в радиусе одной мили от клиники. Уровень тревоги оценивается через строго определенные интервалы времени и сопоставляется с реально преодоленным расстоянием. Недостатком такого теста является то, что он годится не для всех клиентов. Например, прогулка на расстояние в одну милю может вызвать у некоторых людей лишь минимальные признаки тревоги. Поэтому, как правило, используются индивидуально подобранные задания, затрагивающие от трех до пяти ситуаций, которые сам клиент ранжирует от минимально до максимально трудных. Это может быть езда по шоссе с пересечением двух перекрестков, ожидание своей очереди в банке или 15-минутное пребывание в местном супермаркете. Для каждой ситуации измеряются максимальный уровень тревоги и степень выполнения задания (отказ, попытка с последующим отказом, выполнение задания). Индивидуально подобранные поведенческие тесты являются более информативными для клиницистов, хотя для исследовательских целей этот подход слишком субъективен и не позволяет сопоставлять полученные для разных клиентов данные.

Стандартизованные и индивидуально подобранные поведенческие тесты подвержены накладкам, связанным со страхами и избеганием определенных ситуаций, а также улучшением в результате вмешательства (Borkovec, Weerts, & Bernstein, 1977). С другой стороны, поведенческие тесты являются хорошим дополнением к самоотчетам об агорафобическом избегании, поскольку клиенты склонны недооценивать свои возможности (Craske et al., 1988). Кроме того, поведенческие тесты часто позволяют выявить неосознаваемую человеком информацию, необходимую для адекватного планирования вмешательства. Склонность находиться вблизи возможных опор, например стен или перегородок, иногда можно выявить, лишь понаблюдав за тем, как клиент ходит по супермаркету. В случае с Джейн боязнь сумерек проявилась лишь после того, как ее попросили сесть за руль и проехать участок шоссе в качестве поведенческого теста. На это она заявила, что уже слишком поздно, начинает смеркаться и предметы кажутся ей нереальными. Аналогичным образом при выполнении поведенческого теста удалось выявить

потребность Джейн в кондиционировании воздуха во время езды на машине. Джейн полагала, что струя холодного воздуха, направленная в лицо, помогает ей оставаться «в контакте с реальностью». Наконец, положение тела Джейн во время езды на машине, как оказалось, само по себе провоцирует тревогу: ее плечи были напряжены, она близко склонилась к рулю и держала его чересчур крепко.

Психофизиология

Физиологические методы измерения не получили широкого распространения у клиницистов, хотя с их помощью можно получить ценную информацию (Hofmann & Barlow, 1996). В частности, о роли внимания и убеждений в появлении симптомов можно судить по расхождению между самоотчетом и реальными показателями физиологического возбуждения, о чем шла речь выше. Аналогичным образом записанные в динамике показатели позволяют опровергнуть ошибочные суждения типа «Мое сердце билось так часто, словно вот-вот разорвется» или «У меня такое высокое давление, что в любой момент может случиться инсульт». И наконец, исходные уровни физиологических показателей, которые у тревожных людей обычно повышены, могут быть чувствительным маркером эффективности вмешательства.

Функциональный анализ

Различные диагностические методы дают информацию для проведения полного функционального анализа, пример которого для случая Джейн приведен ниже. Топография приступа паники:

- *ощущения*: нереальность происходящего, нехватка воздуха, сильное сердцебиение;
- *частота*: в среднем трижды в неделю;
- *продолжительность*: от нескольких секунд до пяти минут, если приступ случился не в толпе;
- *предчувствие*: думает о нем 75% времени;
- *тип возникновения*: как правило, после предвестников, однако иногда возникает неожиданно.

Предпосылки:

- *ситуационные*: езда по шоссе, толпы людей, пребывание в одиночестве (особенно по ночам), рестораны, сумерки, чтение и длительная концентрация на чем-либо, физическая активность;
- *внутренние*: изменения сердечного ритма, головокружение, ощущение голода, слабость от голода, мысли о значимом социальном событии, мысли о невозможности терпеть ту или иную ситуацию, гнев.

Ошибочные суждения:

- *физические*: отсутствуют;
- *умственные*: невозможность вернуться в нормальное состояние, потеря рассудка, утрата контроля над собой;
- *социальные*: «Окружающие заметят, что я волнуюсь, и сочтут меня странной».

Поведенческие реакции на приступы паники:

- *стремление спастись*: съезд на обочину, уход из ресторана и других людных мест;
- *обращение за помощью*: звонок значимому другому, в последнее время используется крайне редко;
- *защита*: холодный воздух, ношение с собой клонопина, который на самом деле практически не применяется.

Поведенческие реакции на предвосхищение приступов паники:

- *избегание*: длительные поездки на машине в одиночку, незнакомые дороги, людные места, физические упражнения, тишина и ничегонеделание, занятие одним видом деятельности в течение длительного времени;
- *когнитивное избегание*: попытки не думать об ощущениях тревоги и нереальности;
- *показатели безопасности*: всегда имеет при себе лекарство, знает, где находится муж.

Последствия:

- *семья*: муж проявляет заботу и внимание; мать считает, что Джейн следует взять себя в руки, поскольку «проблемы у нее в голове»;
- *работа*: продолжает работать, но неполный рабочий день;
- *досуг*: гораздо меньше путешествует;
- *социальное общение*: гораздо реже посещает различные мероприятия, встречается с друзьями.

Общее настроение:

- некоторые трудности концентрации внимания, беспокойный сон, головная боль, боли в мышцах;
- временами плаксивость, печаль и чувство безнадежности.

Компоненты когнитивно-поведенческой психотерапии

В этом разделе описаны компоненты методики разработанного нами когнитивно-поведенческого вмешательства по контролю паники. Далее в этой главе они объединены в пошаговую программу вмешательства.

Когнитивное реструктурирование

Изначально когнитивная психотерапия не использовалась для коррекции ошибочных представлений о физических ощущениях, а была направлена на выработку в тревожных ситуациях стратегий совладания. Мы называем это «копинг-ориентированная когнитивная психотерапия» (*copmg-oriented cognitive therapy*). Первые результаты исследований сравнительной эффективности поведенческих и копинг-ориентированных когнитивных вмешательств при агорафобии были получены группой ученых (Michelson, Mavissakalian, & Marchione, 1985). Авторы сопоставляли парадоксальную интенцию, градуированную экспозицию и прогрессивную мышечную релаксацию, хотя все участники исследования проводили

самостоятельную экспозицию *in vivo* в промежутках между сессиями. При оценке непосредственно после вмешательства и спустя три месяца метод парадоксальной интенции имел сходную эффективность с градуированной экспозицией и релаксацией, если судить по количеству улучшений, однако после его применения патологические симптомы сохранились у гораздо большего числа пациентов. Авторы повторили свое исследование с привлечением в два раза большего количества участников (Michelson, Mavissakalian, & Marchione, 1988). В отличие от первого проекта эффективность методов вмешательства оказалась практически одинаковой. Тот же результат был получен и в третьем исследовании (Michelson et al., 1990). Таким образом, копинг-ориентированное когнитивное вмешательство по эффективности не уступает поведенческому, хотя во всех исследованиях оно сочеталось с самостоятельной экспозицией к тревожной ситуации, что само по себе является поведенческой стратегией. Было проведено и другое исследование, несколько отличающееся по дизайну от уже описанных (Murphy et al., 1998). Изучалась сравнительная эффективность трех терапевтических комбинаций: когнитивной психотерапии в сочетании с самостоятельной экспозицией и экспозицией под руководством психотерапевта; релаксации в сочетании с самостоятельной экспозицией и экспозицией под руководством психотерапевта; и собственно самостоятельной экспозиции и экспозиции под руководством психотерапевта. И вновь не удалось выявить практически никаких значимых отличий, хотя использование когнитивной психотерапии позволило достичь более выраженных и стойких изменений. В отсутствие самостоятельной экспозиции Эммелкемп с коллегами обнаружили, что копинг-ориентированная психотерапия (рационально-эмотивная психотерапия и тренинг самоинструктирования) при агорафобии была гораздо менее эффективной по сравнению с длительной экспозицией *in vivo*, судя по самоотчетам и целому блоку поведенческих тестов на тревогу и избегание (Emmelkamp, Brilman, Kuipers, & Mersch, 1986; Emmelkamp, Kuipers, & Eggegaat, 1978; Emmelkamp & Mersch, 1982).

Современные методы когнитивной психотерапии нацелены на коррекцию ошибочных представлений о физических ощущениях и высокоэффективны при агорафобии умеренной выраженности, а полученные результаты превосходят (Arntz & van den Hout, 1996; Clark et al., 1994) или сопоставимы с таковыми при применении релаксации (Beck, Stanley, Baldwin, Deagle, & Averill, 1994; Ost & Westling, 1995), хотя когнитивные навыки способствуют более длительному уменьшению тревоги (Stanley et al., 1996). Успеха можно достичь и при выраженной агорафобии. Например, когнитивная психотерапия такого типа оказалась более эффективной, чем экспозиция с целью овладения навыками, для стационарных пациентов с умеренной и тяжелой агорафобией, которым проводилось интенсивное вмешательство в течение шести недель (Hoffart, 1995), а также для пациентов с варьирующей выраженностью агорафобии при курсе продолжительностью восемь недель (Williams & Falbo, 1996). С другой стороны, Бушар с коллегами (Bouchard et al., 1996) обнаружили, что когнитивная психотерапия была несколько менее эффективной по сравнению с экспозицией *in vivo* для пациентов с варьирующей выраженностью агорафобии. Основанные на экспозиции поведенческие стратегии обычно используются для получения информации, позволяющей опровергнуть ошибочные суждения. Значение основанных на экспозиции стратегий для результативности когнитивной психотерапии пока неизвестно, хотя двухнедель-

ная направленная когнитивная психотерапия с исключением экспозиции к тревожным ситуациям привела к снижению частоты и выраженности приступов паники во всех, за исключением одной, сериях из семи одиночных случаев (Salkovskis, Clark, & Hackmann, 1991).

Тренировка дыхания

Тренировка дыхания с самого начала стала одним из центральных компонентов ВКП и других сходных терапевтических стратегий, поскольку пациенты с ПР/ПРА часто в качестве симптомов панического приступа описывают симптомы гипервентиляции. Заслуживает внимания, однако, что сообщение о симптомах гипервентиляции далеко не всегда соответствует реальному положению дел: только 50% пациентов или даже меньше во время приступов паники действительно демонстрируют снижение в крови концентрации углекислого газа (Hibbert & Pils-bury, 1989; Holt & Andrews, 1989; Hornsvelt, Garssen, Dop, & Van Spiegel, 1990).

Тем не менее концепция приступов паники с привлечением гипервентиляционной модели гласит, что приступы паники представляют собой вызванные стрессом изменения дыхания, которые воспринимаются как угрожающие и провоцируют страх или же способствуют усилению страха, вызванного внешними пугающими стимулами (Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985). Было обнаружено (Kraft & Hoogduin, 1984), что шесть сессий, посвященных тренировке дыхания, дважды в неделю уменьшают число панических приступов с 10 до 4 в неделю. Вместе с тем это вмешательство было не более эффективным по сравнению с повторной гипервентиляцией и приобретением навыков контроля симптоматики за счет дыхания в мешке или идентификации значимых стрессоров и решения проблем. Опубликовано два сообщения об успешном применении дыхательных упражнений в контексте когнитивных вмешательств, когда пациентов обучали интерпретировать физические ощущения как не таящие в себе угрозу (Rapee, 1985; Salkovskis, Warwick, Clark, & Wessels, 1986). Кларк с коллегами (Clark et al, 1985) опубликовали результаты более крупного, хотя и не контролируемого исследования, в ходе которого 18 пациентов с ПР/ПРА участвовали в двух сессиях, проводившихся раз в неделю и посвященных тренингу по контролю дыхания и когнитивной реатрибуции значения симптомов. Частота и выраженность приступов паники за это короткое время заметно снизилась, особенно у лиц без тяжелой агорафобии. Другие авторы (Salkovskis et al, 1986) провели со своими девятью пациентами четыре еженедельные сессии, посвященные принудительной гипервентиляции, предоставлению корректировочной информации и дыхательному тренингу, после чего в случае необходимости проводилась экспозиция *in vivo* к агорафобическим ситуациям. После тренинга контроля дыхания приступы паники стали реже, их частота снизилась с семи до трех в неделю.

Хотя результаты исследований демонстрируют высокую эффективность краткосрочных терапевтических вмешательств, возникает несколько вопросов. Во-первых, для участия обычно отбирались только те, у кого панические приступы сопровождаются симптомами гипервентиляции, следовательно, нельзя судить о возможности распространить результаты на всю популяцию. С другой стороны, это может быть и тупиковый ход, поскольку механизм развития приступа не обязательно связан с нарушением дыхания. Итак, проанализировав эффективность вмешательств и сопоставив с механизмом их действия, исследователи (Garssen,

de Ruiter, & van Dyck, 1992) пришли к выводу, что дыхательные упражнения, вероятно, способствуют изменениям не за счет собственно изменений в дыхательной системе, а благодаря тому, что в процессе их выполнения пациент отвлекается и/или обретает контроль над собой. Во-вторых, неясно, является ли тренировка дыхания сама по себе достаточной для снижения выраженности агорафобии, поскольку в нескольких исследованиях показано, что добавление в программу вмешательства дыхательных упражнений не улучшило результативность по сравнению с изолированной экспозицией *in vivo* (de Beurs, Lange, van Dyck, & Koele, 1995). В-третьих, протоколы тренировки дыхания обычно включают в себя когнитивное реструктурирование и интероцептивную экспозицию. Следовательно, нельзя приписывать получаемые результаты исключительно дыхательным упражнениям.

Прикладная релаксация

Вид релаксации, известный как прикладная релаксация (*applied relaxation*), позволяет получить обнадеживающие результаты при терапии панических приступов. Прикладная релаксация включает в себя тренинг по прогрессивной мышечной релаксации (ПМР; *progressive muscle relaxation, PMR*), что важно, пока пациенты не освоят связанную с контролем стимулов релаксацию, которая используется при терапевтической экспозиции к ситуациям с возрастающим уровнем тревожности. Пока не удалось создать теоретическую базу для использования релаксации при панических приступах, хотя давно известно о соматических последствиях мышечного напряжения, которое часто возникает на фоне тревоги и страха. Тем не менее пока не накоплено достаточно данных в поддержку этого положения (Rupert, Dobbins, & Mathew, 1981). Есть и другое мнение, согласно которому страх и тревога при мышечной релаксации отступают, как и при дыхательных упражнениях, потому, что человек обретает ощущение контроля над происходящим (Bandura, 1977; Rice & Blanchard, 1982). Процедуры и механизмы, ответственные за терапевтическое действие релаксации, особенно туманны в случае ее прикладных форм, которые используются лишь при экспозиции к вызывающим тревогу ситуациям.

Были получены обнадеживающие результаты при использовании прогрессивной мышечной релаксации: 100% участников группы, с которыми проводилась прикладная ПМР ($n = 8$), полностью избавились от паники после 14 сессий по сравнению с 71,7% в группе с неприкладной ПМР ($n = 8$) (Ost, 1988). Более того, результаты, полученные в первой группе, сохранялись на протяжении всего периода катамнестического наблюдения (приблизительно 19 месяцев после завершения терапии): у всех пациентов после прикладной ПМР не обнаруживалось патологических симптомов, а в группе после обычной ПМР таких насчитывалось лишь 25%. Было проведено сравнение прикладной ПМР с дыхательными упражнениями и когнитивным тренингом на 10 пациентах с паническими приступами (Michelson et al, 1990). По окончании терапии ни у кого из участников больше не возникали «спонтанные» панические приступы, кроме того, все, исключая одного, вообще избавились от приступов, т. е. достигли хороших конечных результатов. Однако специфический вклад прикладной ПМР в получение таких результатов до конца неясен. Два последующих исследования Оста с коллегами (Ost & Westling, 1995; Ost, Westling, & Hellstrom, 1993) доказывают равную эффективность

прикладной релаксации, экспозиции *in vivo* и когнитивной психотерапии. В отличие от этих наблюдений мы (Barlow et al., 1989) обнаружили, что прикладная ПМР обладала низкой эффективностью при панических приступах, несмотря на то, что interoцептивная экспозиция во всех формах была исключена из тех заданий, при которых использовалась ПМР, хотя сам Ост этого не делал. Кларк с коллегами (Clark et al., 1994) обнаружили, что когнитивная психотерапия превосходила прикладную ПМР при сочетании ее в равных пропорциях с экспозицией *in vivo*, хотя Бек с коллегами (Beck et al., 1994) практически не выявили различий между когнитивной психотерапией и ПМР, если каждое из этих направлений сочетать с экспозиционными процедурами.

Интероцептивная экспозиция

Целью interoцептивной экспозиции является уменьшение боязни специфических физических ощущений путем повторной и систематической экспозиции к ним. Это достигается упражнениями, вызывающими ощущения, сходные с паническими симптомами, например нагрузка на сердечно-сосудистую систему, вдыхание углекислого газа, вращение в кресле и гипервентиляция. Экспозиция проводится с возрастающей интенсивностью. В ряде исследований была продемонстрирована эффективность interoцептивной экспозиции без привлечения других терапевтических стратегий. Несколько десятилетий назад разные авторы наблюдали значительное снижение реактивности после повторных инфузий лактата натрия, препарата, вызывающего такие же физические ощущения, как при панике (Bonn, Harrison, & Rees, 1971; Haslam, 1974). Вместе с тем исследователи не проводили наблюдений за реальными паническими приступами. Другие авторы (Griez & van den Hout, 1986) оценивали сравнительную эффективность вдыхания углекислого газа в возрастающей концентрации и введение пропранолола (бета-блокатор, способный подавлять симптомы, вызванные вдыханием углекислого газа) продолжительностью две недели. Вдыхание углекислого газа привело к снижению частоты панических приступов в среднем с 12 до 4, что превосходило результаты, полученные при введении пропранолола. Кроме того, ингаляционное вмешательство, судя по самоотчетам пациентов, способствовало более значительному снижению страха физических ощущений. Шестимесячное проспективное наблюдение подтвердило стойкость полученных терапевтических результатов, хотя авторы не сообщают об изменении частоты панических приступов. Сравнительно недавно получил подтверждение вывод о том, что вдыхание углекислого газа помогает уменьшить страх физических ощущений (Beck, Shipherd, & Zebb, 1997). Более того, ингаляционная терапия в течение шести сессий позволила уменьшить число приступов паники и связанных с ними страхов, хотя практически не оказала влияния на агорафобию. Наконец, недавнее исследование влияния физических упражнений позволяет рассматривать их в качестве одного из вариантов interoцептивной экспозиции. Брукс с коллегами (Broocks et al., 1998) сопоставили действенность упражнений (в сочетании с поддерживающими контактами с психотерапевтом раз в неделю), кломипрамина и лекарственного плацебо на протяжении 10 недель. В качестве физических упражнений использовались четырехмильные пробежки трижды в неделю. Несмотря на высокий процент отсева из этой группы (31%), физические упражнения оказались более эффективным по сравнению с плацебо. В то же время кломипрамин оказался эффективнее их обоих.

Мы сравнивали действенность прикладной ПМР и других когнитивных и поведенческих вмешательств (Barlow et al., 1989), в частности interoцептивной экспозиции плюс дыхательная тренировка и когнитивное реструктурирование, их сочетания с прикладной ПМР для терапии пациентов с ПР и ограниченной агорафобией, в качестве контрольной группы служили стоящие на листе ожидания¹. Interoцептивная экспозиция включала повторные использования гипервентиляции, вращения в кресле и нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Комбинация interoцептивной экспозиции, тренировки дыхания и когнитивного реструктурирования заметно превосходила по эффективности (измеряемой в частоте панических приступов) нахождение на листе ожидания и прикладную ПМР. В целом 87% участников из этой группы по окончании терапии полностью избавились от панических приступов. Достигнутые результаты сохранялись на протяжении 24 месяцев проспективного наблюдения после окончания терапии в группе, в которой проводилась interoцептивная экспозиция плюс дыхательная тренировка и когнитивное реструктурирование без ПМР, хотя группа с комбинацией всех вышеперечисленных вмешательств и ПМР с течением времени вернулась на исходные позиции (Craske, Brown, & Barlow, 1991).

Пытаясь выяснить вклад различных компонентов вмешательства (interoцептивную экспозицию, дыхательную тренировку и когнитивное реструктурирование) в группе с варьирующими уровнями агорафобии, мы сопоставили эффективность interoцептивной экспозиции, когнитивной психотерапии, экспозиции *in vivo* с тренировкой дыхания, когнитивной психотерапией и экспозицией *in vivo*. Включение в программу вмешательства interoцептивной экспозиции дало несколько больший эффект по сравнению с тренировкой дыхания непосредственно после терапии и полгода спустя (Craske, Rowe, Lewin, & Noriega-Dimitri, 1997). В другом исследовании компонентов вмешательства (Hecker, Fink, Vogeltanz, & Thorpe, 1998) не удалось обнаружить практически значимых различий в эффективности между четырьмя сессиями interoцептивной экспозиции и четырьмя сессиями когнитивной психотерапии в кросс-секционном² исследовании с интервалами между каждым этапом продолжительностью один месяц.

Экспозиция *in vivo*

Как уже говорилось, экспозиция *in vivo* означает повторное, систематическое, приближенное к реальной жизни воздействие — в данном случае агорафобических ситуаций. Экспозиция *in vivo* может осуществляться несколькими способами: под руководством психотерапевта и самостоятельно (что было описано в предыдущем разделе), массированно или с промежутками времени, градуированно или интенсивно, с длительным пребыванием в ситуации или возможностью из нее уйти, с привлечением к ней внимания или с отвлечением.

Массированная/прерывистая экспозиция

Максимальная интенсивность экспозиционной терапии составляет 3–4 часа в день, пять дней в неделю. Длительные непрерывные сессии принято считать

¹ Группа «листа ожидания» — контрольная группа, не получающая той терапии, которая проводится в основной группе. — *Примеч. науч. ред.*

² Кросс-секционный — лонгитудинальный. — *Примеч. науч. ред.*

более эффективными по сравнению с короткими и прерывистыми (Chaplin & Levine, 1981; Marshall, 1985; Stern & Marks, 1973). Пока нет единого мнения об оптимальной частоте повторной экспозиции. Группа исследователей (Foa, Jameson, Turner, & Payne, 1980) провела сравнительную оценку эффективности 10 еженедельных и такого же числа ежедневных сессий экспозиционной терапии *in vivo* для 11 пациентов с агорафобией (кросс-секционный проект). После массивного вмешательства были получены очень хорошие краткосрочные эффекты. Тем не менее Барлоу считает (Barlow, 1988), что по ряду причин предпочтительна прерывистая экспозиция: процент отсева участников гораздо выше при массивном вмешательстве (Emmelkamp & Ultee, 1974; Emmelkamp & Wessels, 1975); число рецидивов после массивной экспозиции обычно выше (Hafner, 1976; Jansson & Ost, 1982); быстрые изменения пациента часто с трудом воспринимаются членами его семьи. Вместе с тем эти закономерности отнюдь не универсальны (Chambless, 1990): так, 36 человек (приблизительно половина которых страдала агорафобией, а другая половина — простыми фобиями по критериям *DSM-III-R*) были приписаны к массивной или прерывистой экспозиции. С каждым из них были проведены 10 сессий прогрессивной экспозиции *in vivo*, а также тренинг респираторного контроля, использовались техники отвлечения и парадоксальной интенции. Прерывистая экспозиция проводилась один раз в неделю, а массивная — ежедневно. Оба типа вмешательства дали сходный эффект непосредственно по окончании и шесть месяцев спустя. Не выявлено различий в проценте отсева участников из двух групп, а также в числе рецидивов на протяжении полугода проспективного наблюдения. Однако несколько пациентов отказались от массивной экспозиции, что могло стать причиной накладок, связанных с формированием выборки. Кроме того, руководитель проекта отметила, что полученные результаты, возможно, не подлежат генерализации, поскольку прерывистая экспозиция перемежалась домашними заданиями, которые сами по себе могли дать определенный эффект. Тем не менее, по мнению исследовательницы, выбор массивной или прерывистой экспозиции зависит от совместного решения психотерапевта и клиента.

К сожалению, ни в одном из исследований, посвященных ПР/ПРА, не использовался расширяющийся прерывистый график (*expanding spaced schedule*), который, в соответствии с «новой теорией отучения» (*new theory of disuse*) (Bjork & Bjork, 1992), является оптимальным для стойкого усвоения результатов обучения. «Расширяющийся график» подразумевает прогрессивное увеличение интервалов между обучающими сессиями. Мы использовали этот график при страхе публичных выступлений (Tsao & Craske), страхе высоты (Lang & Craske, 2000) и страхе пауков (Rowe & Craske, 1998) и обнаружили, что при таком воздействии рецидивы в ходе проспективного наблюдения случались гораздо реже. Обращает на себя внимание тот факт, что высокая эффективность расширяющегося графика сохранялась, несмотря на более высокую частоту сердечных сокращений у участников во время экспозиции и при страхе пауков, несмотря на более выраженную тревожность, учащенный пульс и обостренное восприятие опасности после окончания вмешательства. Эти наблюдения расходятся с теорией переработки эмоций (Foa & Kozak, 1986), согласно которой привыкание в процессе тренировки предшествует стойкому уменьшению страха. И наоборот, те же наблюдения хорошо согласуются с представлениями о том, что трудности в процессе обуче-

ния способствуют стойкому усвоению приобретенных навыков (Schmidt & Bjork, 1992). Хотя наши результаты ограничены специально подобранными выборками, они позволяют судить о возможностях распределения экспозиции во времени. Важное наблюдение было сделано в исследовании, посвященном боязни публичных выступлений: после первой экспозиционной сессии произошел непропорционально большой отсев участников в группе с равными промежутками между сессиями, особенно среди наиболее тревожных пациентов. Это свидетельствует о необходимости сокращения промежутков между экспозициями на начальном этапе вмешательства, поскольку слишком длительный перерыв перед второй экспозицией вызывает выраженную тревогу ожидания и заставляет пациентов принять решение об отказе от терапии.

Прогрессивная/интенсивная экспозиция

Экспозиция *in vivo* обычно проводится в прогрессирующем формате, от менее трудных к более трудным ситуациям в индивидуальной иерархии. Однако интенсивная экспозиция также эффективна. В одном из исследований (Feigenbaum, 1988) терапевтические сессии проводились в массированном формате курсом от 6 до 10 дней подряд. Одна группа подвергалась неградуированной экспозиции ($n = 25$), начиная с наиболее тревожных ситуаций в иерархии избегания. Другая группа подвергалась прогрессивной экспозиции ($n = 23$), начиная с наименее тревожных ситуаций. Пациенты в выборке страдали тяжелой агорафобией; приблизительно треть в начале исследования не могли выйти из дому. Сразу после вмешательства спустя восемь месяцев показатели обеих групп сравнялись (хотя, как ни странно, группа с прогрессивной экспозицией сочла вмешательство более тревожным). Вместе с тем неградуированная экспозиция позволила получить явно лучшие результаты, если судить по пятилетнему проспективному наблюдению: 76% пациентов, подвергнутых интенсивной экспозиции, и только 35% из группы с прогрессивной экспозицией сообщили о полном исчезновении симптомов. При добавлении в группу интенсивной экспозиции еще 104 человек были получены сходные результаты. В целом из 129 участников 78% полностью избавились от патологических симптомов, судя по самоотчетам по прошествии пяти лет. Такие поразительные результаты свидетельствуют о том, что интенсивное воздействие может быть весьма эффективным (во всяком случае, когда проводится в массированном формате). Пока неясно, можно ли распространить полученные результаты на прерывистую экспозицию. В настоящее время мы в Бостоне занимаемся проверкой эффективности краткосрочной интенсивной экспозиции. В любом случае, уже сейчас можно утверждать, что те, кто соглашается на интенсивную экспозицию, достигнут таких же, если не лучших, результатов, как при прерывистой или прогрессивной экспозиции.

Возможность уйти/длительное пребывание в ситуации

Продолжение экспозиции *in vivo* до уменьшения тревоги — золотое правило в соответствии с моделью угасания страха (Marks, 1978). Аналогичным образом теория переработки эмоций, предложенная Фoa и Козаком (Foa & Kozak, 1986), гласит, что для получения стойкого результата необходима активация страха с последующим его уменьшением непосредственно на сессии. В соответствии с этим доказана действенность продолжительной экспозиции, когда отводится время

для полного угасания тревоги (Marshall, 1985). Вместе с тем есть мнение, что целесообразно рекомендовать клиентам при чрезмерно выраженной тревоге прекращать экспозицию (Emmelkamp, 1982). Группа исследователей (Agras, Leitenberg, & Barlow, 1968) также получила хорошие результаты без длительного поддержания у пациентов высоких уровней тревоги в пугающих ситуациях. Не меньших успехов добились и другие авторы (DeSilva & Rachman, 1984; Rachman, Craske, Tallman, & Solyom, 1986) независимо от того, было ли позволено участникам прекращать экспозицию к тревожной ситуации при достижении уровня тревоги 70 баллов по шкале от 0 до 100 (при условии, что за этим следовало *немедленное возвращение в ситуацию*) или рекомендовалось оставаться в ситуации до тех пор, пока тревога не достигнет своего пика и не снизится хотя бы на 50%. Интересно, что в группе, которой было позволено прерывать экспозицию, уровень субъективного контроля был выше, а страх во время экспозиции соответственно ниже, чем в группе, которая была вынуждена оставаться в тревожной ситуации; таким образом, достижение максимального уровня страха, по-видимому, не обязательно для получения терапевтического эффекта. Все эти наблюдения позволяют утверждать, что угасание страха — не единственная причина эффективности экспозиционной терапии.

Модель терапевтического изменения, описанная Бандурой (Bandura, 1977, 1988) и Уильямсом (Williams, 1988), делает акцент на использовании ранее усвоенных навыков или «самоэффективности» в отличие от угасания страха или привыкания. Термин «направляемое овладение навыками» подразумевает способ проведения экспозиции, а не собственно воздействие стимула. При этом корректируются неадаптивные виды поведения, мешающие развитию самоэффективности и приводящие к выработке защитных приемов, а не собственных навыков. Например, клиентам рекомендуют вести машину расслабившись или идти по мосту, не держась за перила. Такое направленное овладение навыками поведения в тревожной ситуации оказалось более эффективным по сравнению с простой экспозицией к пугающим стимулам (Williams, Turner, & Peer, 1985; Williams & Zane, 1989). Более того, владея необходимыми навыками, люди испытывают в процессе экспозиции не столь выраженную тревогу, т. е. результаты согласуются с другими наблюдениями, свидетельствующими о том, что уровень тревожного возбуждения не обязательно связан с эффективностью экспозиции для снижения страха.

Аналогичным образом концепция «сигналов безопасности» (*safety signals*) (Rachman, 1984) не придает решающего значения уровню тревоги, возникающей во время экспозиции. Рахман полагает, что эффективность экспозиционного вмешательства может быть повышена путем введения таких сигналов. Например, вместо того чтобы ожидать снаружи клиента, вошедшего в супермаркет, психотерапевт мог бы войти туда первым (сигнализируя тем самым о безопасности), а клиент, в свою очередь, последовал бы за ним. Исследователи сопоставили эффективность экспозиции с сигналами безопасности ($n = 9$) и стандартной экспозиции ($n = 10$) для терапии агорафобии на протяжении курса из четырех сессий под руководством психотерапевта и двух недель самостоятельной практики (Sartory, Master, & Rachman, 1989). Были выявлены определенные преимущества использования сигналов безопасности, особенно на этапе самостоятельной практики. Хотя полученные результаты являются предварительными, они хорошо согласуются с уже известными фактами, в частности, что экспозиция может давать

эффект и в отсутствие сравнительно выраженного страха с последующим привыканием к нему. С другой стороны, использование сигналов безопасности порождает беспокойство о возможных рецидивах в случае их устранения. Экспозицию с сигналами безопасности целесообразно считать первым этапом вмешательства, за которым должна следовать экспозиция к тем же ситуациям, но уже без сигнала безопасности.

Привлечение/отвлечение внимания

Некоторые исследователи полагают, что экспозиция наиболее эффективна в том случае, если внимание пациента полностью направлено на объект фобии, а внутренние и внешние отвлекающие факторы сведены к минимуму (Borkovec, 1976; Foa & Kozak, 1986). Было проведено несколько исследований с целью изучения роли отвлечения внимания при экспозиции к специфическим объектам страха, однако лишь одно из них было посвящено ПР/ПРА. Мы (Craske et al, 1989) проводили экспозицию как под руководством психотерапевта, так и самостоятельную, пациентам с агорафобией в малых группах в течение 11 сессий. В одной из групп ($n = 16$) клиентам рекомендовалось внимательно наблюдать за своими физическими ощущениями и мыслями во время экспозиции *in vivo*, мысленно напоминая себе о необходимости не отвлекаться. В другой группе ($n = 14$) клиентам следовало выполнять специальные задания для отвлечения внимания во время экспозиции *in vivo* (например, подбирать рифмы к словам, произносить слова по буквам и т. д.), а также напоминать себе о необходимости отвлечься от пугающих физических ощущений и мысленных образов. Обе группы достигли сходных результатов непосредственно после вмешательства и на протяжении периода проспективного наблюдения. Тем не менее в полном соответствии с наблюдениями за пациентами с обсессивно-компульсивным расстройством (Grayson, Foa, & Steketee, 1982) группа с фокусированной экспозицией показала лучшие результаты в конце периода проспективного наблюдения, в то время как в группе, использовавшей приемы отвлечения внимания, за тот же период показатели несколько ухудшились. Во всяком случае, наш опыт свидетельствует о том, что специфически структурированные упражнения на отвлечение внимания показывают роль сознательных процессов в возникновении того или иного уровня тревоги.

Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии

Когнитивно-поведенческое вмешательство при паническом расстройстве считается весьма эффективным. Далее приведены обобщающие сведения обо всех известных нам рандомизированных исследованиях с группами контроля (большинство из которых уже нами обсуждались), руководители которых приводят данные об исчезновении панических проявлений и хороших конечных результатах (отсутствие паники при наличии только ситуационно оправданной тревоги) как следствии наиболее эффективных видов когнитивно-поведенческого вмешательства из тех, что были использованы. В этих исследованиях 76% участников, прошедших полный курс вмешательства, непосредственно после него избавились от панических проявлений, а 78% достигли тех же результатов в конце проспектив-

ного наблюдения (по истечении двух лет), после 11 терапевтических сессий, причем 10% от первоначального количества пациентов досрочно прекратили терапию. Вместе с тем оценки эффективности терапии, основанные лишь на отсутствии панических проявлений, могут быть завышены. Около 52% пациентов не испытывают паники и избыточной тревоги непосредственно после вмешательства, а 66% — в конце периода проспективного наблюдения. Следует отметить, что статус участников сохраняется или даже продолжает улучшаться и после окончания активного вмешательства, на протяжении периода наблюдения. Кроме того, подобные вмешательства существенно повышают качество жизни (Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin, & Harrington, 1995).

Несмотря на эти обнадеживающие результаты, при ближайшем рассмотрении заметны некоторые изъяны. Во-первых, доля пациентов, избавившихся от панических проявлений, гораздо меньше в выборках с высоким уровнем агорафобии (Williams & Falbo, 1996). Поскольку пациенты с выраженной агорафобией обычно исключаются из выборки, исследователи неизбежно переоценивают эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с паническим расстройством, многие из которых страдают тяжелой агорафобией. Кроме того, действенность вмешательства при наличии агорафобии гораздо меньше, чем при изолированном ПР (без агорафобии). Контрольные исследования эффективности вмешательств при агорафобии дали следующие результаты: после 12 сессий и при 17% отсева 50% участников достигли значительного улучшения (т. е. нормативного уровня функционирования, смягчения или снижения дистресса по разным методам оценки) непосредственно после вмешательства, а 50% — в конце периода наблюдения.

Во-вторых, прослеживая статус каждого пациента на протяжении некоторого времени, исследователи обнаружили, что кросс-секционные данные могут сильно отличаться от результатов проспективного наблюдения. Так, более трети пациентов, которых сочли избавившимися от панических проявлений спустя 24 месяца после вмешательства, в действительности испытали за предшествующий год один или несколько приступов паники (Brown & Barlow, 1995). Кроме того, 27% выборки подвергались дополнительному вмешательству по поводу паники на протяжении периода проспективного наблюдения. Эти данные свидетельствуют о значительном числе рецидивов страха и необходимости разработки стратегий их профилактики. С другой стороны, более обнадеживающие результаты были получены при анализе статуса пациентов через 2-9 лет после некогнитивной экспозиции *in vivo*: только у 18,5% из 81 пациента без панических проявлений непосредственно после вмешательства возник рецидив, соответствующий критериям для постановки диагноза ПР/ПРА (Fava, Zielezny, Savron, & Grandi, 1995). Одним из возможных объяснений может служить то, что в первом случае (Brown & Barlow, 1995) использовались более строгие критерии (возобновление панических приступов или обращение за помощью), чем во втором (Fava et al., 1995). Тем не менее анализ результатов проспективного наблюдения показывает необходимость разработки мероприятий по предупреждению рецидивов:

- 1) для минимизации рецидивов паники;
- 2) для принятия мер в случае возникновения новых приступов с целью профилактики рецидива развернутого панического расстройства.

Новые перспективы для этого открываются в связи с теоретической дискуссией по поводу контекст-специфических эффектов угасания страха, из чего следует, что экспозицию следует проводить в максимально большом числе контекстов, чтобы распространить приобретенные навыки на все ситуации, в которых может оказаться пациент после окончания вмешательства (Bouton et al.; Bouton & Swartzentruber, 1991). Рецидив страха и паники более вероятен, если редукция страха проводилась в каком-то одном определенном контексте, например в присутствии психотерапевта. Мероприятия по поводу возобновления панических проявлений с целью предупредить рецидив развернутого расстройства могут проводиться в соответствии с первоначальной моделью и стратегиями декатастрофизации. В-третьих, большинство современных исследований эффективности вмешательств проводились на базе университетов или исследовательских учреждений при тщательном подборе пациентов (хотя в самых последних исследованиях критерии исключения сведены к минимуму). Соответственно главная задача — оценить, в какой мере методы и результаты вмешательства могут быть обобщены на другие условия и популяции с более выраженной патологией или какими-либо другими особенностями, смогут ли менее опытные и подготовленные клиницисты воспользоваться этими методами и получить сходные результаты. Одно из направлений изучения этого вопроса — выявление предикторов отсева участников вмешательства в исследовательских проектах. Как уже говорилось, в нашем исследовании одиночных и комбинированных эффектов имипрамина и когнитивно-поведенческой психотерапии при ПР с относительно умеренной агорафобией, неблагоприятными прогностическими признаками в плане отсева были низкий уровень образования участников и неблагоприятные условия жизни (как функция низкого дохода семьи) (Grilo et al., 1998). Следовательно, можно ожидать, что в открытых популяциях процент отсева по этим причинам будет еще выше.

Как ни странно, тяжесть патологии и наличие сопутствующих заболеваний не были прогностически значимыми для отсева участников в нашем исследовании. Безусловно, требуется более прямая оценка эффективности этих вмешательств в обычных, не лабораторных условиях. Именно этим занимаются Уэйд с коллегами (Wade et al, 1998), использующие систему эталонных тестов для проверки эффективности вмешательства при сравнении результатов, полученных на базе общественного центра психического здоровья и исследовательских учреждений. Пациентам в количестве НО человек была проведена когнитивно-поведенческая психотерапия по поводу ПР/ПРА, которая при необходимости сочеталась с фармакотерапией. Психотерапевты прошли специальную подготовку. Как и в нашем исследовании на базе нескольких центров, завершение курса вмешательства положительно коррелировало с числом лет обучения; процент отсева по причинам иным, чем решение психотерапевта, был практически таким же, как в нашем исследовании (21 и 26%). (Заметим, что эти показатели несколько превышают обычный отсев при использовании когнитивно-поведенческой психотерапии, возможно, из-за применения лекарственных препаратов.) В целом удельный вес пациентов, избавившихся от панических проявлений, и тех, кто по результатам различных измерений достиг нормативного уровня функционирования, был сходен с данными, полученными в лабораторных условиях. Возникает следующий вопрос: можно ли получить такие же результаты в других условиях (например,

в амбулаторном учреждении) и с привлечением менее подготовленных психотерапевтов.

Влияние вмешательства по поводу паники на агорафобию

Еще одним важным вопросом является влияние когнитивно-поведенческой психотерапии при паническом расстройстве на проявления агорафобии. Способно ли нацеленное на панику вмешательство само по себе оказать воздействие на агорафобию и есть ли смысл сочетать такое вмешательство с поведенческой терапией *in vivo* для получения лучших результатов? К сожалению, чтобы ответить на первую часть вопроса, эмпирических данных пока недостаточно, хотя группа авторов (van den Hout, Arntz, & Hoekstra, 1994) не обнаружила положительного влияния на агорафобию четырехнедельного курса когнитивной, нацеленной на панику психотерапии. Возможно, однако, что этого курса оказалось недостаточно: другие исследователи (de Ruiter, Rijken, Garssen, & Kraaimaat, 1989) выяснили, что восемь еженедельных сессий, посвященных тренировке дыхания и когнитивному реструктурированию связанных с паникой ошибочных суждений, имели такую же эффективность, как и разъяснение способов проведения самостоятельной экспозиции *in vivo* такой же продолжительности и комбинация этих двух подходов в равных соотношениях. Аналогичные результаты были получены и в процессе проспективного наблюдения (Rijken, Kraaimaat, de Ruiter, & Garssen, 1992). Кроме того, как уже говорилось, есть основания полагать, что когнитивная психотерапия при связанных с паникой ошибочных суждениях может быть столь же эффективной, как и направляемая экспозиция *in vivo* с целью овладения навыками (Hoffart, 1995; Williams & Falbo, 1996) и обычная экспозиция (Bouchard et al., 1996).

Что касается второй части вопроса, ряду исследователей не удалось обнаружить дополнительного влияния на агорафобию когнитивного вмешательства, направленного главным образом на страхи физических ощущений (de Ruiter et al., 1989; Rijken et al., 1992; van den Hout et al., 1994; Williams & Falbo, 1996). Например, одна группа авторов оценила сравнительную эффективность четырех сессий когнитивной психотерапии, за которыми следовали восемь сессий когнитивной терапии плюс экспозиция *in vivo*, и четырех сессий ассоциативной психотерапии с последующим проведением восьми сессий экспозиции *in vivo* (van den Hout et al., 1994). Когнитивная психотерапия не потенцировала экспозиционной психотерапии. Кроме того, тренировка дыхания и повторная interoцептивная экспозиция к гипервентиляции не повышали эффективности экспозиции *in vivo* при агорафобии (de Beurs, Lange, et al., 1995). С другой стороны, те, кто сочетал самостоятельную interoцептивную экспозицию с самостоятельной же экспозицией *in vivo* и тренировкой дыхания, с большей вероятностью достигали 50%-ного улучшения в проявлении фобических страхов и избегания (Ito, Noshirvani, Basoglu, & Marks, 1996).

Влияние вмешательства при ПР/ПРА на сопутствующие заболевания

Последние наблюдения свидетельствуют о том, что вмешательство при ПР/ПРА оказывает влияние на сопутствующие проявления тревоги и депрессии (Brown et al., 1995; Laberge et al., 1993; Tsao, Lewin, & Craske, 1998). Другими словами, со-

путствующая симптоматика депрессии и других тревожных расстройств несколько уменьшается после когнитивно-поведенческой психотерапии по поводу ПР/ПРА. Более того, в одном тщательно спланированном и проведенном исследовании все три участника, прошедшие когнитивно-поведенческое вмешательство по поводу ПР/ПРА, перестали злоупотреблять алкоголем, хотя один из них впоследствии вновь к этому вернулся (Lehman, Brown, & Barlow, 1998). Аналогичным образом аномальные личностные особенности, как правило, сглаживаются после когнитивно-поведенческой психотерапии по поводу ПР/ПРА (Hoffart, 1997; Hoffart & Hedley, 1997; Radius et al., 1995) даже больше, чем после терапии феворином (Black et al, 1996).

С другой стороны, сопутствующие заболевания после окончания вмешательства могут вновь рецидивировать (Brown et al, 1995). Так, Браун с коллегами обнаружили, что если в процессе вмешательства не удалось добиться полной ремиссии сопутствующих заболеваний, после его окончания они постепенно возвращаются к исходному уровню (Brown et al., 1995). Кроме того, группа исследователей показала, что уменьшение проявлений депрессии после вмешательства по поводу ПР/ПРА было не более значительным, чем после пребывания на листе ожидания (Woody, McLean, Taylor, & Koch, 1999). Очевидно, требуются дополнительные исследования этой важной проблемы. Тем не менее имеющиеся данные позволяют заключить, что вмешательство по поводу сопутствующей патологии целесообразно отложить до завершения терапии ПР/ПРА, возможно, патология уйдет сама собой.

Эти интересные наблюдения, касающиеся сочетанного влияния одного вмешательства на несколько патологических состояний, сразу ставят вопрос о механизме его действия. Во-первых, не является ли сопутствующая патология вторичной по отношению к панике, что объясняло бы ее редукцию после устранения панических проявлений? Не исключено, что в некоторых случаях так оно и есть, хотя такая гипотеза не позволяет объяснить всех наблюдаемых явлений. Во-вторых, в процессе вмешательства по поводу ПР/ПРА пациент приобретает определенные навыки, которые оказывают терапевтическое действие при панике, равно как помогают корректировать сопутствующую патологию. Действительно, пациенты в наших исследованиях часто сообщают об использовании когнитивных навыков в разного рода тревожных ситуациях. В-третьих, возможно, вмешательство по поводу ПР/ПРА затрагивает ключевые аспекты психопатологии (такие, как чувство контроля над ситуацией или самоэффективность), значимые при любых расстройствах. Не исключено, что каждое из этих предположений в той или иной степени верно.

Краткосрочное вмешательство при ПР/ПРА

В большинстве случаев терапевтическое вмешательство проводится индивидуально, при участии психотерапевта, курсом от 10 до 20 сессий. Учитывая высокую его стоимость, отсутствие специализированных центров и трудности передвижения пациентов, предпринимались попытки сделать такое вмешательство более доступным, в частности, проводить его в групповом формате, чаще прибегать к самостоятельному выполнению пациентом задания или при минимальном участии психотерапевта, а также к краткосрочному вмешательству. Групповое вмешательство, минимальное участие психотерапевта и самостоятельное вмешательство уже были описаны в этой главе.

Что касается краткосрочного вмешательства, было проведено сравнение между двухдневным групповым когнитивно-поведенческим вмешательством и пребыванием пациента «на листе ожидания», хотя рандомизация проведена не была (Evans et al., 1991). Двухдневная программа включала в себя лекции (3 часа); обучение навыкам, например правильного дыхания, релаксации, и когнитивное реструктурирование (3 часа); экспозицию *in vivo* (9 часов); групповую дискуссию плюс 2 часа поддерживающей терапии для значимых других. Около 85% пациентов полностью избавились от патологических симптомов или добились заметного улучшения, причем достигнутые результаты сохранялись на протяжении года и более. В отличие от группы вмешательства контрольная группа не продемонстрировала заметных изменений. В рандомизированном контролируемом исследовании мы проверили эффективность массированной когнитивно-поведенческой психотерапии при ПР/ПРА у пациентов, которые первоначально обратились за медикаментозным лечением (Craske, Maidenberg, & Bystritsky, 1995). Прежде чем начать принимать лекарственные препараты, пациенты прошли курс когнитивно-поведенческой или поддерживающей недирективной психотерапии, состоявший из четырех еженедельных сессий. Когнитивно-поведенческая психотерапия оказалась более эффективной по сравнению с поддерживающей, особенно при не очень выраженной патологии, хотя результаты в целом были гораздо хуже, чем обычно бывают при большем количестве сессий. В другом неконтролируемом исследовании удалось показать, что четыре сессии когнитивно-поведенческого вмешательства у пациентов с ПР при минимальных проявлениях агорафобии дали те же результаты, что и обычный курс из 10-15 сессий (Westling & Ost, 1999). Тот факт, что в нашей выборке было больше пациентов с агорафобией, может объяснять полученные нами относительно скромные результаты. Наконец, группа исследователей (Clark et al., 1999) проводила терапию 43 пациентов с паническим расстройством, которые были случайным образом распределены на группы стандартной когнитивной психотерапии (курс включал до 12 сессий, каждая продолжительностью 1 час, и был рассчитан на три месяца) и краткосрочной когнитивной психотерапии, в рамках которой проводились пять сессий, а в перерывах между ними пациентам рекомендовалось практиковаться самостоятельно. Оба вмешательства оказались одинаково эффективными, а результаты участников были гораздо лучше по сравнению с контрольной группой.

Описание вмешательства: методика проведения

Обзор

Основной целью ВКП, предложенной нами методикой вмешательства при ПР/ПРА, является прямое воздействие на катастрофическое восприятие происходящего, являющееся неотъемлемой частью панического приступа и тревоги, гипервентиляционную реакцию, условные реакции страха на физическую симптоматику, а также страх и избегание агорафобических ситуаций. Это достигается, во-первых, за счет предоставления клиенту точной информации о природе реакции типа бегства-борьбы. Благодаря полученным сведениям клиенты узнают, что они испытывают всего лишь физические ощущения, а отнюдь не панику, причем ощущения эти вполне нормальны и безвредны. Во-вторых, вмешательство

нацелено на выявление и оспаривание неадекватных, тревожных убеждений. Далее предоставляется специфическая информация, касающаяся эффектов гипервентиляции и ее роли в возникновении панического приступа, что сопровождается дыхательными упражнениями. Затем проводится повторная экспозиция к пугающим внутренним ощущениям с целью уменьшения страха и освоения когнитивных и дыхательных навыков. Обязательно проводится экспозиция *in vivo* к пугающим и избегаемым ситуациям с тем, чтобы воздействовать на проявления агорафобии. Обратите внимание, мы начинаем с вмешательства по поводу панических приступов и только потом переходим к терапии агорафобии.

Сессия 1

Основными задачами первой сессии является описание тревожных проявлений, выработка плана вмешательства и его обоснование, а также акцентирование важности самонаблюдения и выполнения домашних заданий в перерывах между сессиями. Психотерапия начинается с идентификации стереотипов проявления тревоги и тех ситуаций, в которых наиболее вероятны такие проявления. Многим клиентам трудно выявить специфические предпосылки панических приступов, и они склонны полагать, что эти приступы могут возникнуть в любой момент. Психотерапевты оказывают клиентам помощь в обнаружении внутренних пусковых механизмов, негативно окрашенных убеждений, катастрофических представлений и физических ощущений. Вот какой диалог состоялся между Джейн (собирает образцы нескольких клиентов) и психотерапевтом (Д и П соответственно):

П: В каких ситуациях вы чаще всего начинаете паниковать?

Д: В переполненных ресторанах, когда еду по шоссе. Иногда я еду в машине одна, прекрасно себя чувствую, как вдруг внезапно все начинается. А бывает, что я захожу дома, расслабившись, и вдруг приступ. В таких случаях я пугаюсь, не понимаю, что происходит.

П: Итак, когда вы едете по шоссе, какой первый признак того, что вы вот-вот начнете паниковать?

Д: Ну, возникает впечатление, что другие машины движутся очень медленно.

П: А на что первым делом вы обращаете внимание, когда находитесь дома?

Д: Ощущение нереальности происходящего, я словно парю в воздухе.

П: Итак, складывается впечатление, будто панические приступы, возникающие вроде бы без всякой причины, на самом деле связаны с ощущением нереальности или замедленного движения окружающих предметов.

Д: Думаю, да. Мне всегда казалось, что физические ощущения и есть приступ паники, но, возможно, они лишь его предвестники.

Далее вводится трехкомпонентная модель реагирования для описания и прогнозирования в суть тревоги и паники. Благодаря этой модели повышается объективное самоосознание, т. е. клиент начинает себя изучать, что дает основу для создания альтернативной концепции паники и тревоги взамен ошибочных суждений клиента. Клиентам предлагается описать когнитивный, физиологический и поведенческий аспекты своего реагирования: идентифицировать свои **чувства, мысли и действия** во время проявлений тревоги и паники. Делается акцент на различиях между профилем реагирования на тревогу и панику. Например, когнитивный компонент при генерализованной тревожности включает беспокойство за будущие события, в то время как когнитивный компонент при панике подразу-

мекает реакцию на сиюминутную опасность; поведенческий компонент при генерализованной тревожности включает избегание, предосторожность, возбуждение и суетливость, а поведенческий компонент при панике — стремление спастись; физиологический компонент при генерализованной тревожности включает мышечное напряжение, а при панике могут наблюдаться нарушения сердечного ритма и другие признаки возбуждения вегетативной нервной системы. После того как клиент уловит идею трех компонентов системы реагирования, в известной мере независимых друг от друга, описывается взаимодействие между ними. Клиенту предлагают описать три компонента реагирования в процессе последнего панического приступа и выявить пути их взаимодействия при возникновении чрезмерного возбуждения, как в следующем примере.

П: Как бы вы описали три компонента панического приступа, который случился с вами дома, на прошлой неделе?

Д: Ну, физически я ощущала головокружение, руки дрожали. Мне казалось, что я вот-вот упаду в обморок или растаю в воздухе. Мое поведение заключалось в том, что я легла и позвонила мужу на работу.

П: А какой из этих симптомов вы заметили первым?

Д: Когда я встала, у меня закружилась голова.

П: Какова же была ваша реакция на это ощущение?

Д: Я схватилась за спинку стула. Подумала, что со мной что-то не в порядке... Я боялась, что мне станет хуже и я упаду в обморок.

П: Итак, все началось с физических ощущений, а затем у вас возникли специфические мысли о них. Что случилось дальше?

Д: Я ощутила сильную тревогу.

П: А потом?

Д: Ну, тошнота все усиливалась. Я была уверена, что ничего подобного мне раньше испытывать не доводилось. Я знала, что это «оно».

П: Итак, вы начали тревожиться, усилились физические ощущения, появились мысли о том, что вот-вот случится непоправимое. Что вы сделали потом?

Д: Я позвонила мужу, легла в постель и стала ждать его прихода.

П: Понимаете ли вы, что одна реакция повлекла за собой другую, создавая порочный круг? Все началось с ощущений, затем ужасные мысли, потом тревога, усиление ощущений, больше мыслей, больше страха и так далее? Итак, если разорвать круг, не пустив в голову дурные мысли, тревога и страх так и не возникнут.

Лишь коротко следует остановиться на причинах возникновения первого панического приступа. Клиентам разъясняют, что для достижения успеха не обязательно знать причины возникновения паники, поскольку факторы, ответственные за ее возникновение, могут отличаться от тех, которые способствуют сохранению проблемы. Тем не менее первый панический приступ описывается как проявления тревоги/стресса. С каждым клиентом обсуждаются действовавшие на тот момент стрессоры, в частности, их возможный вклад в физическое возбуждение и формирование катастрофических когнитивных представлений.

В конце первой сессии дается обоснование вмешательству и его описание. Реагируя на эту информацию, Джейн начала заранее тревожиться о том, что ей вновь предстоит испытать тревогу. Она считала, что не сможет выдержать предстоящих процедур вмешательства и необходимости жить в ожидании их. Она пришла в сильное возбуждение и сообщила о том, что у нее опять возникло чувство нере-

альности происходящего. Джейн открыла дверь офиса в надежде увидеть своего мужа, который ожидал в приемной. Психотерапевт помог Джейн разобраться в том, как панический цикл возник в данной ситуации:

- 1) пусковым механизмом послужило описание вмешательства — необходимость вновь испытать страх и вернуться в пугающие ситуации;
- 2) это вызвало тревогу, поскольку Джейн считала, что это выше ее сил, что такое вмешательство вызовет чрезмерную тревогу и навсегда лишит ее связи с реальностью, или что она никогда не сможет нормально жить, поскольку терапевтические процедуры ей не под силу;
- 3) тревога в данной ситуации вызвала ощущения нереальности и учащение сердечного ритма;
- 4) Джейн начала беспокоиться, что у нее вот-вот возникнет паника и навсегда утратится контакт с реальностью;
- 5) чем сильнее она тревожилась и чем более отчаянные попытки предпринимала для спасения и обретения безопасности, тем сильнее становились пугающие физические ощущения;
- 6) она испытала некоторое облегчение при виде мужа, поскольку его присутствие гарантировало ей безопасность.

Психотерапевт заверил Джейн, что вмешательство будет проводиться в максимально комфортном для нее темпе, но дал ей понять, что объектом вмешательства как раз и является ее острая тревога по поводу чувства нереальности. Кроме того, было проведено предварительное когнитивное реструктурирование ее представлений о возможности утраты контактов с реальностью, что несколько успокоило Джейн. После длительной дискуссии Джейн стала более оптимистично относиться к предстоящему вмешательству. Была достигнута договоренность о совместном планировании вмешательства и его темпах, чтобы Джейн не беспокоилась о том, что ее заставят делать что-то, к чему она не готова.

В качестве домашнего задания на этой сессии предлагается самонаблюдение с использованием описанных ранее приемов для повышения объективного самосознания. Клиентам рекомендуют наблюдать за проявлениями у себя страха и тревоги, имея в виду трехкомпонентную систему реагирования, которая обсуждалась на данной сессии. Как уже говорилось, Джейн стала беспокоиться по поводу того, что самонаблюдение лишь ухудшит ее состояние, заставляя вспоминать о том, чего она боится больше всего (о панических приступах и ощущении нереальности). Психотерапевт прояснил разницу между объективным и субъективным самонаблюдением, а также заверил Джейн, что ее состояние постепенно улучшится, когда она займется самонаблюдением.

Сессия 2

Задача этой сессии — описать физиологические механизмы, лежащие в основе тревоги и паники, а также концепции сверхбдительности и interoцептивного обусловливания. На этой сессии главным образом развиваются идеи предыдущей сессии, ведется речь об объективном самонаблюдении и альтернативной концептуальной модели. Клиентам дается подробная памятка с описанием дидактической части вмешательства в письменной форме (см. форму 1.4) для ознакомления после окончания сессии.

Тревога и паника — естественные эмоциональные реакции, которые знакомы каждому. Это неотъемлемая часть человеческих переживаний. Тревога является нормальной реакцией любого человека, прокручивающего у себя в мозгу возможные неприятности или угрожающие события. Под угрожающими событиями понимается физическая угроза, например возможность заболеть, несчастный случай или смерть; социальная угроза, например перспектива попасть в неловкое положение, быть отвергнутым или осмеянным; или психическая угроза вроде возможности сойти с ума, утратить над собой контроль или оказаться на низком интеллектуальном уровне.

С научной точки зрения немедленная или краткосрочная тревога (т. е. панический приступ) называется реакцией борьбы-бегства. Такое название объясняется тем, что все физиологические изменения направлены на то, чтобы организм успешно справился с опасностью либо вступив в борьбу, либо спасаясь бегством. Следовательно, главная цель паники — защита человека от опасности. В те времена, когда наши предки жили в пещерах, для них было жизненно важно, чтобы при встрече с опасностью включалась автоматическая реакция, вынуждая немедленно что-либо предпринять (напасть на врага или убежать). И при современных темпах жизни реакция борьба-бегство продолжает нас выручать. Представьте себе человека, переходящего улицу, на которого, не подавая сигнала, мчится автомобиль. Если бы не существовало такой реакции, как тревога, пешеход неминуемо бы погиб. В действительности активизация физиологической реакции борьба-бегство позволяет быстро покинуть проезжую часть. Мораль этой истории проста — паника выполняет защитную функцию, не причиняя человеку вреда. Это механизм выживания человека. Паниковать — значит быть готовым бороться за выживание.

Когда организм получает информацию об опасности, мозг посылает сигналы к нервам вегетативной нервной системы. Вегетативная нервная система имеет два отдела — симпатический и парасимпатический, каждый из которых непосредственно участвует в энергетическом обмене и подготовке организма к действиям. Попросту говоря, симпатическая нервная система и является системой борьба-бегство, которая высвобождает энергию и готовит организм к действиям (борьбе или бегству). Парасимпатическая нервная система отвечает за восстановление ресурсов организма, возвращая его в нормальное состояние. Активизация симпатической нервной системы, как полагают, и вызывает симптомы паники.

Важный момент заключается в том, что симпатическая нервная система работает по принципу «все или ничего». При ее активизации задействуются одновременно все ее компоненты. Эта особенность реагирования позволяет объяснить тот факт, почему при большинстве панических приступов возникает не один или два, а сразу много физических симптомов. Кроме того, симпатическая нервная система реагирует мгновенно при приближении опасности (водителям не составит труда вспомнить свое возбуждение, когда видишь, как на тебя мчится другая машина и столкновения не избежать). Именно эта особенность лежит в основе практически мгновенного, в течение нескольких секунд, возникновения физических симптомов панического приступа.

В симпатической нервной системе, в частности в надпочечниках, вырабатывается два химических вещества — адреналин и норадреналин. Эти вещества, в свою очередь, выступают в роли передатчиков информации о необходимости для организма продолжать деятельность, которая, начавшись, обычно длится какое-то время или даже усиливается. Однако надо представлять себе, что активность симпатической нервной системы может быть приостановлена двумя путями. Во-первых, адреналин и норадреналин в конце концов разрушаются другими веществами. Во-вторых, парасимпатическая нервная система (эффекты которой обычно противоположны тем, которые оказывает симпатическая нервная система) активизируется и восстанавливает спокойное состояние. В конце концов организм «устает» от реакции борьбы-бегства и активизирует парасимпатическую нервную систему. Другими словами, паника не может длиться вечно, как не может и бес-

Форма 1.4. Памятка о физиологии и психологии тревоги и паники (сессия 2). Из Barlow & Craske (2000). Copyright 2000 Graywind Publications Inc. and Psychological Corporation. Воспроизведено с разрешения владельцев

Продолжение &

конечно усиливаться до опасных уровней. Парасимпатическая нервная система представляет собой встроенный предохранитель, не дающий симпатической нервной системе «увлекаться».

Другое важное соображение заключается в том, что химические передатчики информации, адреналин и норадреналин, не могут быть уничтожены мгновенно. Следовательно, даже после приостановки реагирования симпатической нервной системы человек какое-то время будет продолжать чувствовать себя «на взводе», поскольку химические вещества пока еще циркулируют в крови. Такое продолженное возбуждение — естественный и безвредный процесс. В действительности для этого тоже есть причины — в природных условиях опасность часто возвращается. Таким образом, настороженность и готовность к действиям помогает быстро активировать систему борьба-бегство в случае новой опасности.

Активизация симпатической нервной системы повышает частоту сердечных сокращений и ударный объем. Эти физиологические изменения жизненно необходимы для того, чтобы организм смог подготовиться к действиям (борьбе или бегству), поскольку в результате ускоряется кровообращение, к тканям доставляется больше кислорода, а из них удаляются продукты обмена. Кислород необходим мышцам как источник энергии, необходимой для борьбы или бегства. Следовательно, учащение сердцебиения — вполне закономерная реакция во время панического приступа или сильной тревоги.

Физиологические реакции касаются и перераспределения кровотока. Как правило, кровь оттекает от тех мест, где в данный момент в ней нет повышенной потребности (за счет спазма или напряжения стенок кровеносных сосудов) и направляется туда, где она нужнее (благодаря расширению кровеносных сосудов). Например, кровь оттекает от кожи, пальцев рук и ног. Это полезное явление. Обратимся вновь к нашим предкам. Верхние и нижние конечности наиболее часто травмировались. Замедление тока крови в конечностях снижало вероятность смертельного кровотечения. В результате этого кожа бледнеет, ее температура снижается, что особенно заметно в области стоп и кистей рук. Напротив, кровь усиленно приливает к крупным мышцам, например к мышцам бедра, бицепсам и сердцу, которые нуждаются в дополнительном поступлении кислорода, поскольку принимают активное участие в борьбе или бегстве.

Реакция борьбы-бегства изменяет и частоту дыхания. Дыхание учащается, становится более глубоким, поскольку организм нуждается в кислороде, который служит источником энергии для мышц. Иногда, однако, дыхание становится неравномерным, что вызывает безвредные, но неприятные симптомы, например нехватку воздуха, одышку или удушье, боль или стеснение в груди. Кроме того, может уменьшиться приток крови к голове. Хотя это очень незначительные и безопасные изменения, они могут сопровождаться такими проявлениями, как тошнота, пелена перед глазами, потеря ориентации, чувство нереальности происходящего (или полусонное состояние), приливы крови к голове. И вновь защитные физиологические изменения становятся причиной физических симптомов, которые сами по себе не вредны и не служат признаками серьезных нарушений.

Реакция борьбы-бегства усиливает потоотделение. Пот охлаждает тело, защищая его от перегрева и позволяя человеку продолжать борьбу или бегство от опасности. Интенсивное потоотделение делает кожу влажной и гладкой, благодаря чему легче ускользнуть от врага. Следовательно, потоотделение является типичным симптомом тревоги и паники.

Зрачок расширяется, чтобы в глаз попало больше света. Это обостряет зрение и позволяет быстрее заметить приближающуюся опасность. Паника и тревога являются реакциями на восприятие угрозы. Следовательно, в ожидании опасности поле зрения расширяется, чтобы угрожающий объект был лучше виден. Одновременно изменение размера зрачков может вызвать и другие симптомы, например потемнение в глазах, «пятна» перед глазами или повышенную чувствительность к свету.

Еще один физический симптом — снижение слюноотделения, что вызывает сухость во рту. В действительности, все процессы в пищеварительной системе замедляются, чтобы

Форма 1.4. Продолжение

энергия, которая обычно идет на переваривание пищи, могла быть использована в других целях, в частности направлена к мышцам для борьбы или бегства. Иногда это сопровождается тошнотой и чувством тяжести в желудке или развивается диарея, чтобы избавить организм от всего лишнего, что мешает борьбе или бегству.

Кроме того, во многих мышцах возникает напряжение в ожидании бегства или вступления в борьбу. Это иногда вызывает боль и дрожь. Еще одним интересным эффектом является выработка мозгом анальгетиков естественного происхождения, поэтому человек на фоне страха может не замечать боли. По-видимому, этот механизм позволяет продолжать борьбу или спастись бегством даже при значительных повреждениях. Иначе говоря, боль не мешает человеку драться или убегать. В том же направлении действуют коагулянты и лимфоциты, которые усиленно поступают в кровь, помогая остановить кровотечение и восстановить поврежденные ткани. Кроме того, происходят сокращения селезенки с выделением в кровь красных кровяных клеток, необходимых для транспорта кислорода к тканям, а в печени мобилизуются запасы сахара — источника энергии для мышц.

Наконец, в связи с тем что реакция борьбы-бегства активизирует все системы организма, на что уходит много энергии, человек обычно ощущает усталость и измождение.

Реакция борьбы-бегства вполне оправдана, когда человек подвергается нападению, застревает в лифте, ждет операции или переживает любое другое сильное потрясение. Почему же эта реакция появляется и тогда, когда бояться вроде бы нечего, в отсутствие явной опасности? Панический приступ — нормальная реакция организма на страх. Эта реакция может считаться патологической, если возникает в неподходящее время, когда нет реальных причин для опасений.

Как уже упоминалось, люди, страдающие приступами паники, пугаются физических признаков страха. Иными словами, панические приступы отражают боязнь страха. Панический приступ разворачивается в определенной последовательности. Во-первых, возникают неожиданные физические ощущения (неожиданные по той причине, что они не связаны с неизбежной реальной опасностью). Во-вторых, эти физические ощущения сами по себе вызывают страх.

Неожиданные физические ощущения + Страх физических ощущений = Паника

Вторая часть событий вытекает из первой. Как было показано ранее, возникновение реакции борьбы-бегства вынуждает мозг искать, в чем заключается опасность. Иногда явной угрозы обнаружить не удастся, поэтому панические приступы кажутся неожиданными и непредсказуемыми, как гром среди ясного неба. Большинство людей, однако, стремятся как-то себе это объяснить. Если найти правдоподобное объяснение в окружающем мире не получается, поиск продолжается внутри себя. Иными словами, «если моя тревога и паника не имеют разумных объяснений, что-то не в порядке со мной». Следовательно, мозг придумывает свое объяснение, например: «Наверное, я умираю, теряю над собой контроль или схожу с ума». Это, конечно, очень далеко от истины, поскольку цель реакции борьбы-бегства — защитить организм, а не причинить ему вред. К сожалению, подобные ошибочные мысли о физических симптомах паники лишь усугубляют неприятные физические ощущения, замыкая тем самым порочный круг панического поведения. Этот цикл называется «боязнью страха».

Почему у человека, который не испытывает страха, возникают физические симптомы реакции борьбы-бегства? Для этого существует много причин. Одна из них — стресс. Стресс от чрезмерно напряженной работы, перегруженного графика встреч, конфликтных отношений с другими людьми может привести к повышенной выработке адреналина и других химических веществ. Это помогает организму сохранять бдительность и быть готовым справиться со стрессом. Вместе с тем эти последствия стресса могут сопровождаться физическими симптомами, напоминающими панику.

Второй причиной может быть тревога по поводу возникновения приступов паники. Тревожные предчувствия повышают физическое напряжение и, следовательно, вызывают симптоматику стресса. Кроме того, тревога заставляет человека концентрировать вни-

Продолжение •&

мание на объекте этой тревоги. Например, предчувствие авиакатастрофы заставляет чутко прислушиваться к шуму двигателей, улавливать малейшие изменения в вибрации корпуса авиалайнера. В случае паники внимание фокусируется на физических ощущениях. Человек «ощупывает» свое тело в поисках необычных физических ощущений и обнаруживает то, чего в нормальном состоянии никогда бы не заметил. Следовательно, тревога по поводу возникновения панических приступов усиливает симптоматику паники и привлекает к ней внимание. Таким образом, тревога по поводу возникновения паники способствует появлению тех самых симптомов, которых человек боится больше всего, и, как следствие, панический приступ усиливается.

Третьей причиной могут быть нормальные физические ощущения, которые бывают у всех и всегда. Речь идет об interoцептивном обусловливании (т. е. научении за счет негативных ассоциаций опасаться внутренних ощущений), которое обсуждалось выше. Обусловливание идет по принципу генерализации стимулов. В соответствии с этим принципом стимулы, имеющие сходство с первичным, также способны вызвать реакцию страха. В качестве примера можно привести боязнь замкнутого пространства, которая развилась после того, как ребенок оказался запертым на чердаке. Благодаря генерализации стимулов страх распространяется и на сходные ситуации, например лифты, туннели, туалеты и небольшие автомобили. Аналогичным образом страхи физической симптоматики типа «борьба-бегство» (например, учащенного сердцебиения) могут распространяться на другие физические ощущения (например, головную боль). Так, люди, страдающие паническим расстройством, обычно испытывают страх на фоне действия кофеина, при физических упражнениях, голоде, при жаркой или влажной погоде, гневе или возбуждении, усталости и т. п. Все эти сопутствующие обстоятельства сопровождаются физической симптоматикой, напоминающей ощущения во время панического приступа.

Обобщая, можно сказать, что паника основана на немедленной реакции борьбы-бегства, главная цель которой — активизация и защита организма. Эта реакция универсальна при встрече с опасностью, реальной или мнимой, и сопровождается рядом физических ощущений, мыслей и видов поведения. Если физические симптомы возникают без явной на то причины, люди склонны ошибочно интерпретировать их как признаки серьезной физической или психической проблемы. В этом случае физические симптомы сами по себе становятся угрожающими и способны вновь вызвать реакцию типа «борьба-бегство».

Многие считают, что физические симптомы страха или паники означают, что человек сходит с ума. Как правило, люди считают, что у них развивается психическое расстройство типа шизофрении. Краткое описание шизофрении позволяет судить, насколько эти страхи необоснованны. Шизофрения — это тяжелое расстройство, к основным симптомам которого относятся бессвязные мысли и речь (быстрое перескакивание с темы на тему), вплоть до полной потери смысла; иллюзии или странные убеждения, а также галлюцинации. Пример подобной иллюзии — вера пациента в то, что он получает сообщения из космоса. Галлюцинация, например, это способность слышать разговоры, которых никто из окружающих не слышит.

Как правило, шизофрения развивается постепенно, в то время как панический приступ возникает внезапно. Кроме того, поскольку шизофрения имеет в своей основе генетический механизм и встречается в семьях, заболеть может лишь часть популяции; у других людей никакой стресс не может вызвать проявлений этого расстройства. Третий важный момент состоит в том, что страдающие шизофренией в большинстве случаев проявляют слабо выраженную симптоматику (например, необычные мысли или несоблюдение личной гигиены). Если этих симптомов не наблюдается, есть вероятность, что человек не будет страдать шизофренией, особенно если ему больше 25 лет: начало шизофрении обычно приходится на старший подростковый возраст. Наконец, если пациент консультировался с психологом или психиатром, специалист наверняка выявил бы имеющуюся шизофрению.

Некоторые люди полагают, что паника приводит к утрате контроля над собой. Как правило, имеется в виду, что человек будет полностью парализован и не сможет двигаться или

же перестанет отвечать за свои действия, начнет носиться вокруг, причиняя вред людям, выкрикивая ругательства или иным образом себя компрометируя. Другие плохо представляют себе, чего следует ожидать, но чувствуют, что произойдет нечто ужасное.

Из представленных рассуждений вы можете понять, откуда берется это чувство. Во время панического приступа организм мобилизуется и человек испытывает непреодолимое желание спастись от опасности (в этом, собственно, и заключается реакция борьбы-бегства). Вместе с тем эта реакция не имеет ничего общего с нанесением вреда другим людям, которые не представляют реальной угрозы, и уж тем более не ведет к параличу. Напротив, целью сложившейся в процессе эволюции реакции становится устранение потенциальной опасности, например спасение бегством. Нет ни единого свидетельства о том, что кто-либо во время паники «одичал». Несмотря на то что человек на фоне панического приступа может действительно испытывать замешательство или ощущать нереальность происходящего, он сохраняет способность нормально мыслить и действовать. На самом деле в этом состоянии большинство людей могут соображать даже быстрее, становятся более сильными и быстрее реагируют. Это проявляется в реальных опасных ситуациях. Так, родители способны буквально творить чудеса (например, поднимать невероятно тяжелые предметы) и преодолевать собственные страхи во имя спасения своих детей.

Многие считают, что их нервы не выдержат и произойдет катастрофа. Как уже говорилось, паника возникает вследствие активизации симпатической нервной системы, которой противодействует парасимпатическая нервная система. В известном смысле парасимпатическая нервная система стоит на страже, препятствуя перенапряжению симпатической. Нервы — не электрические провода, тревога не может нанести им повреждения.

Иногда люди путают симптомы паники и сердечного приступа, поскольку мало знают о природе и механизмах развития последнего. Исследование симптоматики ишемической болезни сердца позволяет увидеть различия между ними. К основным проявлениям ИБС относятся одышка, боль в груди, периодические перебои в сердце и слабость. Эти симптомы обычно связаны с физическими усилиями. Таким образом, чем больше физическое усилие, тем сильнее проявления сердечного приступа; при снижении усилий симптоматика ослабляется. Как правило, после отдыха проявления ишемической болезни сердца полностью проходят. Эта последняя особенность совершенно не совпадает с течением панических приступов, которые часто возникают в покое и развиваются, как представляется, по своим законам. Конечно, симптомы паники могут возникнуть и даже усилиться на фоне физических упражнений, но в отличие от сердечного приступа эти симптомы с равной вероятностью могут возникнуть и в покое. Особенно важно, что проявления ишемической болезни сердца практически всегда вызывают заметные изменения активности сердца, что можно зафиксировать на электрокардиограмме. При панических приступах ЭКГ позволяет выявить лишь учащение сердцебиения. Само по себе учащение сердечных сокращений не опасно, если оно не слишком выражено (частота сердечных сокращений не превышает 180 в минуту). Таким образом, если проводилось электрокардиографическое исследование и лечащий врач сказал, что все в порядке, можно не сомневаться: причина неприятных симптомов — не сердечный приступ.

Форма 1.4. Окончание

Основные моменты, которые затрагиваются на этапе обучения, это: 1) значение тревоги и паники для выживания и защиты; 2) физиологические предпосылки различных ощущений, возникающих во время тревоги и паники, а также необходимость этих физиологических сдвигов для выживания; 3) роль специфических выученных и когнитивно опосредованных страхов тех или иных физических ощущений. Разъясняется описанная в данной главе модель паники. В частности, ведется речь об ошибочных суждениях и интероцептивном обусловливании, которые ответственны за панические приступы, возникающие вроде бы ни с того ни с сего, и которые могут быть в любое время спровоцированы минимальными

внутренними ощущениями. Эта информация не только способствует уменьшению тревоги по поводу панических приступов, но и повышает доверие клиента к последующим процедурам вмешательства.

Эта сессия оказалась для Джейн чрезвычайно важной, поскольку невозможность объяснить происхождение панических приступов сама по себе давала пищу для тягостных переживаний. Вот некоторые из тех вопросов, которые задала психотерапевту Джейн с целью лучше понять суть его объяснений.

- Д: Если я правильно вас поняла, мои панические приступы сродни страху, который я испытала, когда мы обнаружили у себя в доме грабителя. Но мне кажется, что это были совершенно другие ощущения.
- П: Да, два этих эмоциональных состояния — неожиданный приступ паники и страх от встречи с грабителем — по существу одно и то же. Однако в случае с грабителем что больше интересовало вас, грабитель или собственные ощущения?
- Д: Конечно, грабитель, хотя я помню, как сильно билось мое сердце.
- П: А когда у вас возникает приступ паники, на чем вы акцентируете внимание — на окружающих вас людях или же на своих ощущениях?
- Д: Ну, в основном на собственных ощущениях, хотя все зависит от того, где я в это время нахожусь.
- П: Концентрируясь преимущественно на происходящем внутри, вы переживаете совершенно иное, чем при встрече с грабителем, несмотря на то что в вашем организме происходят те же самые физиологические сдвиги. Например, вспомните наш разговор о том, что страх ощущений способен усилить сами ощущения.
- Д: Но как быть с ощущением нереальности происходящего? Разве может оно выполнять защитные функции или помочь мне справиться с опасной ситуацией?
- П: Не забывайте о том, что защитную функцию выполняют только физиологические изменения, ощущения сами по себе не более чем следствие этих сдвигов. Например, причиной ощущения нереальности может служить изменение мозгового кровотока (хотя никакой опасности в этом нет), учащение дыхания или чрезмерная концентрация на своих внутренних ощущениях. Конечно, ощущение нереальности не выполняет никаких полезных функций, а вот изменение кровотока или глубокое дыхание могут оказаться полезными.
- Д: Теперь я понимаю, как сама вызываю у себя приступ паники из-за того, что слишком боюсь физических ощущений, например учащенного сердцебиения или чувства нереальности. Но иногда все происходит так стремительно, что у меня просто нет времени на размышления.
- П: Да, эти реакции происходят довольно быстро, иногда автоматически. Но помните, мы созданы для того, чтобы реагировать мгновенно на все (включая собственный организм), что может таить в себе опасность. Представьте, что вы пробираетесь сквозь джунгли. Скажем, после получаса спокойной прогулки вам сообщают, что неподалеку видели льва. Теперь все ваше внимание приковано к тому, чтобы уловить еле слышный шорох в кустах, треск ветвей, все, что может быть связано с приближением хищника. Когда же вы заметите что-то необычное, вашей реакции можно будет позавидовать. То же самое происходит при панике, но вместо шороха и треска вы пытаетесь уловить свои телесные ощущения, а страх утратить контакт с реальностью выступает в роли страшного льва.

Домашнее задание на этой сессии — продолжать работу по созданию альтернативной концепции паники и развивать способность к объективному, а не субъективному самоосознанию. Это достигается путем самонаблюдения за паническими проявлениями (не забывая при этом принципы, о которых шла речь на

сессии). Кроме того, мы предлагаем пациентам несколько раз перечитать памятку и для активного усвоения материала пометать личностно значимые разделы. При этом учитывается тот факт, что трудности в процессе научения способствуют стойкому закреплению информации. Конечно, для некоторых пациентов знакомство с содержанием памятки означает привлечение внимания к пугающим их вещам (точно так же, как и самонаблюдение). Помимо разъяснения причин такого явления и рекомендаций прочитывать за раз не более одного раздела, психотерапевту следует заверить клиента в том, что при регулярном чтении материала тревога постепенно пройдет.

Сессия 3

Главная задача третьей сессии — переход к управляемому дыханию. Клиентам предлагают произвести сознательную гипервентиляцию, в частности встать и глубоко подышать, словно надувая воздушный шар, в течение трех минут. Подбадриваемые психотерапевтом, клиенты способны выполнять это упражнение минуты полторы, после чего их просят присесть, закрыть глаза и начать дышать медленно, делая паузу в конце каждого выдоха, пока симптомы гипервентиляции не пройдут. Затем эти ощущения выносятся на обсуждение, в частности, того, что касается их сходства с естественно возникающими проявлениями паники и тревоги. Приблизительно 50-60% клиентов считают симптоматику сходной. Часто, однако, этого сходства не улавливают из-за различий в ситуациях и разной выраженности тревоги. Поскольку упражнение выполняется в безопасной обстановке, а возникающие явления имеют очевидную причину, большинство клиентов считают их менее пугающими по сравнению с естественно возникающими симптомами. Это крайне важное наблюдение, и следует акцентировать на нем внимание, поскольку речь идет о зависимости между уровнем тревоги и безопасностью обстановки в понимании клиента. Джейн расценила упражнение на гипервентиляцию как весьма тревожное (6 пунктов по шкале от 0 до 8), а симптомы, по ее мнению, были сходны с паническими проявлениями (5,5 пункта по шкале 0-8). Она прекратила выполнение задания приблизительно через 40 секунд, опасаясь развернутого панического приступа. Ее переживания обсуждались в терминах трехкомпонентной системы реагирования с учетом роли ошибочных суждений и инteroцептивного обусловливания, о которых шла речь на сессии 2.

На следующем этапе тренировки дыхания клиенту предоставляется информация о физиологических механизмах гипервентиляции. Как и раньше, целью обучения является разуверение клиента в опасности глубокого дыхания и предоставление фактических сведений для последующего активного развенчания ошибочных суждений. Содержание сообщения конспективно представлено в форме 1.5, но при его изложении следует учитывать уровень образования клиента.

На следующем этапе происходит собственно обучение управляемому дыханию с более активным включением диафрагмы (мышц живота). Кроме того, клиентам рекомендуют концентрировать внимание на своем дыхании, подсчитывая вдохи и произнося на выдохе слово «расслабиться». (Освоение медленного дыхания предстоит на следующей сессии.) Психотерапевты сами выполняют рекомендуемое упражнение, моделируя ритм и глубину дыхательных движений, и корректируют усилия клиентов во время практики в офисе. Навыки управляемого дыхания должны быть хорошо освоены, прежде чем пытаться их применять в эпи-

Чтобы выжить, организм нуждается в кислороде. При вдохе кислород попадает в легкие, где связывается с гемоглобином крови. Гемоглобин разносит кислород по всему организму, высвобождая его для использования в клетках и тканях. В клетках кислород используется в энергетически затратных реакциях с выделением в качестве побочного продукта углекислого газа (CO_2), который в свою очередь поступает в кровь, транспортируется в легкие и удаляется с выдыхаемым воздухом.

Эффективное управление энергетическими реакциями организма определяется поддержанием специфического баланса между кислородом и углекислым газом. Этот баланс обеспечивается главным образом за счет изменения частоты и глубины дыхания. Очевидно, что глубокие и частые дыхательные движения приведут к росту уровня кислорода в крови и снижению концентрации углекислого газа, в то время как редкое и поверхностное дыхание произведет обратный эффект: снизится содержание кислорода и повысится уровень углекислого газа. В покое нормальной считается частота дыхательных движений 10-14 в минуту.

Гипервентиляция определяется как превышение частоты и глубины дыхания над потребностями организма в данный конкретный момент. Естественно, при увеличении потребности в кислороде и повышенной продукции углекислого газа (например, во время физических упражнений) дыхание должно соответствующим образом измениться. И напротив, если потребность в кислороде и выработка CO_2 снижаются (в покое), интенсивность дыхания также уменьшается.

Поскольку большинство процессов в организме контролируются автоматически за счет химических и физических реакций (и дыхание не является исключением), дыхательные движения можно произвольно регулировать. Например, несложно произвести задержку дыхания (при нырянии) или усилить дыхание (надувая воздушный шар). Следовательно, целый ряд «неавтоматических» факторов, таких как эмоции, стресс или привычки, может способствовать увеличению частоты и глубины дыхания. Эти факторы особенно значимы для тех, кто, страдая паническими приступами, склонен к углублению и учащению дыхания.

Интересно, что большинство из нас считает кислород важнейшим компонентом в дыхании, хотя наш организм в качестве маркера адекватности дыхания использует CO_2 . Наиболее важный эффект гипервентиляции, следовательно, это резкое падение концентрации CO_2 , что в свою очередь снижает кислотность крови, вызывая так называемый щелочной сдвиг. Эти два эффекта — падение концентрации CO_2 в крови и ощелачивание крови — ответственны за большинство физических ощущений, сопровождающих синдром гипервентиляции.

Одним из самых важных следствий гипервентиляции является вазоконстрикция, или сужение кровеносных сосудов в некоторых частях тела. В частности, несколько уменьшается приток крови к мозгу. В дополнение к этому связывание гемоглобином кислорода возрастает. Таким образом, кровь не только не достигает определенных участков тела, но и содержащийся в крови кислород поступает в ткани в меньшем количестве. Парадоксальный факт: хотя гипервентиляция связана с повышенным поступлением кислорода в организм, в действительности к мозгу и другим тканям его поступает меньше. Это проявляется в двух категориях симптомов: 1) центральных, связанных с нарушением снабжения кислородом отдельных участков мозга (в частности, тошнота, головокружение, одышка, замешательство, нечеткое зрение, ощущение нереальности происходящего); 2) периферических, связанных с нарушением поступления кислорода к отдельным частям тела (в том числе учащенное сердцебиение для усиления кровотока, онемевшие конечности, холодные, влажные руки, иногда ригидность мышц). Следует помнить, что связанное с гипервентиляцией снижение поступления кислорода к тканям незначительно в количественном выражении и совершенно безвредно. Кроме того, надо иметь в виду, что гипервентиляция (возможно, из-за уменьшения поступления кислорода к некоторым

Форма 1.5. Памятка о физиологии гипервентиляции (сессия 3). Из Barlow & Craske (2000).

Copyright 2000 by. Копирайт 2000. Graywind Publications Inc and Psychological Corporation.

Воспроизведено с разрешения владельцев

участкам мозга) может вызвать одышку, вплоть до удушья, причем создается впечатление, что человеку попросту не хватает воздуха.

Гипервентиляция ответственна и за ряд других симптомов. Во-первых, это тяжелая физическая работа. Следовательно, человеку становится жарко, он даже может вспотеть. Кроме того, после этого часто возникает чувство усталости и изнеможения. В-третьих, у склонных к гипервентиляции людей дыхание чаще грудное, а не диафрагмальное. Это означает, что активно задействуются и устают грудные мышцы, что может стать причиной выраженных болевых ощущений в груди. Наконец, многие люди, склонные к гипервентиляции, приобретают привычку часто вздыхать или зевать. Эти тики в действительности являются проявлениями гипервентиляции, поскольку в процессе быстро выдыхается много CO_2 . Следовательно, пытаясь разрешить эту проблему, важно учитывать привычку человека часто вздыхать и зевать, чтобы попытаться ее искоренить.

Говоря о гипервентиляции, важно иметь в виду, что для стороннего наблюдателя она часто не заметна. Например, когда человек лишь немного превышает свои потребности, но делает это в течение длительного времени. В этом случае снижение уровня CO_2 в крови может быть значительным, однако за счет компенсаторных реакций щелочной сдвиг будет минимальным, при этом выраженной симптоматики не наблюдается. Поскольку уровень CO_2 низок, организм утрачивает способность реагировать на изменения его концентрации, поэтому даже незначительных изменений дыхания (например, зевка) будет достаточно, чтобы вызвать неприятные симптомы. В этом может заключаться причина внезапного появления панических приступов, которые часто возникают во сне, и именно поэтому многие клиенты не усматривают сходства между симптоматикой своих приступов и признаками гипервентиляции.

Наверное, самое важное, что следует сказать о гипервентиляции, это то, что она не опасна. Гипервентиляция является составляющей реакции борьбы-бегства, цель которой защитить организм, а не причинить ему вред. Изменения, связанные с гипервентиляцией, готовят организм к действиям во имя собственного спасения. Таким образом, это автоматическая реакция мозга на угрожающую опасность, вызывающая у человека стремление спастись. К сожалению, в отсутствие явной внешней угрозы человек начинает верить, что опасность притаилась внутри. Это не так.

Необходимо помнить, что гипервентиляция — часть естественной биологической реакции, целью которой является защита организма от причинения ему вреда.

Форма 1.5. Окончание

зодах выраженной тревоги или паники. Кроме того, вначале клиенты, испытывающие страх физических ощущений, могут негативно отнестись к выполнению упражнения, в процессе которого возникают неприятные ощущения. Это же относится и к клиентам с хроническим синдромом гипервентиляции, у которых любое нарушение привычного дыхательного стереотипа вначале усиливает респираторную симптоматику. В обоих случаях рекомендуется длительная практика на фоне вселения уверенности в том, что одышка не причиняет вреда. Наконец, делается акцент на интеграции техники управляемого дыхания и когнитивных стратегий. Иногда клиенты ошибочно полагают, будто управляемое дыхание дает им путь избавления от пугающих симптомов, попадая в ловушку, когда скорректировать дыхание не удастся. Как будет показано далее, именно это и произошло с Джейн.

Д: Итак, мне нужно замедлить дыхание, тогда все будет хорошо?

П: Конечно, замедление дыхания поможет устранить физические симптомы, которые вы ощущаете, но я не уверен, что вы это имели в виду, когда задавали свой вопрос.

- Д: Я хотела узнать, поможет ли правильное дыхание поддерживать контакт с реальностью, чтобы я не исчезла.
- П: Помните: как бы вы ни дышали, медленно или быстро, грудью или диафрагмой, вы не исчезнете. Другими словами, ошибочно полагать, что ощущение нереальности происходящего означает, что вы навсегда утратите связь с реальностью или даже исчезнете. Управляемое дыхание поможет вам расслабиться, следовательно, ощущение нереальности станет менее вероятным, однако в любом случае это ощущение не свидетельствует о действительной утрате контакта с реальностью и исчезновении.

Домашнее задание на этой сессии заключалось в продолжении самонаблюдения и практики диафрагмального дыхания не реже двух раз в день по 10 минут и более.

Сессия 4

Задачи этой сессии — развитие навыка управляемого дыхания и начало активного когнитивного реструктурирования. Психотерапевт оценивает результаты самостоятельной практики клиента. Джейн была явно разочарована своими результатами.

- Д: По-моему, мне не удалось сделать все правильно. Иногда я начинала упражнение хорошо, но чем больше я уставала, тем хуже у меня получалось, мне словно не хватало воздуха, поэтому приходилось делать большие перерывы между вдохами. Иногда я чувствовала тошноту с самого начала, все вокруг представлялось нереальным, тогда я переставала следить за дыханием и старалась отвлечься.
- П: Как мне представляется, дело было так. Во-первых, не забывайте, что навыки правильного дыхания вам еще предстоит выработать, это сродни умению кататься на велосипеде, не следует ожидать, что все сразу получится. Во-вторых, вы, по-видимому, испытывали неприятные физические симптомы, которые вызывали у вас беспокойство. Вы упомянули про нехватку воздуха. Какие механизмы из тех, которые мы обсуждали на прошлой неделе, могли бы вызвать это ощущение?
- Д: Ну, возможно, я не набрала достаточно воздуха в легкие, поскольку мне пока трудно дышать диафрагмой. Мне казалось, что я сама себя душу.
- П: Возможно, все дело в том, чтобы научиться владеть диафрагмой. Действительно ли вы ощущали удушье, или вы так объясняете себе свои ощущения?
- Д: Не знаю. Мне знакомо это чувство, оно возникает, когда я нахожусь в переполненном помещении и не могу быстро его покинуть.
- П: Итак, почему вы считаете, что это было удушье?
- Д: Не знаю. Мне так показалось.
- П: Давайте обобщим ваши наблюдения. У вас возникали подобные чувства, но никакого удушья при этом не было. В действительности, многие люди, как и вы, испытывают сходные чувства в отсутствие удушья. В прошлый раз мы говорили, что изменение дыхания или тревога иногда вызывают ощущение нехватки воздуха, хотя на самом деле воздуха у вас предостаточно. Наконец, выполняя упражнение, вы сконцентрировали внимание на этих ощущениях. Исходя из этих фактов, не могли бы вы иначе объяснить свои ощущения?
- Д: Ну, возможно, никакого удушья не было; возможно, это были всего лишь ощущения. Надеюсь, что со временем эти ощущения пройдут.
- П: Когда вы научитесь расслабляться при выполнении упражнения и поймете, что тошнота и нехватка воздуха не причинят вам вреда, когда вы научитесь спокойному диафрагмальному дыханию, вам станет гораздо лучше.

Жалобы Джейн представляются типичными, и надо быть готовыми развеять все подобные сомнения. Следующий шаг — замедление частоты дыхания, пока клиент не сможет растянуть цикл вдоха-выдоха на шесть секунд и более. И вновь психотерапевт сам демонстрирует правильное дыхание, а затем корректирует выполнение упражнения клиентом на сессии. Клиентам рекомендуют практиковать медленное дыхание в безопасной для них обстановке. Не следует прибегать к этому упражнению в состоянии тревоги или паники, пока навык не будет достаточно закреплён.

Когнитивное реструктурирование начинается с разяснения ошибок в умозакключениях, характерных для людей в состоянии тревоги, чтобы клиент знал, что его мышление может быть искажено. Причины этого состоят в том, что, подобно физиологическим процессам, когнитивные элементы страха и тревоги также выполняют адаптивные и защитные функции; шансы на выживание выше, если преувеличивать опасность, а не преуменьшать ее. Следовательно, тревога заставляет нас воспринимать угрожающие события как вероятные и тающие в себе большую, чем на самом деле, опасность. Вместе с тем когнитивные искажения не являются неизбежными, поскольку в случае панического расстройства реальной угрозы нет.

Далее клиентов обучают относиться к своим мыслям как к гипотезам и догадкам, а не фактам. Разясняются принципы автоматического мышления и дискретных прогнозов, чтобы подчеркнуть необходимость объективного наблюдения за собственными привычными умозакключениями в каждой ситуации. Техника «направленной вниз стрелы» (*downward arrow technique*) помогает выявить специфические прогнозы, которые даются в каждый конкретный момент, что показано на примере Джейн.

П: Что страшного в чувстве отстраненности, которое возникло у вас вчера вечером в кинотеатре?

Д: Это ужасное ощущение.

П: Почему же оно ужасно?

Д: Я не выношу его.

П: Почему вы думаете, что не выносите его? Чем грозит вам чувство отстраненности, что заставляет считать его ужасным и невыносимым?

Д: Оно может настолько усиливаться, что захватит меня всю.

П: А если оно вас захватит, чем это вам грозит?

Д: Я так расстроюсь, что утрачу контакт с реальностью.

П: Если вы потеряете контакт с реальностью, что это будет означать?

Д: Я навсегда останусь в этом измененном психическом состоянии и никогда больше не вернусь к реальной жизни. Я сойду с ума, и меня придется вывозить из кинотеатра в инвалидной коляске прямо в психбольницу, где мне предстоит провести остаток дней.

Следует избегать утверждений общего характера типа «Я чувствую себя ужасно — мне грозит что-то плохое»; они могут лишь усилить тревогу ввиду своей глобальности и неспецифичности. Взамен рекомендуется детально излагать свои ощущения, например: «Я боюсь, что разволнуюсь, не смогу вести машину, выеду на обочину и умру», что позволяет действительно бороться с ошибочными суждениями.

Контент-анализ тревожных мыслей выявляет два действующих фактора, которые получили обозначение «риск» и «валентность», два основных типа когни-

тивных ошибок. Риск соответствует переоценке потенциальной опасности или формированию умозаключений исходя из того, что негативные события, на самом деле маловероятные, уже произошли. Клиенту предлагают идентифицировать собственные риски в эпизодах тревоги и паники, произошедших за последние несколько недель: «Можете ли вы припомнить, по поводу чего тревожились, когда в конце концов выяснилось, что этого не произошло?» Обычно клиенты легко справляются с заданием, хотя при этом и протестуют. Вот как отреагировала Джейн.

Д: Ну, несколько раз я думала, что точно исчезну, растворюсь, и меня никогда больше не будет. Пока этого не произошло, но в любой момент это может случиться.

П: Почему вы считаете «это» вероятным событием?

Д: Часть меня чувствует, что до сих пор мне удавалось вовремя спастись либо уходя из ситуации, либо обращаясь за помощью к мужу, либо продержавшись достаточно времени, пока неприятные ощущения не пройдут. А что, если в следующий раз мне не удастся продержаться достаточно долго?

П: После нашего разговора о мыслях, возникающих на фоне тревоги, можете ли вы классифицировать только что высказанные идеи типа «только бы продержаться» или «только бы спастись вовремя» как переоценку опасности ситуации?

Д: Полагаю, вы имеете в виду, что я всегда смогу продержаться достаточно долго или спастись вовремя.

П: Более того, вы ощущаете потребность держаться или спастись именно потому, что завышаете вероятность окончательной утраты контакта с реальностью.

Д: Но я это чувствую.

П: Эта сессия посвящена анализу разночтений между вашими предположениями о возможных неприятностях и реальным положением дел.

Исследуются причины чрезвычайной устойчивости ошибочных представлений об опасности ситуаций, несмотря на отсутствие соответствующих подтверждений. Обычно клиенты ошибочно связывают свое спасение с внешними сигналами безопасности, или безопасным поведением (например, «Мне удалось справиться с этим благодаря тому, что помощь пришла вовремя», «Если бы я не принял кса-накс во время панического приступа в магазине на прошлой неделе, я не пережил бы этого» или «Не знаю, что было бы, если бы я вовремя не съехал с дороги на обочину»), или «везением», вместо того чтобы усомниться в правильности самой оценки ситуации. Аналогичным образом клиенты могут считать, что их жизнь, здоровье и благополучие при них лишь потому, что «настоящего» приступа пока не было. В этом случае ошибка связана с предположением, что риск катастрофы, например смерти, утраты контроля над собой или сумасшествия, возрастает пропорционально интенсивности панического приступа.

Коррекция преувеличенных представлений об опасности возможна путем оценки вероятности этой опасности. Общий подход заключается в том, чтобы относиться к своим мыслям как к гипотезам или предположениям, не расценивая их как факты, исследовать обоснованность этих предположений, попутно выдвигая другие, более реалистичные. Для этого наилучшим образом подходит сократовский диалог, когда клиенты исследуют содержание своих утверждений и приходят к альтернативным прогнозам по мере того, как ближе знакомятся с фактами. В этом отношении полезно задавать логические вопросы (типа «Почему учащенное сердцебиение может привести к сердечному приступу?») или обра-

щаться к первоисточникам ошибочных суждений (например, ложная информация от окружающих, необычные ощущения). Продолжая предыдущую историю Джейн, рассмотрим этот этап на ее примере:

П: Одно из специфических суждений, которое вам удалось выявить, заключается в том, что вы можете сойти с ума и никогда больше не вернуться в реальную жизнь. Что именно заставляет вас так думать?

Д: Ну, мне это кажется, я это ощущаю.

П: Точнее. Что именно вы ощущаете?

Д: Ну, я словно плаваю, предметы вокруг меня кажутся нереальными.

П: На каком основании вы полагаете, что эти ощущения свидетельствуют о действительной утрате контакта с реальностью?

Д: Не знаю — я просто чувствую это.

П: Давайте исследуем это предположение. Как вы себя ведете, когда ощущаете нереальность происходящего? Например, отвечаете ли на задаваемые вам вопросы?

Д: Ну я же реагирую на ваши вопросы, хотя подобные ощущения возникают и здесь.

П: Отлично, сохраняете ли вы способность ходить, писать или вести машину во время этих эпизодов?

Д: Да, я чувствую себя при этом особым образом.

П: Однако вы выполняете все эти действия, несмотря на ощущение отстраненности. О чем это говорит?

Д: Ну, возможно, я не полностью утрачиваю контакт с реальностью. А что, если это все-таки случится?

П: Сколько раз у вас возникало чувство отстраненности?

Д: Сотни раз.

П: Сколько раз при этом вы окончательно утрачивали контакт с реальностью?

Д: Ни разу. Однако если эти ощущения не пройдут, это может случиться, не так ли?

П: Что еще заставляет вас верить в возможность этого?

Д: Например, мой двоюродный брат. Он сошел с ума в возрасте двадцати пяти лет, и сейчас это просто инвалид. Он не может даже обслуживать себя и не выходит из психиатрических лечебниц. Его посадили на сильнодействующие лекарства. Никогда не забуду, как он оживленно разговаривал сам с собой.

П: Вы усматриваете связь между ним и собой?

Д: Да.

П: В чем состоит ваше сходство?

Д: На самом деле никакого сходства нет. Просто он уже стал таким, какой стану я.

П: Были ли у него когда-либо ощущения, сходные с вашими?

Д: Не знаю.

П: Если бы один из ваших кузенов имел серьезные проблемы с позвоночником, стали бы вы волноваться о том, что та же участь постигнет и вас?

Д: Нет.

П: Почему же?

Д: Мне это никогда не пришло бы в голову — подобные вещи не вызывают у меня беспокойства.

П: Итак, вы полагаете, что вас ждет участь кузена потому, что боитесь этого.

Д: Думаю, так.

П: Давайте проанализируем факты и рассмотрим несколько вариантов. Ощущение нереальности происходящего хорошо вам знакомо, при этом вы никогда в действительности не утрачивали контакта с реальностью, потому что продолжали совершать произвольные действия. Ощущения эти со временем проходили. Вы боитесь пойти по стопам кузена, хотя нет оснований полагать, что проблемы у вас одинаковые. В действительности есть основания полагать обратное, по-

скольку вы продолжаете самостоятельно функционировать, а он нет. Кроме того, вы, по-видимому, склонны интерпретировать чувство отстраненности как начало психического заболевания, которым страдает ваш кузен. Вспомните наш прошлый разговор о происхождении ощущений нереальности. Итак, какова в действительности вероятность того, что вы окончательно утратите контакт с реальностью? Воспользуйтесь шкалой от нуля до ста, где ноль означает «отсутствие шансов», а сто процентов — «абсолютную уверенность» в том, что это произойдет.

Д: Возможно, вероятность этого события ниже, чем я раньше предполагала. Наверное, около двадцати процентов.

П: Иначе говоря, вы считаете, что в каждом пятом эпизоде с ощущением нереальности совершенно утрачивали контакт с реальностью?

Д: Если ставить вопрос таким образом, полагаю, нет. Возможно, вероятность такого события действительно невелика.

П: Хорошо, тогда какое еще объяснение своим ощущениям вы можете предложить?

Д: Наверное, чувство нереальности возникает вследствие тревоги или гипервентиляции, но и оно не говорит о том, что я в действительности теряю связь с реальностью, а главное, я не имею ничего общего с моим кузеном.

Домашнее задание на эту сессию заключается в том, чтобы практиковать управляемое дыхание, выявлять тенденцию к преувеличению опасности и изменять свои суждения, оценивая вероятность тех или иных событий и имеющиеся в распоряжении факты.

Сессия 5

В задачи этой сессии входят применение управляемого дыхания и когнитивное реструктурирование ошибочных суждений второго типа, т. е. катастрофизации мнимой опасности. Клиентам предлагают начать использовать управляемое дыхание в проблемных ситуациях, например сидя за рабочим столом или в ожидании зеленого света на перекрестке. Рекомендуется понемногу, но часто заниматься этим в течение дня.

Когнитивные ошибки второго типа подразумевают приписывание событию таких характеристик, как «опасное», «непереносимое» или «катастрофическое», что не соответствует действительности. Типичные примеры ошибок этого типа: «Если я упаду в обморок, окружающие сочтут меня слабым, а этого я не переживу», «Панические приступы — худшее, что можно себе вообразить» и «Если у меня возникает тревога, считайте, весь вечер испорчен». «Декатастрофизация» событий — это признание, что они не столь опасны, как сам человек привык считать, что достигается путем анализа способов преодоления негативного влияния этих событий вместо того, чтобы горевать о том, насколько они «плохи». Например, человеку, для которого негативная оценка окружающих непереносима, важно обдумать, как реагировать на конкретное негативное замечание. Аналогичным образом, если физические симптомы паники ввергают человека в замешательство, ему помогут следующие вопросы.

Д: Меня действительно тревожит возможность утратить контроль над собой и сойти с ума, например начать выть и кричать.

П: Хотя вероятность такого события чрезвычайно низка (о чем мы с вами уже говорили), давайте представим себе худшее и попытаемся понять, что в этом плохого. Что ужасного в том, чтобы выть и кричать?

- Д: Я не переживу этого.
- П: И все-таки, давайте обдумаем этот вариант. Что можно предпринять в такой ситуации? Вы только что завывали или вскрикнули — что дальше?
- Д: Полагаю, что это рано или поздно прекратится.
- П: Совершенно верно — в худшем случае после того, как вы устанете. Что еще?
- Д: Ну, вероятно, мне придется объяснить окружающим, что у меня был трудный день, но теперь я в полном порядке. Иными словами, успокоить их.
- П: Отлично, что еще?
- Д: Возможно, мне придется уйти, чтобы успокоиться и попытаться убедить себя в том, что худшее позади.
- П: Неплохо. Но вы можете сделать и многое другое. Например, обратиться к кому-либо за помощью. Или вообще ничего не делать.
- Д: Но что делать, если придет полиция и отправит меня в психиатрическую лечебницу?
- П: И вновь рассмотрим худший вариант. Представим себе, что полицейские прибыли в тот самый момент, когда вы выли и кричали, и увезли вас. Как бы вам ни было трудно, давайте подумаем, что в действительности может произойти.
- Д: Мне кажется, я не стану рассказывать им, что произошло; я буду так расстроена, что не смогу объяснить свою тревогу.
- П: Вы будете настолько не в себе, что даже не сможете внятно разговаривать, и как долго, по-вашему, это будет продолжаться?
- Д: Вы правы — в конце концов я выбьюсь из сил и смогу дать кое-какие объяснения. Но что, если мне не поверят?
- П: Действительно, а вдруг сначала они вам не поверят? Сколько времени им потребуется, чтобы убедиться в том, что вы не сошли с ума?
- Д: Полагаю, спустя некоторое время они все же догадаются, что со мной все в порядке. Возможно, мне удастся позвонить знакомым или своему лечащему врачу, которые подтвердят мои слова.
- П: Хорошо. Имейте в виду, мы с вами сейчас обсуждали крайне маловероятные события. Иногда полезно представить себе худший вариант сценария (пусть и маловероятный) и понять, что все не так плохо, как вы себе представляли.

Домашнее задание заключается в практическом применении управляемого дыхания, а также в идентификации и коррекции завышенных оценок опасности и преодолении катастрофического стиля мышления.

Сессия 6

Основной задачей сессии является начало интероцептивной экспозиции, после того как некоторое время будет уделено когнитивному реструктурированию, в частности в терминах когнитивных стратегий совладания в эпизодах тревоги и паники за прошедшую неделю. Психотерапевт обзорно освещает принцип интероцептивного обусловливания, о котором шла речь на второй сессии. Теоретической предпосылкой интероцептивной экспозиции является тот факт, что естественная склонность избегать пугающих ощущений способствует поддержанию страха за счет стойких ошибочных суждений об имеющейся симптоматике. Такое избегание может принимать разные формы, например желания прилечь, отвлечься, стремления к безопасности или избегания действий или стимулов, вызывающих неприятные ощущения. При этом сам клиент может не замечать своего стремления избегать тех или иных видов деятельности, например физических упражнений, эмоционально-насыщенного общения, захватывающих фильмов,

насыщенных паром помещений (вроде душевой кабины с закрытыми дверьми), определенной пищи или стимуляторов. В задачи interoцептивной экспозиции входит повторное вызывание пугающих ощущений до тех пор, пока реакция страха не станет слабее. Полагают, что уменьшение страха происходит за счет привыкания и научения тому, что пугающие ощущения не сопряжены с реальной опасностью. Кроме того, повторная индукция страха позволяет применить когнитивные и дыхательные стратегии противотревожного поведения.

Процедура начинается с оценки реакции клиента на серию стандартизованных упражнений. Психотерапевт сначала сам показывает, как следует выполнять то или иное упражнение. Далее, после того как клиент выполнит упражнение, психотерапевт фиксирует уровень тревоги (0-8), интенсивность ощущений (0-8), отмечает сходство симптоматики с возникающими в естественных условиях паническими ощущениями (0-8). Упражнения включают в себя покачивание головой из стороны в сторону (30 секунд); касание головой ног (30 секунд) и быстрое возвращение в вертикальное положение; бег на месте или степ-тест (1 минута); максимально возможная задержка дыхания; напряжение мышц всего тела (1 минута) или удержание положения лежа в упоре как можно дольше; вращение (1 минута) на крутящемся стуле; гипервентиляция (1 минута); дыхание через узкую щель между губами (с зажатыми ноздрями) или максимально редкое дыхание (2 минуты); разглядывание пятна на стене или своего отражения в зеркале (1,5 минуты). Если ни одно из этих упражнений не вызывает ощущений, сходных с естественными паническими ощущениями, следует индивидуально подобрать комплекс упражнений для данного клиента. Например, стеснение в груди может быть вызвано глубоким вдохом с последующей задержкой дыхания; чувство жара — ношением теплой одежды в жаркой комнате; ощущение нехватки воздуха — надавливанием на корень языка, ношением свитера с высоким воротом или шейного платка; заставить человека вздрогнуть можно, предложив ему расслабиться и издав неожиданно резкий звук.

Клиентам, которые не испытывают страха благодаря присутствию психотерапевта, предлагается попытаться выполнить каждое из перечисленных упражнений самостоятельно, когда психотерапевт выйдет из офиса или дома. В то же время делается акцент на том, что восприятие обстановки как безопасной умеряет переживания, тем самым подчеркивается значение когнитивного реструктурирования. У некоторых клиентов (их меньшинство) информированность о причине и механизме возникновения физических ощущений мешает проявиться чувству страха; поскольку ощущения явно связаны с выполнением упражнения и их легко устранить, перестав это упражнение выполнять, страх практически отсутствует. В этом случае следует перевести разговор на свойственные клиенту ошибочные суждения, из-за которых естественно возникающие ощущения представляются более угрожающими по сравнению с теми, которые возникают при выполнении упражнений. Как правило, клиенты выдвигают следующие объяснения: непредсказуемость естественно возникающих ощущений; значительная потенциальная опасность непредсказуемых ощущений; невозможность контролировать естественно возникающие ощущения, которые, не будучи устранены, таят в себе угрозу. Большинство клиентов несколько раз испытывают страх за время выполнения упражнений, несмотря на то что знают причину возникающих ощущений и могут их устранить.

Интероцептивные упражнения, при помощи которых удалось вызвать ощущения, сходные с таковыми при естественно возникающем паническом приступе (как минимум 3 пункта по шкале от 0 до 8), отбираются для повторной экспозиции на следующей сессии. Отобранные таким образом упражнения ранжируются в соответствии со способностью вызывать тревогу. Домашнее задание состоит в том, чтобы продолжать практиковаться в управляемом дыхании, когнитивном наблюдении и оспаривании ошибочных суждений.

Сессия 7

Основная задача этой сессии состоит в проведении повторной interoцептивной экспозиции. Однако вначале следует проверить, как клиент освоил навыки управляемого дыхания. Клиентам предлагается с этого момента использовать управляемое дыхание в тревожных ситуациях или при появлении неприятных физических ощущений. Кроме того, для облегчения когнитивного реструктурирования проводится проверка гипотез. Для «проверки гипотез» организуются эксперименты, позволяющие собрать данные для опровержения катастрофических прогнозов. Например, клиенту предлагают при появлении ощущения тошноты отойти от стены, вместо того чтобы на нее опереться, для проверки гипотезы о возможности падения.

На этой сессии оценивается вероятность исполнения того или иного прогноза. Например, Джейн сочла, что с вероятностью 60% кто-либо прокомментирует ее странное поведение во время делового ужина. Важно отметить, что эксперимент по проверке гипотезы Джейн не учитывал вероятность возникновения у нее панического приступа во время ужина, а только вероятность катастрофического события («кто-либо прокомментирует мое странное поведение»).

На следующей сессии клиент и психотерапевт обсуждают, насколько факты, полученные в процессе проверки гипотезы, подтверждают или опровергают сделанный прогноз. Благодаря такому подходу клиент получает более точную информацию о том, насколько часто (точнее, редко) его ужасные прогнозы оправдываются. Проверка гипотез особенно полезна для клиентов, прогнозирующих катастрофическое действие тревоги на способность функционировать.

Проводится градуированная interoцептивная экспозиция, начиная с наименее значимого пункта в иерархии, установленной на сессии 6. Для каждого эпизода экспозиции клиенту предлагают начать индукцию тревоги, сигнализируя о появлении новых ощущений (например, поднятием руки), и продолжать индукцию в течение еще как минимум 30 секунд, чтобы преодолеть стремление к избеганию и подольше выдержать эти ощущения. После прекращения индукции оценивается уровень тревоги, а клиенту дается время на применение когнитивных и дыхательных стратегий. Наконец, психотерапевт обсуждает с клиентом имевшие место переживания и эффективность использования специальных противотревожных стратегий. По ходу обсуждения психотерапевт подчеркивает важность переживания всего спектра ощущений во время экспозиции, объективной концентрации внимания на этих ощущениях без попыток отвлечься, а также необходимость выявления специфических суждений и оспаривание их путем анализа фактического материала. Кроме того, психотерапевт задает ключевые вопросы, чтобы помочь клиенту ощутить себя в безопасности (например, «Что бы произошло, если бы вы продолжили возвращаться на стуле еще 60 секунд?») и обоб-

щить приобретенный опыт на естественно возникающие ситуации (например, «Чем отличаются ваши ощущения здесь от тошноты на работе?»).

Другими словами, когнитивное оспаривание ошибочных суждений способствует когнитивной переработке, которая подспудно идет в результате повторной interoцептивной экспозиции. Специфические когниции, о которых клиент даже не подозревал, вдруг становятся явными. Так, Джейн обнаружила, что связывает утрату контроля над своими конечностями с чувством головокружения. Это имело прямое отношение к ее боязни попасть в автокатастрофу, если приступ возникнет в машине. В процессе повторных упражнений на гипервентиляцию и многочисленных вопросов психотерапевта типа «что, если» обнаружился страх утраты способности контролировать движения ног или рук. Для преодоления этого заблуждения был применен поведенческий подход: после длительной гипервентиляции Джейн предлагали встать, принести те или иные предметы и т. п. Упражнение повторяли до тех пор, пока уровень тревоги не снизился до 2 баллов (тревога умеренной выраженности). Затем та же процедура повторялась со следующим упражнением в иерархии.

Как уже говорилось, клиенты иногда говорят, что ощущения, возникающие в процессе выполнения упражнений, не вызывают страха, поскольку в отличие от естественно возникающих они предсказуемы и легко устранимы. В таких случаях, как будет показано ниже, помогает когнитивный подход.

Д: После повторных вращений на стуле и гипервентиляции я почти не ощущаю тревоги. Я гораздо больше волновалась вначале, но теперь я практически спокойна. Однако на шоссе или дома у меня совсем иные ощущения.

П: В чем состоят эти различия?

Д: Никогда не знаешь, в какой момент возникнет ощущение нереальности и тошноты.

П: Исходя из наших предыдущих обсуждений, давайте поищем возможные причины, почему вы внезапно ощущаете тошноту.

Д: Я знаю... Я напоминаю себе, что это может быть мое дыхание, просто тревога, усталость или что-то еще.

П: Хорошо. И второе, почему вам так важно знать, когда эти ощущения возникнут?

Д: Потому что я хочу, чтобы их вообще не было.

П: Почему, чего вы опасаетесь?

Д: Думаю, причина все та же... боюсь потерять контакт с реальностью.

П: Итак, обратимся к когнитивному реструктурированию. Чего именно вы боитесь? Какова вероятность этого события? Каковы возможные альтернативы?

Д: Понимаю.

П: Теперь вы видите, что независимо от причины возникновения тошноты и чувства нереальности, будь то тревога, гипервентиляция, диета или упражнения, которые вы здесь выполняете, это не более чем неприятные физические ощущения. Когда вы за рулем или дома, эти ощущения особенно тревожат вас из-за того значения, которое вы им придаете в этих ситуациях.

Большое значение придается практике в домашних условиях, поскольку сигналы безопасности, действующие в условиях клиники или исходящие от психотерапевта, могут помешать генерализации навыков на естественные условия. Клиентам рекомендуется ежедневно практиковать interoцептивную экспозицию, подобную той, что проводилась на сессии. Если клиенты боятся одни выполнять упражнения, следует уделить дополнительное внимание когнитивному

реструктурированию симптомов. Кроме того, может потребоваться постепенное увеличение интенсивности домашнего задания, в частности проведение интероцептивной экспозиции в присутствии другого человека и только потом в одиночестве.

Сессия 8

В задачи сессии входит проверка гипотез и интероцептивная экспозиция в продолжение предыдущей сессии. Особенно важно проанализировать ежедневную практику самостоятельной интероцептивной экспозиции. Следует обращать внимание на признаки избегания — явные неудачи или скрытое избегание путем снижения интенсивности или продолжительности воздействия, а также проведение экспозиции лишь в присутствии сигнала безопасности (в качестве которого может выступать значимый другой) или в моменты минимальной тревоги. Причинами избегания могут быть ошибочные суждения об опасности физических ощущений (типа «Я не хочу проводить гипервентиляцию, потому что боюсь, что не смогу остановиться, а рядом не будет никого, чтобы мне помочь») или убежденность в том, что тревога не уменьшится и после повторного выполнения задания.

Что касается Джейн, то к этому моменту она отмечала лишь редкие панические приступы, а интенсивность физических ощущений при них заметно снизилась. Она практиковала упражнения на интероцептивную экспозицию через день в перерывах между сессиями. Однако она продолжала опасаться, что выполнение этих упражнений может отбросить ее назад, к прежнему состоянию. Иначе говоря, она беспокоилась, что, вызывая страх искусственно, привыкнет к этому состоянию и в нем останется. Более того, она упорно не желала практиковать интероцептивную экспозицию в конце дня, когда вероятность возникновения чувства нереальности была гораздо выше, или в дни важных социальных событий. В данном случае избегание было связано со страхом, что неприятная симптоматика может усилиться или привести к психической либо социальной катастрофе. Все способы избегания нуждаются в проработке на основании принципов, описанных на предыдущих сессиях, что и показано в следующем эпизоде.

П: Когда вы практиковали вращение в кресле и гипервентиляцию?

Д: Обычно по утрам. Однажды я отложила это на конец дня, но это было неудачное решение. Я чувствовала себя ужасно.

П: Давайте обсудим это подробнее. Что плохого произошло, когда вы выполняли упражнения в конце дня?

Д: Дело в том, что мне и без того уже было не по себе — это время для меня не самое лучшее. Возникшие симптомы сильно меня встревожили.

П: Тревожиться для вас означает считать симптомы более вредными — именно это произошло с вами, когда вы практиковали интероцептивную экспозицию на фоне уже существующего ощущения нереальности?

Д: Да. Я с самого начала чувствовала себя неважно, я была на грани катастрофы, мне казалось, если ощущения усилятся, я перейду эту грань.

П: Что вы понимаете под словами «перейти грань»?

Д: Мои ощущения станут настолько интенсивными, что я просто сойду с ума.

П: Итак, мы имеем дело с гипотезой — чем сильнее ощущение нереальности, тем вы ближе к сумасшествию. Давайте обратимся к фактам. Действительно ли выраженность ощущения нереальности имеет прямое отношение к возможности сойти с ума?

Домашнее задание на эту сессию — продолжить интероцептивную экспозицию согласно иерархии, продолжить проверку гипотез, при возникновении тревоги или паники прибегать к когнитивному реструктурированию.

Сессия 9

Основная задача сессии — начать проведение интероцептивной экспозиции в естественных условиях. Кроме того, при появлении тревоги следует проводить наблюдение за ее симптомами и когнитивное реструктурирование путем проверки гипотез.

Интероцептивная экспозиция в естественных условиях (натурная экспозиция) подразумевает выполнение повседневных обязанностей и участие в видах деятельности, которых клиент раньше старался избегать из-за связанных с ними неприятных ощущений. Типичными примерами являются аэробика или интенсивная физическая активность, преодоление бегом лестничных пролетов, потребление пищи, вызывающей ощущение тяжести в желудке или нехватки воздуха, быстрый переход в вертикальное положение из положения сидя, поход в сауну или принятие горячего душа, езда в машине с закрытыми окнами и включенным обогревателем, потребление кофеина и т. п. (Конечно, при наличии медицинских противопоказаний вроде астмы и высокого артериального давления эти упражнения могут быть модифицированы.) Следует упорядочить пугающие данного индивида ситуации. Каждый пункт ранжируется в зависимости от интенсивности вызываемой тревоги. Иерархия для Джейн выглядела следующим образом: выглядывание на улицу через окно с поднимающимися жалюзи (тревога = 3); просмотр фильма «Пролетая над гнездом кукушки» (4); игра в теннис (4); изучение этикеток на полке супермаркета (5); ручное шитье в течение часа (6); езда в машине с закрытыми окнами и включенным обогревателем (6); ночной клуб с пульсирующим освещением (7); катание на горках в Диснейленде (8).

Клиентам рекомендуют выявлять собственные ошибочные суждения, соответствующие каждому виду деятельности, и репетировать когнитивное реструктурирование перед ее началом. Проведение таких репетиций во время сессии дает психотерапевту возможность корректировать поведение клиента. Важно выявить и устранить (в случае необходимости постепенно) сигналы безопасности или защитные виды поведения, например мобильные телефоны, разного рода талисманы, привычку ходить медленно, часто останавливаться, находиться вблизи медицинских учреждений. Эти сигналы безопасности и защитное поведение подкрепляют ложные суждения об опасности неприятных физических ощущений. Клиентам рекомендуют до следующей сессии не менее трех раз попрактиковаться в двух пунктах из списка пугающих ситуаций.

Сессия 10

Главная задача сессии — обсуждение упражнений по натурной экспозиции, которые выполнял клиент в течение последней недели, а также переход к экспозиции к пугающим и избегаемым агорафобическим ситуациям. Как и в случае предшествующих домашних заданий, связанных с интероцептивной экспозицией, важно оценить и скорректировать тенденции к избеганию заданий на натурную экспозицию, как правило, путем рассмотрения лежащих в основе избегания умозаключений. Следует помнить и о том, что к избеганию относится использование сиг-

налов безопасности или защитного поведения; тщательный расспрос о деталях и условиях проведения натурной экспозиции помогает это уточнить. На следующую неделю выбираются следующие два пункта из списка пугающих ситуаций, при этом особое внимание уделяется уменьшению использования или полному отказу от сигналов безопасности и защитных видов поведения. На сессии проводится репетиция когнитивного реструктурирования для каждой ситуации.

Экспозиция *in vivo* нацелена на ситуации, в которых может возникнуть тревога и паника и из которых трудно уйти или невозможно получить помощь. В отличие от этого натурная экспозиция затрагивает виды деятельности, сопряженные с появлением пугающих и избегаемых ощущений. Экспозиция *in vivo* вводится именно на данном этапе, потому что большинство клиентов к этому времени уже обретают достаточный контроль над проявлениями паники и тревоги, что значительно облегчает проведение экспозиции *in vivo*. Вместе с тем экспозиция *in vivo* в некоторых случаях может быть введена и раньше. Например, при работе с клиентами, которые не испытывают страха при выполнении стандартных interoцептивных упражнений, но боятся ощущений, возникающих в контексте агорафобических ситуаций. В таких случаях экспозиция *in vivo* может быть начата уже на сессии 7. Некоторые клиенты быстро обретают контроль над своим страхом ощущений, и им, следовательно, показано более раннее введение экспозиции *in vivo*.

Количество времени, уделяемого экспозиции *in vivo*, зависит главным образом от выраженности агорафобии у клиента. Само собой разумеется, при тяжелой агорафобии требуется больше времени. Кроме того, целесообразность привлечения к терапии значимых других лиц определяется спектром проявлений агорафобии, а также степенью заинтересованности других членов семьи в разрешении данной проблемы и их вкладом в ее поддержание. Необходимо принять решение о способах проведения экспозиции *in vivo*. Наиболее часто проводится градуированная, прерывистая (а не интенсивная, массированная) экспозиция. Как говорилось ранее, выбор того или иного подхода имеет смысл обсудить с клиентом, описав ему все возможные варианты, и принять решение в пользу приглянувшегося ему метода.

Начать следует с логического обоснования необходимости экспозиции *in vivo*. Основная идея такая же, как и для interoцептивной экспозиции: путем повторной и систематической экспозиции к пугающим ситуациям усвоить, что предполагаемые катастрофические события в действительности маловероятны или не несут в себе никакой угрозы и что избегание этих ситуаций лишь усиливает страх, препятствуя усвоению навыков поведения в таких ситуациях. Кроме того, как и при interoцептивной экспозиции, следует неоднократно подчеркнуть, что тревога и страх непременно уменьшатся при повторной встрече с ситуацией, развеяв тем самым опасения насчет стойкости неприятных ощущений. И еще анализируются причины прошлых неудачных попыток проведения экспозиции *in vivo*, что также позволяет рассеять сомнения пациентов в возможности не испытывать страха в агорафобических ситуациях. Наиболее распространенными причинами неудач экспозиции *in vivo* являются попытки решить проблему одним махом, проведение экспозиции с большими перерывами или недостаточно длительно, неуверенность клиента в благоприятном исходе или предчувствие неизбежной катастрофы. Джейн и в прошлом пыталась самостоятельно преодолеть страх в агорафобических ситуациях, но всякий раз она в панике ретировалась, опасаясь

навсегда утратить связь с реальным миром. Психотерапевт разъяснил Джейн, как следует правильно проводить экспозицию. Типичными сигналами безопасности для Джейн были присутствие мужа (или хотя бы его нахождение неподалеку) и препарат клонопин (который она постоянно носила с собой, но прибегала к нему редко). Психотерапевт обсудил с Джейн необходимость избавиться в конце концов от этих сигналов.

Джейн совместно с психотерапевтом выбрала градуированный, прерывистый подход, заручившись помощью мужа, поскольку он играл важную роль в поддержании ее агорафобических паттернов. Джейн отклонила интенсивный подход, поскольку сочла, что не сможет «контролировать ситуацию». К этому моменту Джейн уже в течение четырех недель не испытывала панических приступов. Заметно снизилась ее чувствительность к физическим ощущениям, в частности чувство нереальности. Вместе с тем у нее по-прежнему были сомнения в стойкости достигнутых изменений, она постоянно задавала вопрос о том, что будет, если вновь начнутся приступы паники. Именно поэтому она не желала подвергаться интенсивной экспозиции *in vivo*. Благодаря вмешательству ВКП несколько уменьшились проявления агорафобии. Так, Джейн теперь могла передвигаться на машине по знакомым улицам, удаляясь от дома на значительное расстояние, хотя по-прежнему избегала шоссе. Кроме того, Джейн могла больше времени проводить в одиночестве, чувствуя себя при этом комфортно, но все так же предпочитала общество мужа или матери. Она проявляла заинтересованность в экспозиции *in vivo* в надежде обрести самостоятельность. Ларри, муж Джейн, очень хотел принять участие в терапии. Хотя он мог бы присутствовать с самого начала, Джейн и психотерапевт приняли совместное решение привлечь Ларри на этапе экспозиции *in vivo*.

В качестве домашнего задания в течение следующей недели Джейн с Ларри продумали иерархию агорафобических ситуаций в соответствии с уровнем вызываемой ими тревоги. Задание по каждому пункту было сформулировано ясно и четко, чтобы выполнить его можно было руководствуясь лишь инструкциями и не ориентируясь на уровень тревоги. Например, одно из заданий предписывало Джейн проехать два перекрестка по шоссе, вместо того чтобы продолжать движение, пока не появится тревога. Аналогичным образом в другом задании предлагалось ежедневно проводить дома в одиночестве по два часа, вместо того чтобы сидеть дома до появления тревоги. Таким образом, задача в каждом случае формулировалась достаточно определенно, а поведенческое выполнение задания не зависело от уровня тревоги, возникающей в процессе его выполнения. Окончательный вариант списка пугающих ситуаций по возрастанию уровня тревоги для Джейн выглядел следующим образом: поездка на машине с работы домой, в сумерках, в одиночку; пребывание в переполненном кинотеатре с мужем, если места расположены в середине зала, возле прохода; пребывание в переполненном кинотеатре с мужем, если места расположены в середине зала, не рядом с проходом; два часа в одиночестве дома в дневное время; пребывание в одиночестве дома в сумерки; поездка на машине по знакомым улицам в гости к брату (10 миль) в одиночку; преодоление двух перекрестков по шоссе, когда муж на своей машине едет следом; преодоление двух перекрестков по шоссе в одиночку; преодоление четырех перекрестков по шоссе; поездка в одиночку по шоссе к брату. Все эти задания предстояло выполнить, отказавшись от клонопина и не зная местонахождения мужа.

Сессия 11

Основные задачи сессии — включение значимого другого лица в терапию и проведение первой экспозиции *in vivo*. Соответственно муж Джейн был приглашен на эту и последующие три сессии (учитывая выраженность агорафобического избегания у Джейн, были запланированы четыре сессии). Значимого другого познакомили с принципами терапии, чтобы уменьшить его фрустрацию в связи с эмоциональным функционированием клиентки (типа «О, она просто прикидывается—с ней все в порядке» или «Она всегда была такой, еще до того, как мы поженились»). Исследуется влияние агорафобии на повседневную жизнь и связанное с ней перераспределение домашних обязанностей. Речь может пойти о социальных событиях, проведении досуга и домашних делах. Разъясняется, что вся семейная жизнь может вращаться вокруг агорафобических страхов и избегания с целью дать клиенту возможность функционировать, не испытывая выраженной тревоги. В то же время поручение значимому другому наблюдения за ходом выполнения клиентом домашнего задания, с которым раньше справиться не удалось, может усилить паттерны агорафобического поведения. Соответственно подчеркивается важность следования инструкциям по проведению экспозиции *in vivo*, даже если вначале возникнут некоторые затруднения.

Значимому другому рекомендуется принять активное участие в терапии, делая своими впечатлениями о поведении клиента и проявлении у него страхов, а также влиянии, которое оказывает агорафобическое избегание на семейную жизнь. Иногда значимые другие дают сведения о том, о чем сам клиент умалчивает или чего полностью не осознает, в частности о том, как поведение клиента влияет на повседневный распорядок значимого другого. Ларри, например, рассказал, что вечерами дома чувствует себя не в своей тарелке: если раньше он мог позволить себе поиграть в баскетбол с друзьями, то теперь из-за чувства вины боится оставить Джейн одну дома.

На следующем этапе описывается роль значимого другого в выполнении заданий на экспозицию *in vivo*. Значимый другой выступает в роли тренера, и супружеской паре рекомендуют подходить к выполнению заданий сообща, как одной команде. Это касается принятия решения о том, когда и где практиковать экспозицию *in vivo*. Готовясь к практическому выполнению задания, клиент выявляет связанные с ним ошибочные суждения и вырабатывает когнитивные альтернативы. Значимому другому рекомендуется оказать клиенту помощь в оспаривании своих тревожных мыслей. Соответствующий диалог между клиентом и значимым другим может быть разыгран на сессии, чтобы психотерапевт мог скорректировать поведение каждого из партнеров. В ходе экспозиции *in vivo* значимый другой напоминает клиенту о необходимости когнитивного реструктурирования и управляемого дыхания. Поскольку значимый другой обычно выступает в качестве сигнала безопасности, выполнение домашних заданий вызывает не столь выраженную тревогу.

Вместе с тем предполагается, что клиент со временем откажется от использования таких сигналов. Следовательно, только первые экспозиции к агорафобическим ситуациям проводятся в присутствии значимого другого, в последующем клиент делает это в одиночку. Отстранение значимого другого может происходить постепенно, например: 1) поездка на машине со значимым другим; 2) поезд-

Сессия 11

Основные задачи сессии — включение значимого другого лица в терапию и проведение первой экспозиции *in vivo*. Соответственно муж Джейн был приглашен на эту и последующие три сессии (учитывая выраженность агорафобического избегания у Джейн, были запланированы четыре сессии). Значимого другого познакомили с принципами терапии, чтобы уменьшить его фрустрацию в связи с эмоциональным функционированием клиентки (типа «О, она просто прикидывается—с ней все в порядке» или «Она всегда была такой, еще до того, как мы поженились»). Исследуется влияние агорафобии на повседневную жизнь и связанное с ней перераспределение домашних обязанностей. Речь может зайти о социальных событиях, проведении досуга и домашних делах. Разъясняется, что вся семейная жизнь может вращаться вокруг агорафобических страхов и избегания с целью дать клиенту возможность функционировать, не испытывая выраженной тревоги. В то же время поручение значимому другому наблюдения за ходом выполнения клиентом домашнего задания, с которым раньше справиться не удалось, может усилить паттерны агорафобического поведения. Соответственно подчеркивается важность следования инструкциям по проведению экспозиции *in vivo*, даже если вначале возникнут некоторые затруднения.

Значимому другому рекомендуется принять активное участие в терапии, делая своими впечатлениями о поведении клиента и проявлении у него страхов, а также влиянии, которое оказывает агорафобическое избегание на семейную жизнь. Иногда значимые другие дают сведения о том, о чем сам клиент умалчивает или чего полностью не осознает, в частности о том, как поведение клиента влияет на повседневный распорядок значимого другого. Ларри, например, рассказал, что вечерами дома чувствует себя не в своей тарелке: если раньше он мог позволить себе поиграть в баскетбол с друзьями, то теперь из-за чувства вины боится оставить Джейн одну дома.

На следующем этапе описывается роль значимого другого в выполнении заданий на экспозицию *in vivo*. Значимый другой выступает в роли тренера, и супружеской паре рекомендуют подходить к выполнению заданий сообща, как одной команде. Это касается принятия решения о том, когда и где практиковать экспозицию *in vivo*. Готовясь к практическому выполнению задания, клиент выявляет связанные с ним ошибочные суждения и вырабатывает когнитивные альтернативы. Значимому другому рекомендуется оказать клиенту помощь в оспаривании своих тревожных мыслей. Соответствующий диалог между клиентом и значимым другим может быть разыгран на сессии, чтобы психотерапевт мог скорректировать поведение каждого из партнеров. В ходе экспозиции *in vivo* значимый другой напоминает клиенту о необходимости когнитивного реструктурирования и управляемого дыхания. Поскольку значимый другой обычно выступает в качестве сигнала безопасности, выполнение домашних заданий вызывает не столь выраженную тревогу.

Вместе с тем предполагается, что клиент со временем откажется от использования таких сигналов. Следовательно, только первые экспозиции к агорафобическим ситуациям проводятся в присутствии значимого другого, в последующем клиент делает это в одиночку. Отстранение значимого другого может происходить постепенно, например: 1) поездка на машине со значимым другим; 2) поезд-

ка на машине, когда значимый другой едет следом; 3) встреча со значимым другим в пункте назначения; 4) езда в одиночку.

Для успеха такого сотрудничества крайне важен стиль коммуникации. Значимому другому рекомендуют не преувеличивать панических переживаний и помогать клиенту при возникновении тревоги, использовать подбадривающие утверждения. С другой стороны, значимому другому следует проявлять терпение, поскольку прогресс клиента может быть неравномерным. Клиенту и значимому другому рекомендуют использовать шкалу от 0 до 8 пунктов для сообщения друг другу о текущем уровне тревоги или дистресса, чтобы избежать неловкости, связанной с обсуждением тревоги, особенно в людных местах. Клиента предупреждают о потенциальной мотивации избегать обсуждения своих переживаний со значимым другим по причине возникающей при этом неловкости или из опасений, что разговор со значимым другим и концентрация на тревоге могут еще больше его (клиента) расстроить. Избегать чувств не рекомендуется, поскольку отвлечение в долговременном прогнозе дает худшие результаты по сравнению с объективным наблюдением за ситуацией, когда появляется возможность убедиться в том, что ожидаемая катастрофа так и не произошла. Клиента заверяют в том, что начальный дискомфорт и неловкость пройдут, как только пара привыкнет обсуждать уровни тревоги и совладание с ней. Кроме того, следует уделить внимание опасениям клиентов, что значимый другой не проявит достаточной чуткости или будет подталкивать их делать то, к чему они не готовы. Например, значимый другой может полагать, что и так знает об уровне тревоги клиента и наличии у него тревожных мыслей и не нуждается в подтверждении своих предположений со стороны клиента, или значимый другой может разозлиться на клиента за то, что тот избегает агорафобических ситуаций либо испытывает страх. Психотерапевт заверяет пару, что все это обычные явления, связанные с нарушением процесса коммуникации, но они также нуждаются в коррекции. Полезным приемом является проигрывание на сессии ролей с целью освоения более адаптивных стилей коммуникации во время эпизодов тревоги. Иногда целесообразно проводить специальный тренинг коммуникации, в частности, если партнеры склонны ссориться по поводу путей проведения экспозиции *in vivo*.

Джейн и Ларри отрепетировали на сессии свое взаимодействие при выполнении задания на экспозицию *in vivo* (пребывание в переполненном кинотеатре, когда места расположены в среднем ряду у прохода), в то время как психотерапевт корректировал их поведение, исходя из описанных выше принципов коммуникации. Супругам было рекомендовано выполнить это задание на следующей неделе не менее трех раз. Как минимум в одном из этих случаев Джейн следовало выполнить задание в одиночку.

Сессии 12-15

Каждая из оставшихся сессий проводилась по одной схеме: обзор результатов экспозиции *in vivo* за прошедшую неделю; комментарии психотерапевта по поводу когнитивного реструктурирования и тренерского вклада значимого другого; репетиция новых заданий по экспозиции *in vivo* на предстоящую неделю. Как правило, речь идет о специфических тревожных ситуациях, о которых не упоминалось ранее. Так, Джейн сообщила, что во время пребывания в кинотеатре она боялась, что, выходя из него во время фильма, причинит беспокойство окружа-

ющим. Это суждение было расценено как переоценка значимости события, т. е. ошибка мышления со склонностью к катастрофизации. Кроме того, речь шла о контролируемом уходе из ситуации в моменты выраженной тревоги. Вообще уход из ситуации (например, в туалет при пребывании в переполненном ресторане) считается вполне законным, если использовать его как тайм-аут для когнитивного реструктурирования с последующим возвратом в тревожную ситуацию. На сессии 13 Джейн заявила, что ее постигла неудача в выполнении задания, поскольку она съехала на обочину, чтобы подождать Ларри. Психотерапевт сделал акцент на том, что трудности при выполнении задания на экспозицию не обязательно означают поражение, а просто свидетельствуют о том, что процесс научения идет неравномерно, со взлетами и падениями; важно выявить, что явилось причиной избегающего поведения и как лучше вести себя в следующий раз, чтобы добиться успеха. Психотерапевт отрепетировал с Джейн использование тайм-аутов при выполнении задания для оценки происходящего, проведения когнитивного реструктурирования и подготовки к возврату в ситуацию. Наконец, отмечается важность объективного наблюдения за ситуационным контекстом и своими реакциями.

Кроме того, интероцептивная экспозиция, которая была проведена ранее, обычно включается в экспозицию *in vivo*. Это означает, что клиентам рекомендуют произвольно вызывать у себя физические ощущения в агорафобических ситуациях. Например, надев в ресторан теплую одежду, клиент одновременно приучает себя не бояться ресторанов и жары. Другие возможные варианты включают потребление кофе накануне выполнения задания на экспозицию к агорафобической ситуации, выключение кондиционера или включение обогревателя во время езды в машине, замедление дыхания в толпе и тому подобное. Если клиент выражает озабоченность в связи с тем, что во время выполнения заданий на экспозицию к агорафобической ситуации он может испытать неприятные физические ощущения, следует рекомендовать ему произвольно вызывать эти симптомы на когнитивном и поведенческом уровне.

В этой технологии последние несколько сессий проводятся с разрывом в две недели с целью генерализации полученных навыков. В ходе последней терапевтической сессии делается обзор приобретенных навыков и усвоенных принципов, а также дается перечень приемов, при помощи которых клиент в будущем сможет реагировать на проблемные ситуации. Джейн прошла программу терапии в течение 15 сессий, к этому времени она уже в течение восьми недель не испытывала панических приступов, практически избавилась от тошноты и чувства нереальности, а также могла преодолевать на машине довольно значительные расстояния. Оставались и нерешенные проблемы, требовавшие повторного проведения экспозиции (например, значительное удаление от дома или езда по шоссе в сумерках). Джейн и Ларри дали согласие продолжить экспозицию *in vivo* еще в течение нескольких месяцев, чтобы закрепить полученные навыки и улучшить качество своей жизни.

Заключение

Как уже говорилось в этой главе, когнитивно-поведенческое вмешательство при паническом расстройстве и агорафобии дает хороший эффект и являет собой при-

мер явного успеха психотерапии. От 80 до 100% пациентов, прошедших такое вмешательство, к концу его избавляются от панических приступов, причем результаты сохраняются как минимум в течение двух лет. Недавно проведенные контрольные исследования показывают, что стойкость психотерапевтических изменений заметно превышает эффективные лекарственные препараты. Более того, от 50 до 80% этих пациентов полностью избавляются от неприятных симптомов, у остальных наблюдаются лишь остаточные явления. Тем не менее не следует обольщаться, что универсальное средство терапии ПР/ПРА найдено и можно снять эту проблему с повестки дня. К сожалению, сохраняются некоторые трудности.

Во-первых, факты свидетельствуют о том, что психотерапевтическое вмешательство отнюдь не панацея. Как уже говорилось, около 50% пациентов с ПР/ПРА проявляют клиническую симптоматику, несмотря на начальное улучшение, в частности, это касается лиц с выраженной агорафобией. Дальнейшие исследования покажут, какие изменения следует внести в методику вмешательства, как его индивидуализировать, чтобы предотвратить ненужные страдания. Так, один из нас (Д. Х. Б.) несколько лет назад наблюдал клиента, который завершил начальный курс терапии, но нуждался в периодических визитах в течение еще четырех лет. Состояние этого клиента заметно улучшилось и оставалось таковым на протяжении девяти месяцев, но затем, в связи с неприятностями на работе, возник рецидив. Несколько дополнительных сессий позволили восстановить его функционирование, но он вновь появился в офисе спустя шесть месяцев с рецидивом симптоматики. Этот стереотип продолжался четыре года, светлые (бессимптомные) промежутки перемежались со связанными со стрессом рецидивами расстройства. Кроме того, длительность рецидивирующего панического расстройства иногда составляла от трех до шести месяцев, затем вновь наступало улучшение, возможно, благодаря сессиям, активизирующим навыки.

Этот случай следует признать необычным, мы не смогли найти удовлетворительного объяснения этому чередованию ремиссий и рецидивов. Клиент, человек с высшим образованием, понял и принял модель вмешательства и принимал в нем активное участие. Несомненно, этот клиент хорошо понимал природу тревоги и паники, а также взаимодействие терапевтических стратегий. Находясь в офисе, он мог наизусть пересказать содержание выданных ему памяток, а также изложить свое видение своих эмоциональных состояний, детально описать свою реакцию в проблемных ситуациях. Тем не менее, выйдя из офиса, клиент продолжал надеяться на то, что он не сорвется во время паники, хотя на словах признавал иррациональность этой идеи. Кроме того, он не оставлял попыток избавиться от минимальных физиологических симптомов, связанных с тревогой и паникой, хотя хорошо понимал их природу (включая то, что в состоянии радостного возбуждения он испытывает то же самое). Поражала его сниженная толерантность к этим физическим ощущениям, хотя он хорошо переносил боль.

Множество факторов могли быть причиной этой, по-видимому, «сверхценной идеи» или устойчивой иррациональной идеи, возникающей во время тревоги, в том числе то, что у клиента несколько близких родственников повторно госпитализировались в связи с эмоциональными расстройствами (расстройства настроения или шизоаффективное расстройство).

Тем не менее факт остается фактом: мы не знаем, почему этот клиент отреагировал на терапию не так быстро, как другие. В конце концов он полностью изле-

чился, добился значительных успехов в профессиональной карьере и считал, что психотерапевтическое вмешательство стало поворотным моментом в его жизни. Для этого понадобилось пять лет.

Другие клиенты, как уже говорилось, не выказывали интереса к продолжению терапии, предпочитая объяснять свои проблемы нарушением обмена веществ, или же не могли понять идею некоторых когнитивных стратегий, что делает необходимым внесение ряда изменений в стратегию вмешательств, чтобы они стали более подходящими для пользователя.

Может возникнуть впечатление, что это структурированное, подчиненное технологии вмешательство проводится единообразно со всеми клиентами. Это далеко не так. Искусство клинициста способно адаптировать это и все другие описанные в руководстве стратегии вмешательства к конкретным случаям. Многие симптомы у Джейн вращались вокруг чувства нереальности (дереализации и деперсонализации). Важными компонентами программы вмешательства является рациональное объяснение причин этих ощущений, а также адаптация когнитивных и связанных с экспозицией упражнений с целью усиления этих ощущений. Хотя в случае Джейн стандартных упражнений оказалось вполне достаточно для провокации интероцептивных ощущений, работая с людьми, имевшими более редкие симптомы и страхи, в частности признаки диссоциации, нам пришлось разрабатывать новые процедуры. Психотерапевтам, которые собираются воспользоваться нашим опытом, надо быть готовыми вносить по ходу процедур индивидуальные коррективы.

Хотя предлагаемый нами психотерапевтический подход в руках подготовленных специалистов дает хорошие результаты, пациентам с соответствующими расстройствами не так легко получить к нему доступ. В действительности любые психотерапевтические вмешательства, пусть даже краткосрочные и структурированные, гораздо менее распространены по сравнению, например, с фармакотерапией (хотя и лекарства часто назначаются без достаточных показаний). Кроме того, число специалистов, владеющих этими методами вмешательства, крайне ограничено. Эти и другие виды эффективных психосоциальных вмешательств надо популяризировать, чтобы как можно большее число клиентов получило к ним доступ. Модификация технологий вмешательства, придание им более подходящей для пользователя формы, а также проведение краткосрочных курсов обучения квалифицированных психотерапевтов с выдачей сертификатов могли бы стать важными шагами в этом направлении, хотя на этом пути возможны трудности.

Наконец, особое значение имеет изучение комбинированного воздействия на клиента психотерапевтических вмешательств и наиболее распространенных медикаментозных препаратов. Исходя из того, что многих пациентов с ПР/ПРА сначала лечат лекарственными средствами, проблемы пригодности клиента для психотерапии и творческого сочетания этих двух видов лечения являются актуальными направлениями для исследований.

Литература

- Agras, W. S., Leitenberg, H., & Barlow, D. H. (1968). Social reinforcement in the modification of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 19, 423-427.
- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 693-698.

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155 (Suppl. 5), 1-34.
- Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W., & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the first panic attack predicts agoraphobia in disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 517-521.
- Antony, M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B., & Meadows, E. A. (1995). Accuracy of heart beat perception in panic disorder, social phobia, and nonanxious subjects. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 355-371.
- Arnou, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., & Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy*, 16, 452-467.
- Arntz, A., & van den Hout, M. (1996). Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: Cognitive therapy versus applied relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 113-121.
- Arrindell, W., & Emmelkamp, P. (1987). Psychological states and traits in female agoraphobics: A controlled study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 237-253.
- Azrin, N., Naster, B., & Jones, R. (1973). Reciprocity counselling: A rapid learning-based procedure for marital counselling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365-382.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (in press). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Brown, T. A., & Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E., & Di Nardo, P. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic — II*. San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook for anxiety and panic* (MAP-3). San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D. H., German, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G., & Holden, A. (1983). Couples treatment of agoraphobia: Initial outcome. In K. D. Craig & R. J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., DiNardo, P., & Cerny, J. (1985). Phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320-328.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K., & Ruskin, J. N. (1994). Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 63-71.
- Basoglu, M., Marks, I. M., Kilic, C., Brewin, C. R., & Swinson, R. P. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia: attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 164, 652-659.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, J. G., Shipherd, J. C., & Zebb, B. J. (1997). How does interoceptive exposure for panic disorder work? An uncontrolled case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 541-556.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., Baldwin, L. E., Deagle, E. A., & Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818-826.

- Bjork, R. A., & Bjork, E. L. (1992). A new theory of disuse and an old theory of stimulus fluctuation. In A. F. Healy & S. M. Kosslyn (Eds.), *Essays in honor of William K. Estes: Vol. 2. From learning processes to cognitive processes* (pp. 35-67). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Black, D. W., Monahan, P., Wesner, R., Gabel, J., & Bowers, W. (1996). The effect of fluvoamine, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with panic disorder. *Journal of Personality Disorders, 10*, 185-194.
- Bland, K., & Hallam, R. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 335-338.
- Bonn, J. A., Harrison, J., & Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry, 119*, 468-470.
- Borkovec, T. (1976). Physiological and cognitive processes in the regulation of anxiety. In G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research* (Vol. 1, pp. 261-312). New York: Plenum Press.
- Borkovec, T., Weerts, T., & Bernstein, D. (1977). Assessment of anxiety. In A. Ciminero, K. Calhoun, & H. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (pp. 367-428). New York: Wiley.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M., & Godbout, D. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 213-224.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (in press). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*.
- Bouton, M., & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian conditioning and instrumental conditioning. *Behavioral Neuro-science, 104*, 44-55.
- Boyd, J. H. (1986). Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1569-1574.
- Breier, A., Chamey, D. S., & Heninger, G. R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry, 43*, 1029-1036.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., Hillmer-Vogel, U., & Ruther, E. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 603-609.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 754-765.
- Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine, 7*, 73-86.
- Bystritsky, A., Rosen, R. M., Murphy, K. J., Bohn, P., Keys, S. A., & Vapnik, T. (1994). Double-blind pilot trial of desipramine versus fluoxetine in panic patients. *Anxiety, 1*, 287-290.
- Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R., & Shelton, R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 156-163.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18*, 401-415.
- Chambless, D. L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy, 21*, 217-229.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090-1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44.
- Chambless, D. L., & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics*. Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.
- Chaplin, E. W., & Levine, B. A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continued exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy, 12*, 360-368.
- Chouinard, G., Annable, L., Fontaine, R., & Solyom, L. (1982). Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorders: A double-blind placebo-controlled study. *Psychopharmacology, 77*, 229-233.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.

- Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 131-139.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middleton, H., & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II* (pp. 71-90). Berlin: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Cote, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J., & Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- Cox, B. J., Endler, N. S., & Swinson, R. P. (1995). An examination of levels of agoraphobic severity in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 57-62.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667-685.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panics, and agoraphobia (MAP-3)*. San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Craske, M. G., & Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 567-575.
- Craske, M. G., Glover, D., & DeCola, J. (1995). Predicted versus unpredicted panic attacks: Acute versus general distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 214-223.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113-120.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 395-400.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic-expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy*, 19, 577-592.
- Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 247-280). Chichester, England: Wiley.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85-99.
- Craske, M. G., Street, L., & Barlow, D. H. (1989). In-structions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Craske, M. G., & Tsao, J. C. I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
- de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., & Koele, P. (1995). Respiratory training prior to exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia: Efficacy and predictors of outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 104-113.
- de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Lange, A., Koele, P., & van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
- DeCola, J. P., & Rosellini, R. A. (1990). Unpredictable/uncontrollable stress proactively interferes with appetitive Pavlovian conditioning. *Learning and Motivation*, 21, 137-152.
- de Jong, M. G., & Bouman, T. A. K. (1995). Panic disorder: A baseline period. Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 185-199.
- deRuiter, C., Rijken, H., Garssen, B., & Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 647-656.
- DeSilva, P., & Rachman, S. J. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.

Посттравматическое стрессовое расстройство¹

Патриция А. Ресик,
Карен С. Калхаун

Наиболее трагические примеры тяжелой психопатологии - это посттравматические стрессовые расстройства у жертв насилия. Изнасилования гораздо более распространены, чем принято считать, а их эмоциональные последствия могут сохраняться на всю жизнь. В этой главе на примере Синди рассматриваются все нюансы психопатологии, связанной с посттравматическим стрессовым расстройством. Они позволяют судить о том глубоком влиянии, которое оказывает на личность психическая травма, связанная с изнасилованием. Важно и то, что в этой главе детально описана психотерапия посттравматического стрессового расстройства нового поколения, названная авторами «психотерапия когнитивной переработки», так что клиницисты могут включить эту терапевтическую программу в свою практику. Эта комплексная терапевтическая программа включает в себе новейшие тенденции в области психопатологии психотравмирующего воздействия, предлагаемые стратегии терапии специально предназначены для коррекции связанных с травмой расстройств.

Дэвид Х Барлоу

Исторические аспекты постановки диагноза и распространенность расстройства

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) впервые введен в третьем издании *DSM* (American Psychiatric Association, 1980). В предшествующих изданиях стрессовые реакции имели названия вроде «реакция на тяжелый стресс» (*gross stress reaction*) и «временное ситуационное расстройство» (*transient situational disturbance*), не подкрепленные эмпирическими данными или специальными критериями. В *DSM-III* это расстройство (ПТСР) было признано тревожным (не имеющим ничего общего с неврозом), его описание было позаимствовано из имеющейся литературы, в частности посвященной исследованиям ветеранов войн. Было, наконец, признано, что сходную симптоматику могут вызвать другие виды травм. Это послужило сигналом для объединения усилий терапевтов, занимающихся последствиями различных травм, что, в свою очередь, привело к быстрому прогрессу в теоретическом плане и разработке новых видов

терапии. В настоящее время считается общепризнанным, что тип пережитой травмы, хотя и имеет некоторые специфические особенности, менее важен по сравнению с тяжестью травмы, а также индивидуальными реакциями и ранимостью человека. В этой главе речь идет, в частности, о ПТСР, возникшем после изнасилования. Критерии постановки диагноза ПТСР в *DSM-IV* (APA, 1994) основаны на результатах полевых исследований и отражают те уточнения, которые были внесены в критерии *DSM-III* и *DSM-III-R* (APA, 1987). Во-первых, чтобы поставить пациенту диагноз ПТСР в соответствии с критериями *DSM-IV*, он должен быть очевидцем или участником ситуации, в которой есть смерть, угроза жизни, смертельно опасное ранение или угроза физической целостности, либо как-то иначе столкнуться с такой ситуацией. Во-вторых, индивид в ответ на это событие должен испытывать выраженную беспомощность, страх или ужас. Следовательно, событие считается психотравмирующим, если имеет место смерть, серьезное повреждение или угроза смерти либо повреждения, а также при наличии в спектре переживаний индивида в ответ на событие выраженного негативного аффекта (критерий А). В более ранних версиях *DSM* (APA, 1980, 1987) травмирующим стрессором считалось событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, которое может вызвать глубокий стресс практически у каждого. К сожалению, такое определение автоматически исключало из рассмотрения относительно распространенные психотравмирующие переживания, такие, например, как жестокое обращение с детьми, проявление жестокости в семье и сексуальное насилие, которые широко распространены среди населения (хотя и не обязательно часто встречаются в жизни отдельных индивидов). Если определять ПТСР по *DSM-IV*, этой проблемы можно избежать. Здесь акцент сделан на прямой или косвенной угрозе жизни и здоровью, а также на индивидуальной реакции на угрозу, что в действительности и влияет на степень травмирующего воздействия того или иного события. Эти выводы были сделаны на основании многочисленных исследований, свидетельствующих о том, что переживание угрозы жизни или субъективный дистресс предшествуют развитию ПТСР (Blank, 1993; Davidson & Smith, 1990; Girelli, Resick, Marhoefer-Dvorak, & Kotsis-Hutter, 1986; Kilpatrick & Resnick, 1993; March, 1993).

Симптоматические критерии можно разделить на три большие категории. Сюда относятся повторяющееся переживание травмирующего события, избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме, а также чрезмерное физиологическое возбуждение. В соответствии с критерием В повторяющееся переживание травмирующего события может наблюдаться в одном из двух вариантов: воспоминания о травме могут быть навязчивыми или возникать ни с того ни с сего, безо всякого повода. При ПТСР связанные с травмой переживания могут быть очень интенсивными, живыми, это так называемый флэшбек-эффект. Навязчивые воспоминания могут возникать во время сна в виде тематических ночных кошмаров. Кроме того, при реальном или символическом столкновении с действиями или ситуациями, связанными с травмирующим событием, у человека могут проявляться интенсивные реакции — психологические (ужас, негодование, депрессия и т. п.) и/или физиологические (учащенное сердцебиение, потливость, частое дыхание).

Повторяющиеся переживания травмирующей ситуации обычно представляются навязчивыми и неприятными, поскольку человек не может ими управлять.

Кроме того, они вызывают сильные негативные эмоции, связанные с самой травмой (Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992). Пугающие стимулы иногда понятны, как в случае с ветераном войны, испугавшимся яркой вспышки автомобильных фар, напомнившей ему артиллерийский залп. Вместе с тем иногда взаимосвязь между травмой и вызвавшим воспоминания о ней стимулом не так очевидна. Например, пережившая изнасилование женщина боялась принимать душ, хотя изнасилование было совершено вне ее дома. Когда же она проходила психотерапию по этому поводу, выяснилось, что всякий раз, стоя под душем, пострадавшая чувствует себя очень незащищенной, одинокой, обнаженной, без средств к спасению, с ограниченным обзором — все эти стимулы напоминают ей о пережитой травме.

Для переживших травму также характерны симптомы физиологического перевозбуждения (критерий D). Это означает, что человек постоянно пребывает в состоянии «борьбы-или-бегства», словно все еще испытывает воздействие травмирующего события. В таком состоянии повышенной бдительности угроза опасности видится даже в относительно безопасных ситуациях. В критические моменты такая реакция помогает выжить. Однако в стабильной ситуации перевозбуждение может нарушать повседневное функционирование, что ведет к истощению, поскольку человек тратит колоссальное количество энергии на выявление признаков потенциальной опасности в окружающей его действительности (сверхнастороженность). В таком состоянии нередко развиваются нарушения сна, ухудшается способность к концентрации внимания, повышается раздражительность и проявляется гиперреактивность на стимулы (повышенная реакция испуга). Есть основания полагать, что постоянное напряжение плохо сказывается на общем физическом здоровье (Kulka et al., 1990). Чтобы поставить диагноз ПТСР, необходимо наличие как минимум двух стрессоров из критерия D.

Симптомы избегания и оцепенения (критерий C) отражают попытку индивида психологически и эмоционально дистанцироваться от травмы. Некоторые считают, что симптомы избегания являются реакцией на повторяющееся переживание травмирующей ситуации (Creamer, Burgess, & Pattison, 1992). Навязчивые воспоминания о травме сопровождаются связанными с травмой негативными эмоциями. Из-за этого возникает стремление избегать напоминающих о травме мыслей и чувств, ситуаций и событий или на самом деле забыть важные аспекты травмы. Избегание воспоминаний о травме приводит к временному ослаблению болезненных эмоций, что усиливает избегающее поведение. Аналогичным образом отстраненность или оцепенение служат попытками отсечь неприятные эмоции, связанные с навязчивыми воспоминаниями (Astin, Foy, Layne, & Camilleri, 1994; Resick & Schnicke, 1992). Это явление может стать генерализованным, что ведет к отстраненности от всех эмоций, как позитивных, так и негативных. Пережившие травму часто сообщают об отсутствии у них интенсивных переживаний или чувстве оцепенения. Такая навязчивая отстраненность может существенно нарушить взаимоотношения с окружающими, способность радоваться жизни, продуктивно работать и строить планы на будущее. Травмирующие переживания серьезно меняют образ жизни, поскольку человек стремится избегать воспоминаний о травмирующем событии и связанных с ним негативных эмоций. Для диагноза ПТСР должны присутствовать по меньшей мере три вида избегающего поведения.

О ПТСР можно говорить в случае, если все эти симптомы проявляются в течение по крайней мере одного месяца, причем они должны причинять беспокойство или нарушать функционирование индивида. Большинство переживших травму непосредственно после травмирующего события демонстрируют развернутую симптоматику ПТСР. Вместе с тем их число уменьшается вдвое уже через 3 месяца после травмы, оставаясь в дальнейшем на том же уровне. Так, оценка психического состояния переживших изнасилование спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 9 месяцев показала, что симптоматику ПТСР проявляли 94, 65, 47, 42 и 42% соответственно (Rothbaum & Foa, 1993). Таким образом, после трех месяцев распространенность ПТСР практически не менялась. Если патологические симптомы не прекращаются за это время, ПТСР переходит в хроническую форму и состояние пострадавшего с течением времени и при отсутствии соответствующей терапии может ухудшаться. Отсроченное начало ПТСР наблюдается крайне редко и может объясняться наличием более ранних симптомов, мешавших его развернутому проявлению (например, диссоциации, амнезии или выраженного избегания), или же изменением значимости события (например, убийство сексуальным маньяком своей очередной жертвы меняет значимость изнасилования для пережившей его женщины).

По данным эпидемиологических исследований, распространенность травмирующих переживаний и ПТСР среди населения довольно высока (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best, & Von, 1987; Kulka et al., 1990). В рандомизированном исследовании 4008 женщин в США травмирующие переживания выявлялись в 69% случаев (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993). Перенесенные полученные результаты на все население США по данным переписи 1989 г., авторы подсчитали, что 66 млн женщин в США пережили по меньшей мере одну травмирующую ситуацию. Среди тех, кто пережил действие стрессора по критерию А, ПТСР обнаруживалось со следующей частотой: после изнасилования — 32%; других видов сексуального насилия — 31%; физического насилия — 39%; самоубийства члена семьи или близкого друга — 22%; у жертв других преступлений — 26%; после не связанных с преступлениями травм (природных или чрезвычайных техногенных катастроф, несчастных случаев) — 9% (Resnick et al.).

В крупнейшем популяционном исследовании психологических последствий травмы участвовали 5877 американцев (2812 мужчин и 3065 женщин) (Kessler et al., 1995). Оценивалось влияние 12 категорий стрессоров. Как выяснилось, большинство людей пережили по меньшей мере одно значительное травмирующее событие. Если в среднем 20,4% женщин и 8,2% мужчин проявляли симптоматику ПТСР после травмирующих переживаний, специфические травмы приводили к расстройству гораздо чаще. Например, изнасилование приводило к ПТСР в равной мере мужчин и женщин: ПТСР было диагностировано у 65% мужчин и 46% женщин, которые назвали изнасилование наиболее серьезной из пережитых ими травм. Среди мужчин, которые сочли наиболее серьезными другие травмы, вероятность развития ПТСР у участников боевых действий составила 39%, у жертв небрежного обращения в детстве — 24%, у жертв жестокого обращения в детстве — 22%. Среди женщин, помимо изнасилования, ПТСР оказалось наиболее тесно связанным с жестоким обращением в детстве (49%), угрозой вооруженного нападения (33%), сексуальными домогательствами (27%) и физическим

нападением (21%). Как и в предыдущем исследовании (Resnick et al, 1993), несчастные случаи и природные катастрофы гораздо реже приводили к ПТСР у мужчин и женщин. С другой стороны, Норрис (Norris, 1992) обнаружила, что дорожно-транспортные происшествия (ДТП), несмотря на меньшую распространенность по сравнению с некоторыми другими видами травм (например, трагической смертью или ограблением) и их меньшее травмирующее воздействие (по сравнению с сексуальными или физическими нападениями), следует считать наиболее значимыми событиями, частота и оказываемое влияние которых соизмеримы. Вероятность попадания в ДТП среди населения составляет 23%, а соответствующая распространенность ПТСР достигает 12%, т. е. на каждую тысячу взрослых жителей США приходится 28 человек с серьезными нарушениями вследствие одного типа стрессора.

Крупнейшее исследование ветеранов войны, Национальное исследование реадaptации ветеранов войны во Вьетнаме (*National Vietnam Veterans Readjustment Study, NWRS*), было начато по инициативе Конгресса США в 1983 г. (Kulka et al., 1990) с целью изучения распространенности ПТСР и других психологических проблем после войны во Вьетнаме. В годы войны в армии США служили свыше 8 млн человек. Из них 3,1 млн прошли через Вьетнам (ветераны театра военных действий), остальные служили на территории США или в других странах (ветераны эпохи войны). Из 3,1 млн служивших во Вьетнаме женщин было только 7200. Однако в эпоху вьетнамской кампании до 255 000 женщин служили на военных базах США в других регионах. Исследование предполагало проведение детальных интервью и всесторонней оценки психологического статуса представителей трех групп — 1632 ветеранов военных действий, 716 ветеранов эпохи вьетнамской войны и 668 не ветеранов/представителей гражданского населения; всего же было проведено 3016 интервью.

Основным результатом исследования NVVRS было выявление того факта, что большинство ветеранов театра военных действий во Вьетнаме прекрасно приспособились к гражданской жизни и не страдали от ПТСР и других проблем. Вместе с тем исследователи обнаружили, что 31% мужчин и 27% женщин-ветеранов ставился диагноз ПТСР на тех или иных этапах жизни. Более того, у 15% мужчин и 9% женщин на момент обследования диагностировалось ПТСР. Это означает, что 479 000 ветеранов войны во Вьетнаме в настоящее время страдают ПТСР. Кроме того, еще у 11% мужчин и 8% женщин-ветеранов проявляется выраженная симптоматика ПТСР, но они еще не подпадают под критерии развернутого ПТСР. Таким образом, еще 350 000 мужчин и женщин — жителей США по-прежнему страдают от последствий войны во Вьетнаме.

Теоретические модели ПТСР

Когда в 1970-х гг. исследователи и бихевиористы-терапевты приступили к изучению последствий изнасилования и войны во Вьетнаме, для объяснения наблюдаемых явлений они обратились к теории научения. Для объяснения происхождения посттравматической симптоматики (Becker, Skinner, Abel, Axelrod, & Cichon, 1984; Holmes & St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering, & Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen, & Best, 1985; Kilpatrick, Veronen, & Resick, 1982) была использована двухфакторная теория классического и оперантного обусловливания (Mowrer, 1947).

Считалось, что классическое обусловливание ответственно за высокие уровни дистресса и страха, характерные для переживших травму. Оперантное обусловливание объясняло развитие присущих ПТСР симптомов избегания и сохранение страха даже в отсутствие травмирующего стрессора, т. е. условного стимула. Поскольку воспоминания о травмирующем событии и других сопутствующих обстоятельствах (условные стимулы) вызывают страх и тревогу (условные эмоциональные реакции), человек стремится их избежать (или уйти от них), что соответственно уменьшает страх и тревогу. В таком контексте избегание условных стимулов получает негативное подкрепление, а это мешает угасанию связи между обстоятельствами травмы и тревогой, которое было бы неизбежно при повторении травмирующих переживаний.

Хотя теория научения и позволяет вскрыть механизмы развития и поддержания страха избегания при ПТСР, она не объясняет навязчиво повторяющихся воспоминаний, повторно возникающих у пережившего травму в сознательном и бессознательном состоянии (в виде ночных кошмаров). Основываясь на концепции Лэнга о развитии тревоги (Lang, 1977) в его теории переработки эмоций, группа авторов (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989) высказала предположение, что ПТСР возникает вследствие развития в памяти сети страха (*fear network*), которая и вызывает избегающее поведение. Психические структуры страха — это стимулы, реакции и значение, придаваемое происходящему. Любое явление, так или иначе связанное с травмой, может вызвать активацию структур страха и запустить избегающее поведение. Считается, что у людей с ПТСР страх отличается стабильностью и генерализованностью, поэтому выявить его несложно. Группа авторов (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, & Twentyman, 1988) полагает, что при ПТСР все эти структуры всегда находятся в активном состоянии, поэтому человек склонен интерпретировать события как потенциально опасные. Когда сеть страха активируется при напоминании о травме, содержащаяся в ней информация поступает в сознание (симптомы навязчивости). Попытки предупредить эту активацию приводят к свойственному ПТСР избеганию. В соответствии с теорией переработки информации повторяющиеся травмирующие переживания в безопасной обстановке вызывают привыкание к страху с последующим изменением связанных с ним структур. Как только снижается интенсивность эмоций, пациенты с ПТСР спонтанно начинают модифицировать смысловые элементы, затем меняются суждения и уменьшается их генерализация.

Социально-когнитивные теории ПТСР также опираются на переработку информации, однако они делают акцент на влиянии травмы на систему убеждений пострадавшего и ее перестройку с целью согласования травмирующего события с ранее существовавшими убеждениями и ожиданиями. Первым и наиболее влиятельным теоретиком социально-когнитивного направления был Горовиц, проделавший путь от психодинамической теории к теории когнитивной переработки. Горовиц (Horowitz, 1986) высказал предположение, что переработка информации происходит в соответствии с психологической тенденцией к завершенности (*completion tendency*), т. е. потребности интегрировать новую информацию в уже существующие убеждения. Благодаря тенденции к завершенности информация о травме хранится в активной памяти до тех пор, пока не завершится ее переработка и событие не будет осмыслено. Горовиц также полагал, что существует основной конфликт между потребностью в осмыслении события и интеграции

его в личную историю пострадавшего, с одной стороны, и желанием избежать эмоциональных страданий — с другой. Когда связанные с травмирующим событием образы («кадры», ночные кошмары, навязчивые воспоминания), размышления о значимости травмы, связанные с ней эмоции полностью захватывают человека, срабатывают механизмы психологической защиты, и человек впадает в оцепенение или проявляет избегающее поведение. Горовиц считал, что пациент с ПТСР переходит из состояния навязчивости в состояние избегания, а при успешной переработке связанной с травмой информации эти переходы становятся реже и менее выражены. Хроническое течение ПТСР предполагает, что событие сохраняется в активной памяти, не будучи полностью переработано и интегрировано, а следовательно, сохраняет способность вызывать реакции навязчивости и избегания.

Некоторые исследователи, сторонники социально-когнитивного подхода, уделяли больше внимания актуальному содержанию когнитивных представлений и высказывали предположение, что в результате травмы рушатся основные представления о мире и о себе. Теории конструктивизма основываются на том, что люди активно создают свои представления о мире (и о себе). Новым переживаниям приписывается смысл в соответствии с индивидуальной моделью мира (Janoff-Bulman, 1985, 1992; Mahoney & Lyddon, 1988; McCann & Pearlman, 1990a). Чтобы избавиться от патологии, следует реконструировать фундаментальные убеждения и восстановить равновесие. Предполагается, что это достигается в процессе повторной интерпретации события с целью сокращения дистанции между прежними и новыми убеждениями (Janoff-Bulman). Другие теоретики считают, что, если предшествующие убеждения были ярко позитивными или негативными, симптоматика ПТСР будет особенно выраженной (Foa, 1996; McCann & Pearlman, 1990a; Resick & Schnicke, 1992). Фоа делает акцент на тех убеждениях, которые связаны с предсказуемостью и возможностью контролировать травмирующее событие, в то время как Маккенн и Перлман считают, что травма затрагивает сразу несколько видов представлений, подтверждая или опровергая их: представления о собственной безопасности, доверии, контроле/власти, самооценке и близких отношениях.

Другие исследователи полагают, что эффект травмирующего события не сводится к проявлению страха; пациенты с ПТСР могут с равной вероятностью испытывать и целый ряд других сильных эмоций, в том числе стыд, гнев или печаль (Resick & Schnicke, 1992, 1993; Resick, 1995). Некоторые эмоции (в частности, страх, гнев или печаль) могут возникать в непосредственной связи с травмой (первичные эмоции), поскольку травмирующее событие интерпретируется как опасное и/или негативное, приводящее к утрате чего-либо. Не исключено, что вторичные, или «синтезированные», эмоции также могут вытекать из ошибочной интерпретации травмирующего переживания. Например, если кто-то подвергся умышленному нападению, опасная ситуация вызывает реакцию борьбы-бегства, и в результате закономерно возникают первичные эмоции страха и гнева. Вместе с тем, когда опасность минует, жертва нападения может считать себя виновной в этом нападении, и при этом возникают стыд или растерянность. Эти синтезированные эмоции происходят из мыслей и рассуждений о событии, а не из события как такового.

В социально-когнитивной модели аффективная экспрессия необходима не только для привыкания, но и для полной переработки связанных с травмой во-

поминаний. Предполагается, что естественный аффект проходит довольно быстро и начинается работа по приведению в соответствие нового опыта и существующих представлений. Если оспорить связанные с событием ошибочные представления (самообвинение, чувство вины) и чрезмерные обобщения, касающиеся представлений об окружающей действительности и о себе (например, о безопасности, доверии, контроле, самооценке и близких отношениях), то вторичные эмоции, а с ними и навязчивые воспоминания, постепенно уйдут.

Пытаясь примирить когнитивные теории ПТСР, группа авторов (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996) предложила теорию двойной репрезентации (*dual-representation theory*), включающую в себя теории переработки информации и социально-когнитивные теории. Они считают, что одной теории эмоций явно недостаточно для полного описания посттравматических воспоминаний, известных по клиническим наблюдениям. Основываясь на предшествующих исследованиях, авторы высказали предположение о том, что переживания травмирующего события могут быть подвергнуты сознательной и бессознательной переработке. Воспоминания, содержащиеся в сознании, могут быть извлечены произвольно; их называют «вербально доступными воспоминаниями» (*verbally accessible memories, VAMs*). Воспоминания *VAMs* содержат сенсорную информацию, информацию об эмоциональных и физических реакциях, а также информацию о личностно значимом смысле события. Воспоминания *VAMs* могут быть как довольно детальными, так и весьма избирательными, поскольку в условиях стресса происходит сужение внимания и ослабление кратковременной памяти.

Воспоминания другого типа являются бессознательными и называются «ситуационно доступные воспоминания» (*situationally accessed memories, SAMs*). Воспоминания *SAMs*, по-видимому, гораздо более экстенсивны, чем автобиографические рамки самого события, но получить к ним произвольный доступ нельзя, и в отличие от более явных воспоминаний *VAMs* в них труднее внести коррективы. Ситуационные воспоминания включают в себя сенсорную (слуховую, зрительную, тактильную), физиологическую и моторную информацию, которая автоматически проявляется при действии соответствующего стимула, напоминающего о травме, или сознательных размышлениях о ней. Ситуационные воспоминания переживаются в виде навязчивых чувственных образов, или «кадров», сопровождаемых физиологическим перевозбуждением.

Согласно теории двойной репрезентации, существуют два типа эмоциональных реакций. Реакции первого типа обуславливаются во время события (например, страх, гнев) и записываются в ситуационных воспоминаниях; они активируются одновременно с сенсорной и физиологической информацией. Эмоции другого типа, или вторичные, возникают вследствие переосмысления значения травмы. Вторичные эмоции могут быть представлены страхом и гневом, однако с равной вероятностью это может быть чувство вины, стыда или печали.

Высказывается предположение о двухкомпонентной структуре эмоциональной переработки травмирующих переживаний (Brewin et al., 1996). Первый элемент — это активация ситуационных воспоминаний *SAMs* (как следует из теорий переработки информации) с разворачиванием полного спектра связанной с травмой сенсорной и физиологической информации; целью всего этого является начало когнитивной перестройки. Активация ситуационных воспоминаний, в конце концов, может стать более редкой, если они блокируются формированием новых

SAMs или изменяются за счет включения новой информации. Когда воспоминания SAMs проникают в сознание, они могут претерпеть изменения при сочетании с различными физическими состояниями (например, релаксацией или привыканием) или сознательными процессами. Наконец, при эффективном замещении или изменении SAMs происходит уменьшение выраженности негативных эмоций с последующим снижением доступности воспоминаний и склонности уделять им внимание.

Второй элемент (по мнению теоретиков социально-когнитивного направления) — сознательная попытка поиска смысла, приписывание вины или причинности и разрешение конфликтов между травмирующим событием и существовавшими до него представлениями и убеждениями. Цель этого процесса — уменьшение негативных эмоций и восстановление чувства относительной безопасности и контроля над своим окружением. Для достижения второй цели переживший травму будет вынужден отредактировать свои автобиографические воспоминания (VAMs), чтобы привести произошедшее событие в соответствие с системой своих убеждений. Это можно сделать двумя путями: во-первых, скорректировать воспоминания о событии, чтобы не разрушать уже имеющихся представлений об окружающей действительности, или, во-вторых, изменить существующие убеждения с целью усвоения новой информации.

В некоторых случаях, как полагают (Brewin et al., 1996), вполне достаточно экспозиционной¹ психотерапии (когда эмоции первичны и вызываются ситуационными воспоминаниями). Вместе с тем при наличии вторичных эмоций, когда пациенты сообщают о чувстве собственной вины, стыда и депрессии, речь должна идти о когнитивной психотерапии. Хотя эффективность экспозиционной и когнитивной психотерапии при ПТСР считается доказанной, до настоящего времени не проводилось исследований, посвященных адаптации психотерапии к индивидуальным особенностям пациентов. Вместе с тем, сопоставляя эффективность пролонгированной экспозиционной терапии (*prolonged exposure, PE*) и психотерапии когнитивной переработки (*cognitive processing therapy, CPT*), группа исследователей обнаружила, что пережившие изнасилование с сочетанием депрессии и ПТСР лучше откликаются на *CPT*, чем на *PE*. Пережившие изнасилование при наличии только ПТСР одинаково хорошо реагировали на *CPT* и *PE* (Resick, Ni-shith, Weaver, Astin, & Feuer, 2000).

Оценка

Первый шаг при проведении оценки — выявление серьезных травм в личной истории пациента. Большинство переживших изнасилование, в том числе в детском возрасте, нуждаются в дополнительном интервью. Это связано с присущим таким пациентам стереотипом избегания напоминаний о травме и может отражать чувство стыда и самообвинения в связи с травмирующим событием. Даже при самостоятельном обращении за психологической помощью пережившие травму часто не могут признать, что их психологические проблемы связаны с этим событием. Высказываются и другие предположения о возможных причинах сокрытия этой информации (Kilpatrick, 1983). Пациенты могут бояться негативной реак-

¹Здесь — поведенческой, т. е. терапии научением, тренировкой. —Примеч. науч. ред.

ции на самораскрытие, особенно если раньше сталкивались с недоверием и обвинениями. Кроме того, многие пережившие изнасилование не расценивают произошедшее именно таким образом, особенно если виновный был их родственником или знакомым. В действительности большинство преступлений такого рода совершаются лицами, которые знакомы потерпевшим.

Более перспективен поведенческий подход типа «Предпринимал ли кто-нибудь попытки полового контакта с вами помимо вашего желания, прибегая к физическому насилию или угрозам?» (с последующим уточнением деталей такого контакта), вместо того чтобы напрямую спрашивать пациентов, подвергались ли они когда-либо в своей жизни изнасилованию. В последнем случае человек, имеющий семью (или встречающийся с постоянным партнером), может ответить отрицательно, хотя в действительности подвергся насилию, поскольку термин «изнасилование» может не соответствовать его представлениям о поведении сексуального партнера. Схожая проблема существует и при жестоким обращении с детьми. Пациент может заявить, что в детском возрасте не подвергался жестокому обращению, однако с готовностью признает, что родитель бил его ремнем, причем довольно сильно, после чего остались шрамы. Психотерапевт может начать с общих вопросов о поведении и наказаниях в детском возрасте, а затем перейти к специфическим поведенческим вопросам, касающимся физического насилия или сексуальных контактов с членами семьи в детстве. Затем можно перевести разговор на сексуальные домогательства, жестокое обращение в семье и другие значимые травмы в подростковом и взрослом возрасте.

Исследователей, как правило, гораздо больше интересует оценка выраженности ПТСР, чем оценка вызвавших расстройство травм (Weathers & Keane, 1999). В отличие от большинства других расстройств ПТСР диагностируется как последствие тех или иных жизненных событий, отличающихся двумя особенностями, о которых шла речь в начале главы, в частности своей тяжестью и субъективной реакцией. Лишь в нескольких исследованиях проводилась оценка того, насколько травмирующие события отвечают этим двум требованиям, при этом спектр и частота травм в жизни человека оцениваются еще реже. Хотя исследователи предпринимают попытки оценить степень серьезности травмирующих событий, на сегодняшний день существует крайне мало валидных стандартизованных методов такой оценки (Weathers & Keane, 1999). Разработано несколько опросников, которые можно использовать в качестве отправной точки перед проведением детального интервью, хотя полностью полагаться на них не принято. В их числе Опросник травматического стресса (*Traumatic Stress Schedule*, Norris, 1990) и Опросник травмирующих событий (*Traumatic Events Questionnaire*, Vrana & Lauterbach, 1994). В Диагностической шкале посттравматического стресса (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PTSDS*; Foa, 1995) перед оценкой симптоматики необходимо ответить на вопросы двух разделов. В первом разделе оцениваются 13 потенциально травмирующих событий, а второй содержит вопросы, позволяющие сделать вывод, отвечает ли событие критерию А. Что касается опыта военных действий, широко используется Шкала экспозиции к участию в военных действиях (*Combat Exposure Scale*, Keane et al, 1989), позволяющая оценить выраженность переживаний человека и серьезность выпавших на его долю испытаний. Для детальной оценки травмирующих событий рекомендуется два вида структурированных интервью. Интервью потенциально стрессовых событий

(*Potential Stressful Events Interview*; Kilpatrick, Resnick, & Freedy, 1991) содержит поведенческие вопросы, которые особенно подходят для оценки межличностных преступлений, а также ряда других травмирующих событий. Адаптированная к *DSM-IV* версия Шкалы ПТСР, управляемой терапевтом (*Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS*; Blake et al., 1995), включает в себя скрининговую шкалу по типу самоотчета (Перечень жизненных событий, *Life Events Checklist*), после ответов на вопросы которой интервьюер предлагает вопросы с целью оценить соответствие травмы критерию А.

При проведении оценки перед клиницистом стоят две задачи: диагностика и планирование терапии. Еще одна задача возникает в случае, если ПТСР сочетается с другой патологией, что бывает довольно часто. Наиболее распространены депрессия и злоупотребление психоактивными веществами. Независимо от того, является ли главной целью процедуры оценивания постановка диагноза или планирование вмешательства, целесообразен многомерный, многоосевой подход. Поскольку кросс-секционное исследование, проведенное однократно, не всегда позволяет выявить симптоматику в полном объеме, предложено проводить проспективное наблюдение (Denny, Robinowitz, & Penk, 1987; Sutker, Uddo-Crane, & Allain, 1991). Конечно, для целей лечения большое значение имеет текущая оценка симптоматики и эффективности терапии. Даже при кросс-секционной оценке ПТСР предлагается использовать набор тестов в зависимости от целей терапевта (Keane, Wolfe, & Taylor, 1987; Kulka et al., 1991; Weathers & Keane, 1999). В одной из работ проводится разбор специфических ситуаций с рекомендациями по проведению оценки состояния пациентов (Weathers & Keane, 1999). Далее будут рассмотрены наиболее распространенные подходы к оценке выраженности ПТСР. Более детально методы оценки ПТСР обсуждаются в другой работе (Wilson & Keane, 1997).

Следует иметь в виду необходимость внимательного наблюдения за пациентом с тщательной оценкой риска суицида. Национальное исследование женщин (*National Women's Study*, (Kilpatrick, Edmunds, & Seymour, 1992) показало, что 13% переживших изнасилование предпринимали попытки суицида. Среди участниц, не подвергшихся подобной травме, удельный вес покушавшихся на самоубийство не превышал 1%. Кроме того, 33% переживших изнасилование и только 8% других участниц заявили, что серьезно подумывали о самоубийстве в те или иные моменты своей жизни.

Структурированные диагностические интервью

Для целей диагностики наиболее широко используется Структурированное клиническое интервью для *DSM-III-R* или *DSM-IV* (*Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID*). Интервью *SCID* (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987) включает в себя оценку симптоматики ПТСР и предназначено для использования опытными терапевтами. Группа авторов (Resnick, Kilpatrick, & Liptovsky, 1991) рекомендует вносить в него модификации для работы с жертвами изнасилования, поскольку раздел этого интервью, посвященный ПТСР, изначально был разработан для участников военных действий. Эти модификации включают в себя, в частности, более чувствительные скрининговые вопросы об истории изнасилования и других серьезных травмирующих событий. Кроме того, для планирования терапии важно произвести оценку участия в мно-

жественных травмирующих событиях. В результате проведения интервью *SCID* ставится диагноз с указанием количества позитивных симптомов. Поскольку интервью не позволяет оценить частоту появления или выраженность симптоматики, для исследовательских целей оно вряд ли пригодно; для этого желательны непрерывные показатели.

Второй популярный инструмент — Диагностический список для проведения интервью (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*; Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981). Это хорошо структурированный опросник, который не требует от терапевта специальной подготовки и большого практического опыта, как, например, *SCID*. Как и *SCID*, опросник *DIS* позволяет поставить диагноз, но не дает возможности оценить степень выраженности расстройства. Раздел, посвященный ПТСР, дает возможность оценить участие в гражданской травме, однако термин «изнасилование» используется без какой-либо детализации. Таким образом, предложенные модификации (Resnick et al., 1991) пригодны и для этого инструмента, если речь идет о межличностных травмах. Резник с коллегами (Resnick et al., 1993) внесли в опросник *DIS* некоторые коррективы с целью более точной оценки обстоятельств сексуального домогательства. Другие исследователи (Kessler et al., 1995) также модифицировали *DIS* для диагностики ПТСР при обследовании больших групп населения с привлечением интервьюеров-волонтеров.

Шкала-интервью симптомов ПТСР (*PTSD Symptom Scale—Interview*) (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993) имеет ряд преимуществ; в частности, она проста в использовании и довольно лаконична, содержит всего 17 вопросов. Это интервью позволяет не только поставить диагноз, но и оценить частоту возникновения симптомов. Другим важным моментом является сопоставимость результирующих показателей по этому интервью с его же версией в форме самоотчета, чтобы не надо было проводить интервью повторно. Недостаток интервью заключается в том, что симптоматика оценивается лишь за последние две недели вместо одного месяца, поэтому возможно, что в некоторых случаях диагнозы будут неверными. Интервью не позволяет учесть диагнозы, которые ставились пациенту на протяжении жизни. Если требуется поставить точный диагноз, необходимо скорректировать временные рамки, которые охватывает интервью.

В действительности «золотым стандартом» при оценке ПТСР стала шкала *CAPS*, которую разработал Блейк с коллегами (Blake et al., 1995) (King, Leskin, King, & Weathers, 1998; Weathers, Ruscio, & Keane, 1999). Шкала *CAPS* имеет целый ряд преимуществ. Она позволяет оценить как выраженность, так и частоту появления симптомов с использованием специфических критериев. Кроме того, она дает опорные моменты для оценки изменений поведения вследствие травмы. Шкала существует в двух формах. Форма *CAPS-1* (версия для оценки актуального состояния и состояния на протяжении всей жизни) позволяет оценить симптоматику за последний месяц. Форма *CAPS-2* (версия для оценки состояния за последнюю неделю) оценивает симптоматику за неделю до обследования. Самая последняя версия, соответствующая *DSM-IV*, включает в себя также оценку травм и соответствия их критерию А, о чем шла речь выше, а также оценку диссоциативных симптомов, некоторых других особенностей, нарушений социального и профессионального функционирования. Шкала *CAPS* — самый лучший и наиболее точный метод оценки ПТСР; ее единственный недостаток заключается в трудоемкости обработки вследствие довольно продолжительного интервью.

Инструментарий для самоотчетов

К настоящему времени разработан целый ряд шкал ПТСР по типу самоотчетов с хорошими психометрическими свойствами. Среди них — Шкала-самоотчет симптомов ПТСР (*PTSD Symptom Scale—Self-Report*; Falsetti, Resnick, Resick, & Kilpatrick, 1993; Foa et al., 1993); Пересмотренная шкала ПТСР (*Purdue PTSD Scale—Revised*, Lauterbach & Vrana, 1996); Опросник ПТСР (*PTSD Checklist*; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), а также шкала *PDS* (Foa, 1995). Последняя шкала позволяет помимо симптоматики ПТСР точно оценить критерий А, а также социальное и профессиональное функционирование.

Существуют и другие шкалы, при помощи которых можно выявить симптомы ПТСР, однако они не позволяют учесть ее в полном объеме, поэтому не годятся для диагностических целей. Наиболее широко используются Шкала влияния события (*Impact of Event Scale, IES*; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979; Weiss & Marmar, 1997) и Миссисипская шкала ПТСР, связанного с участием в военных действиях (*Mississippi Scale for Combat-Related PTSD*; Keane, Caddell, & Taylor, 1988; Keane, Fairbank, Caddell, & Zimering, 1989).

Шкала *IES* претерпела ряд изменений по сравнению с первоначальной версией, куда входили только симптомы навязчивости и избегания; теперь в ней учитываются и признаки физиологического перевозбуждения (Weiss & Marmar, 1997), хотя эта шкала по-прежнему не отражает всей симптоматики ПТСР. Миссисипская шкала также была подвергнута переработке, и теперь ее можно использовать не только для участников военных действий, но и для гражданских лиц.

Две методики оценки ПТСР являются производными других шкал. Шкала *PK* из Миннесотского многофакторного личностного опросника (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*) и *MMPT2* были успешно использованы для выявления ветеранов войны во Вьетнаме, страдающих ПТСР (Keane, Malloy, & Fairbank, 1984; Weathers & Keane, 1999). Две группы исследователей воспользовались Пересмотренным перечнем симптомов-90 (*Symptom Checklist 90—Revised, SCL-90-R*; Derogatis, 1983) для разработки субшкал ПТСР для женщин, переживших преступное нападение, и ветеранов войн соответственно (Saunders, Arata, & Kilpatrick, 1990; Weathers et al, 1999).

Наконец, следует отметить, что только одна шкала, Опросник симптомов травмы (*Trauma Symptom Inventory, TSI*; Briere, 1995), включает в себя так называемые шкалы лжи, что особенно важно для судебно-медицинской экспертизы. В этих случаях предпочтительно использовать опросник *TSI* или *MMPI-2*. В обе эти шкалы входят субшкалы валидности.

Помимо клинических шкал, опросник *TSI* также содержит субшкалы, позволяющие оценить тенденцию отмечать у себя необычные или странные симптомы, отвечать непоследовательно или случайным образом и отрицать наличие у себя симптомов, присущих большинству людей.

Психофизиологическая оценка

В идеале оценка состояния пациента должна быть многоплановой, включая в том числе физиологические реакции. Это не всегда достижимо в клинических условиях, поскольку может доставать опыта и техник проведения подобных измерений. Вместе с тем результаты исследований доказывают существование устой-

чивых групповых различий в физиологической реактивности. Хотя стрессоры типа арифметического счета не позволяют выявить лиц с ПТСР, стимулы, связанные с военными действиями, в частности индивидуализированные сценарии травмирующих событий, надежно дифференцируют группу с ПТСР и контрольные группы. Ветераны войны во Вьетнаме, страдающие ПТСР, гораздо сильнее реагируют на военные образы, чем ветераны без ПТСР, даже если у контрольных групп были другие тревожные расстройства или психологические проблемы (Keane et al., 1998; Pitman, Orr, Forgue, Altman, & de Jong, 1990; Pitman, Orr, Forgue, De Jong, & Claiborn, 1987). Сходные результаты были получены у людей, страдающих ПТСР после ДТП, и жертв сексуального насилия в детстве (Blanchard et al., 1996; Orr et al., 1998).

Несмотря на заметные групповые различия в психофизиологических исследованиях ПТСР, это вовсе не значит, что у каждого представителя группы пациентов с ПТСР проявлялась измененная реактивность. В действительности, как показала группа исследователей, до 40% лиц с ПТСР не проявляют ожидаемой реактивности (Prins, Kaloupek, & Keane, 1995). Хотя сами авторы полагают, что причиной этого могут быть методологические погрешности или индивидуальные особенности обследованных (потребление кофеина или других препаратов), группа исследователей выявила и другие объяснения, во всяком случае, для той части пациентов, у которой была сниженная реактивность.

Психофизиологическая реактивность у переживших недавнее изнасилование изучалась (Griffin, Resick, & Mechanic, 1997) с помощью весьма оригинального подхода. Вместо того чтобы выслушивать рассказы участников исследования, им было предложено сначала в течение пяти минут поговорить на нейтральные темы, а затем описать само изнасилование. Психофизиологическое состояние в нейтральной и травмирующей фазах сравнивалось с исходным. Вместо того чтобы анализировать группу с ПТСР как единое целое, исследователи изучали кожное сопротивление и частоту сердечных сокращений в зависимости от перитравматической диссоциации (*peritraumatic dissociation, PD*). Перитравматическая диссоциация представляет собой степень диссоциации во время травмирующего события.

Исследователи выявили небольшую группу женщин с высоким уровнем диссоциации, которые реагировали на пробы особым образом (Griffin et al., 1997). Хотя кожное сопротивление и частота сердечных сокращений у женщин с низкой диссоциацией закономерно возрастали, когда заходила речь об изнасиловании, участницы с высокими показателями диссоциации демонстрировали пониженную реактивность.

При оценке субъективного дистресса участниц во время каждой фазы обнаружилось, что у группы с выраженной перитравматической диссоциацией уровень дистресса был сходен с уровнем дистресса у других. Следовательно, несмотря на выраженный дистресс, физиологическая реактивность части женщин оказалась сниженной. Исследователи высказали предположение, что в данном случае мы имеем дело с диссоциативным типом ПТСР, который предопределяет измененную физиологическую реакцию по сравнению с фобическим типом ПТСР. Это наблюдение отчасти объясняет, почему в некоторых исследованиях среди страдающих ПТСР выявилась большая их доля с пониженной физиологической реактивностью.

Терапия

Тренинг-прививка от стресса

Самым первым методом комплексной терапии для переживших изнасилование была тренинг-прививка от стресса (*stress inoculation training, SIT*, Kilpatrick et al., 1982; Kilpatrick & Amick, 1985), основанная на работах Мейхенбаума (Meichenbaum, 1985). Целью терапии было привить пациентам ощущение власти над страхами, дав им возможность освоить навыки совладания. Этот подход адаптируется к индивидуальным проблемам и потребностям каждого пациента, он гибок и может быть использован как при индивидуальной, так и при групповой работе. Подход *SIT* включает в себя несколько этапов. Первый этап — подготовка к терапии с преподаванием основ психологии, чтобы дать пациенту представление о сути его проблем, природе и происхождении страха и тревоги, позволить осмыслить произошедшее и его последствия. (Отметим, что большинство пациентов с ПТСР после изнасилования — пациентки женского пола.) При тренинге *SIT* используются принципы теории научения. Наряду с этим разъясняется, что реакции страха и тревоги разворачиваются по трем каналам (Lang, 1968): 1) физическому, или вегетативному, 2) поведенческому, или моторному, 3) когнитивному. Приводятся конкретные примеры, чтобы пациент мог выявить собственные реакции по каждому из каналов. Разъясняются и обсуждаются взаимосвязи между каналами.

Второй этап тренинга *SIT* — это тренинг навыков совладания. Пациента обучают по меньшей мере двум таким навыкам (первичному и вторичному, или запасному) для каждого из трех каналов. Сначала пациент намечает страхи, от которых хочет избавиться. Ему предлагают трижды в день заполнять анкету под названием «Термометр эмоций», оценивая у себя уровень страха и удовлетворенности жизнью. Кроме того, он ведет дневник, фиксируя количество возникающих утром, в обед и вечером мыслей о том или ином намеченном для устранения страхе.

Тренинг всех шести навыков совладания имеет общую форму. Он последовательно включает в себя определение навыка совладания; обоснование его необходимости; разъяснение механизма действия навыка; демонстрацию навыка; применение пациентом навыка в проблемной сфере, не имеющей отношения к поведению, выбранному в качестве мишени; обсуждение эффективности применения навыка; и наконец, применение и практика навыка при возникновении одного из страхов-мишеней.

Мышечная релаксация

В физическом канале обычно проводится обучение навыкам совладания, связанным с мышечной релаксацией и управляемым дыханием. Чаще всего при обучении мышечной релаксации используется контрастный метод напряжения — расслабления по Джекобсону. На первой тренировочной сессии демонстрируется общее расслабление всех основных групп мышц. Кроме того, пациенту выдается видеокассета с записью релаксационной сессии для выполнения домашних заданий. Тренинг продолжается до тех пор, пока не будет достигнут определенный уровень мастерства. Пациентам рекомендуют практиковать навыки релаксации в повседневной жизни.

Управляемое дыхание

Глубокое диафрагмальное дыхание осваивается путем выполнения психокибернетических упражнений. Этот навык практикуется на сессии и в домашних условиях, в перерывах между сессиями.

Скрытое моделирование

Для поведенческого канала используются навыки скрытого моделирования и проигрывания ролей. Пациента обучают визуализировать ситуацию, вызывающую страх или тревогу, представляя себе успешное ее разрешение. Этот навык практикуется до полного его освоения. Поскольку способность визуализировать такие ситуации у разных людей разная, требуемое время для овладения этим навыком также сильно варьируется. Этот навык помогает подготовиться к ситуациям, которые, по мнению пациента, с большой вероятностью могут вызвать у него реакции страха и тревоги.

Проигрывание ролей

Пациент и психотерапевт отыгрывают успешное совладание в вызывающих тревогу эпизодах, с которыми пациенту предстоит столкнуться. В обстановке группы к исполнению ролей могут привлекаться и другие участники. Затем пациенту можно предложить разыграть по ролям тревожные сцены с членами семьи и друзьями.

Остановка мыслей

Для когнитивного канала используется навык остановки мыслей, помогающий прекратить руминации (умственную жвачку), характерные для многих жертв насилия. Пациенту предлагается начать размышлять о пугающих стимулах, затем эти размышления прерываются: психотерапевт громко произносит «Стоп!» и одновременно хлопает в ладоши. Далее пациенту следует синхронно произносить слово «Стоп!» или выработать собственный термин либо зрительный образ для остановки мыслей. Впоследствии пациента обучают останавливать мысли скрывто, замещая тревожное состояние состоянием релаксации. (Обратите внимание: остановку мыслей не следует применять, чтобы избежать воспоминаний о травме в подходящих для этого месте и времени. Событие подлежит когнитивной переработке, поэтому приемом остановки мыслей не надо злоупотреблять.)

Управляемый внутренний диалог

Пациента обучают концентрировать внимание на внутреннем диалоге с собой и выявлять негативные, иррациональные или ошибочные суждения. Затем его учат заменять эти негативные суждения на более адаптивные. Обучение внутреннему диалогу проводится по четырем направлениям: подготовка, конфронтация и управление, совладание с чувством потрясения, подкрепление. Для каждой из этих категорий разрабатывается серия вопросов и/или утверждений, которые позволяют пациенту оценить реальную вероятность того, что неприятное событие произойдет; контролировать переполняющий его страх и избегающее поведение; прекратить самокритику и самообвинение; активно входить в пугающую ситуацию; и наконец, подкреплять себя в награду за выполнение всех вышеперечисленных пунктов.

Для каждого из навыков совладания даются практические задания. Сначала навыки используются при умеренно проблемных повседневных стрессах. Когда пациент в совершенстве освоит применение навыков в таких ситуациях, следует перейти к связанным с травмой неадаптивным видам поведения. Каждый из видов поведения прорабатывается последовательно. После успешного совладания с первым по списку проблемным видом поведения терапия фокусируется на втором. На этом этапе пациент вновь ежедневно письменно оценивает свои эмоции. Это дает психотерапевту возможность отслеживать прогресс и при необходимости вносить коррективы в процедуру вмешательства.

Эффективность прививки против стресса

Ряд исследователей сообщает об эффективности тренинга *SIT* для уменьшения страха, тревоги, плохого настроения и физиологической реактивности в неконтролируемых исследованиях и при работе с отдельными пациентами (Veronen & Kilpatrick, 1980, 1983; Kilpatrick & Amick, 1985). Другие авторы провели сравнительную оценку эффективности *SIT* и тренинга асертивности и поддерживающей групповой психотерапии, проводимых на 12 сессиях продолжительностью по два часа каждая (Resick, Jordan, Girelli, Hutter, & Marhoefer-Dvorak, 1988). Все три подхода привели к значительному улучшению, которое сохранялось в течение шести месяцев проспективного наблюдения. Еще одна группа терапевтов сравнивала модифицированный тренинг *SIT* и пролонгированную процедуру *PE* (см. ниже), поддерживающее консультирование и запись на «лист ожидания» (контрольная группа), при этом работа с пациентами проводилась в индивидуальном формате (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Поскольку исследователи пытались избежать взаимодействия техник, чтобы не нарушить чистоту эксперимента, они исключили эксперимент *in vivo*, т. е. столкновение с пугающими стимулами. В этом исследовании тренинг *SIT* оказался наиболее эффективным непосредственно после терапии, позволяя уменьшить симптоматику ПТСР, тревогу и депрессию. Вместе с тем, по результатам проспективного наблюдения продолжительностью три с половиной месяца, наиболее эффективным был подход предъявления. Сравнительно недавно Фoa с коллегами сопоставили результативность модифицированного тренинга *SIT*, пролонгированной экспозиции *PE* и их комбинации (Foa et al., 1999). Обнаружилось, что сочетание этих двух подходов не повышает эффективность каждого из них в отдельности. Вместе с тем следует отметить, что по протоколу исследования участникам группы с комбинированной терапией была проведена лишь половина *SIT* и *PE*, поскольку число сессий было неизменным, и на каждой из них уделялось время *SIT* и *PE* поровну. Если же представить, что навыки тренинга *SIT* осваивались вначале и лишь затем следовала пролонгированная экспозиция *PE* (или же имела место какая-либо иная комбинация этих подходов), результаты могли быть совсем другими.

Техника предъявления

С начала 1980-х гг. в качестве вмешательства при ПТСР начали применяться различные формы психотерапии предъявления. Хотя систематическая десенсибилизация при ПТСР оказалась эффективной, что было показано в том числе в контрольных исследованиях, она не получила широкого распространения (Bowen & Lambert, 1986; Brom, Kleber, & Defares, 1989; Frank et al., 1988; Frank & Stewart,

1983, 1984; Schindler, 1980; Shalev, Orr, & Pitman, 1992; Turner, 1979). Поскольку пациенты с ПТСР могут испытывать страх и стремятся избегать связанных с травмой стимулов, систематическую десенсибилизацию приходится проводить в определенной последовательности, что может снижать ее эффективность.

Интенсивное предъявление пугающих стимулов или травмирующих воспоминаний само по себе является более эффективной терапией и используется более широко. Существующие разновидности такой терапии, в частности терапевтическое предъявление методом наводнения или пролонгированная экспозиция, предполагают столкновение с пугающими ситуациями *in vivo*, пациент должен представить себя в этой ситуации или вспоминать о конкретном травмирующем событии в течение продолжительного времени. Сравнительно недавно группа исследователей (Rothbaum, 1998; Rothbaum et al., 1999) проводила эксперимент с использованием виртуальной реальности для терапии ветеранов войны во Вьетнаме. Так, у ветерана с ПТСР была возможность совершить виртуальное путешествие во Вьетнам на вертолете, пострелять и встретиться с другими стимулами, провоцирующими воспоминания о травмирующих событиях.

Исследователи впервые сфокусировали свое внимание на специфических воспоминаниях о травме, а не на вызывающих страх стимулах (Foa et al., 1991; Rothbaum & Foa, 1992). Пролонгированная экспозиция проводится индивидуально в течение девяти сессий по 90 минут, раз в две недели. Первые две сессии посвящены сбору информации, планированию вмешательства и его обоснованию. Кроме того, пациентов обучают управляемому дыханию. Составляется иерархический список с перечнем пугающих и избегаемых ситуаций в порядке усиления вызываемой ими реакции. Пациентам рекомендуют не менее 45 минут в день выдерживать пугающие стимулы, начиная с ситуаций, находящихся в начале списка. С сессии 3 травмирующая ситуация воскрешается в воображении, и пациенту предлагают описать вслух происходящее, используя термины настоящего времени. Во время первых двух экспозиций степень детализации зависит от желания пациента, затем ему предлагается включать в свой рассказ как можно больше подробностей о внешних событиях и внутренних процессах (в частности, мыслях, физиологической реакции и пугающих перспективах). Эти описания повторяются по несколько раз на каждой сессии по 60 минут и записываются на магнитофон. Пациентам дается домашнее задание: прослушивать записи и выполнять задания *in vivo*. Необходимо следить за тем, чтобы тревога у пациента снизилась до приемлемого уровня еще до окончания сессии, а при необходимости психотерапевт должен оказывать ему помощь (Foa & Rothbaum, 1998).

Другая группа исследователей проводила психотерапию предъявления несколько иначе (Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, & Thrasher, 1998). Их подход предполагал проведение пяти сессий мысленного предъявления, а затем пяти сессий предъявления *in vivo*. На сессиях во время мысленного предъявления пациентам предлагается вслух комментировать свои переживания, говоря от первого лица и в настоящем времени, особо останавливаясь на деталях переживаний. Все это записывается на магнитофон, затем запись прослушивается, выделяются критические моменты события и предлагается описать их более полно. Пациенты ежедневно в промежутках между сессиями прослушивают свои записи. Во время предъявления *in vivo* пациенты (обычно в присутствии психотерапевта) продвигаются по иерархическому списку избегаемых и пугающих ситуаций. Им пред-

лагается практиковать экспозицию *in vivo* по часу в день в перерывах между сессиями.

Как говорилось ранее, пролонгированная экспозиция оказалась более эффективной по сравнению с контрольной группой (Foa et al., 1991), кроме того, она давала несколько лучший эффект. По результатам проспективного наблюдения продолжительностью 3,5 месяца пролонгированная экспозиция оказалась более эффективной по сравнению с тренингом *SIT*. В первоначальном варианте тренинга *SIT* отсутствовала активная поведенческая экспозиция, поэтому не исключено, что при ее привлечении результативность тренинга была бы выше. Во втором исследовании, посвященном сопоставлению пролонгированной экспозиции *PE*, тренинга *SIT* и их комбинации, а также записью в «лист ожидания» (контрольная группа), Фoa с коллегами обнаружили, что все три вида терапии дали гораздо больший эффект по сравнению с отсутствием терапии, однако по основным моментам они друг от друга не отличались (Foa et al., 1999). Пациенты из группы с пролонгированной экспозицией достигли особенно хороших результатов в снижении генерализованной тревожности.

Маркс с коллегами сравнили четыре варианта терапии: психотерапию предъявления, когнитивную перестройку, предъявление в сочетании с когнитивным реструктурированием и тренинг релаксации (Marks et al., 1998). Участниками исследования были 87 мужчин и женщин с ПТСР после целого ряда травмирующих стрессоров. Большинство (77) участников прошли все виды терапии, а состояние 52 из них удалось проследить и в течение 36-недельного периода проспективного наблюдения. Авторы сделали вывод, что когнитивный, экспозиционный и комбинированный подходы к терапии были в целом более эффективны по сравнению с релаксацией, однако значительных различий между подходами выявлено не было. Достигнутые терапевтические результаты сохранялись на протяжении полугода проспективного наблюдения.

Психотерапия когнитивной переработки/когнитивная психотерапия

Психотерапия когнитивной переработки (*cognitive processing therapy, CPT*) разработана для устранения специфической симптоматики ПТСР у переживших нападение на сексуальной почве (Resick, 1992; Resick & Schnicke, 1992, 1993). В психотерапии *CPT* используется структурированная программа, состоящая из 12 сессий и основанная на представлении о ПТСР как о нарушении переработки информации. Уникальной особенностью терапии *CPT* является комбинация основанных на экспозиции вмешательств с когнитивными составляющими, присущими большинству когнитивных подходов. Более того, когнитивная составляющая психотерапии затрагивает специфические представления, которые чаще всего нарушаются в результате травмы. На каждой сессии пациенты получают домашние задания, поэтому значительная часть терапевтической работы проводится в перерывах между сессиями. Далее приводится краткое описание терапии *CPT*. Случай из практики, иллюстрирующий ее применение, описывается в конце главы. Обсуждая применимость теории переработки информации к ПТСР, исследователи описывают, как разрушить структуру страха пациента (Foa et al., 1989; Foa & Kozak, 1986). Предлагается действовать в двух направлениях: 1) активизиро-

вать связанные с травмой воспоминания; 2) для формирования новых воспоминаний предоставить новую информацию, несовместимую с имеющейся у пациента структурой страха. Активацию рекомендуется проводить через любой из трех элементов сети страха — информацию о стимулах, реагирование или значение травмы. Авторы советуют для достижения этой цели прибегнуть к психотерапии предъявления.

Фоа с коллегами полагают, что систематическое предъявление травмирующих воспоминаний в безопасной обстановке помогает изменить представления о случившемся, в частности переоценить значение стимулов, привыкнуть к ним (Фоа et al., 1989). Вместе с тем активация сети страха в безопасной обстановке может существенно изменить восприятие опасности и, следовательно, страх, но никак не повлиять на другие эмоциональные реакции в отсутствие прямого столкновения с конфликтами, ложными убеждениями или ожиданиями. Так, пережившие травму могут продолжать обвинять себя и испытывать стыд, негодование, гнев или смущение, причем интенсивность этих переживаний будет достаточно велика, чтобы породить навязчивые воспоминания, физиологическое перевозбуждение и реакции избегания.

Подход активации воспоминаний о событии и последующего прямого столкновения с конфликтами и неадаптивными убеждениями может дать больший эффект, чем одно предъявление. Пролонгированная экспозиция *РЕ* вызывает воспоминания, но не предоставляет прямой корректирующей информации о ложных убеждениях. Терапия *CPT*, специально разработанная для помощи при ПТСР, дает иные средства активации структуры памяти. Эта структура включает конфликтующие убеждения и приписываемое событию значение, а также ожидания от будущего, что невозможно активировать другими средствами психотерапии предъявления. Следовательно, предпочтение следует отдавать психотерапии, не только активирующей воспоминания о событии, но и предоставляющей информацию, которая позволяет скорректировать конфликты, ложные убеждения или ожидания, нарушающие полную переработку травмирующего события или вызывающие неприятную симптоматику (депрессию, низкую самооценку, страх).

В основе терапии *CPT* лежит то предположение, что симптоматика ПТСР обычно вызывается конфликтом между новой информацией и старыми представлениями. Речь может идти об опасности и чувстве безопасности («Я не чувствую себя в безопасности, когда хожу одна»), но могут быть затронуты и другие темы, например самооценка, компетентность и близкие отношения (McCann & Pearlman, 1990a). Эти когнитивные конфликты могут быть причиной навязчивых мыслей, физиологического перевозбуждения и избегающего поведения, характерных для ПТСР. Следовательно, хотя терапия *CPT* предусматривает введение концепции ошибочных допущений, ее главная задача — идентификация и модификация «каменей преткновения», т. е. конфликтов между старыми представлениями и новой информацией.

Экспозиционная составляющая терапии *CPT* имеет некоторые особенности по сравнению с пролонгированной экспозицией: пациенты составляют подробный письменный отчет о событии, включая возникавшие во время него чувства, мысли и ощущения. Этот отчет рекомендуется составлять в условиях, где можно выражать свои эмоции, а затем ежедневно перечитывать. Во время сессии пациенты читают отчет вслух, а психотерапевт помогает им правильно называть свои чув-

ства и выявлять «камни преткновения». Этот терапевтический компонент присутствует лишь на двух сессиях. Хотя можно возразить, что двух сессий для пролонгированной экспозиции явно недостаточно, полученные результаты убеждают в том, что при одиночной травме большего и не требуется.

При использовании терапии *CPT* получены весьма обнадеживающие результаты. В первом квазиэкспериментальном исследовании проводилось сравнение 19 пациентов, проходивших СРГ-терапию, с 20 испытуемыми, записанными в «лист ожидания» (Resick & Schnicke, 1992). Обнаружилось, что состояние членов контрольной группы не изменилось, в то время как в группе, в которой проводилась терапия *CPT*, пациенты добились значительных результатов по всем критериям ПТСР и депрессии. Авторы подтвердили свои выводы в другом исследовании с участием 45 женщин, проходивших групповую или индивидуальную СРГ-терапию (Resick & Schnicke, 1993). В период после терапии 88% женщин, изначально отвечавших всем критериям ПТСР, избавились от симптоматики. На протяжении шести месяцев проспективного наблюдения эта доля возросла до 92%. До терапии расстройства 60% женщин также соответствовали критериям депрессии *DSM-III-R*. После терапии расстройства 14% по-прежнему соответствовали критериям депрессии, а через шесть месяцев распространенность депрессий сократилась до 11%. В настоящее время группа ученых закончила исследование с использованием контрольной группы по сравнению эффективности терапии *CPT* и пролонгированной экспозиции (Resick et al., 2000). Контрольная группа в этом исследовании была составлена из людей, записанных в «лист ожидания», которым уделялось минимальное внимание. Предварительные результаты (121 участник) позволяют утверждать, что оба метода обладают высокой эффективностью при ПТСР, но терапия *CPT* более действенна при сопутствующем чувстве вины.

Как уже говорилось, проведено сравнение эффективности предъявления, когнитивной перестройки, их комбинации и тренинга релаксации (Marks et al., 1998). В этом исследовании когнитивное реструктурирование было преимущественно сфокусировано на представлениях «здесь-и-сейчас», и в меньшей степени — на когнитивной переработке травмы. Три сравнительно активных вида терапии с одинаковой частотой приводили к ослаблению симптоматики. Анализируя полученные результаты, Маркс с коллегами предложили внести в теорию некоторые изменения. Они считают, что каждую эмоцию можно рассматривать как своеобразный синдром реагирования, включающий свободно связанные между собой реакции, каждая из которых содержит множество физиологических, поведенческих и когнитивных компонентов. Повлиять на интенсивность эмоции можно, воздействуя на один из этих компонентов. Изменения в одном из компонентов влекут за собой другие изменения. Путем комбинирования методов терапии можно одновременно иметь дело сразу с несколькими компонентами.

Десенсибилизация и переработка травмирующей информации при помощи движений глаз

Десенсибилизация и переработка травмирующей информации при помощи движений глаз (*Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR*) представляет собой довольно спорный вид психотерапии, который не имеет под собой теоретического обоснования и не вытекает из успешной терапии других расстройств

а позаимствован из личных наблюдений. Изначально предложенный Шапиро (Shapiro, 1989, 1995), метод *EMDR* основан на случайном наблюдении исследовательницы: оказывается, неприятные мысли уходят, если во время прогулки в парке следить глазами за качающимися листьями. Шапиро разработала свой метод, основываясь на этом наблюдении, и стала утверждать, что движения глаз из стороны в сторону облегчают когнитивную переработку травмы. Соответственно метод *EMDR* считался разновидностью когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на ускорение информационной переработки травмирующих событий и когнитивную перестройку связанных с травмой негативных представлений. В начале использования метода *EMDR* он применялся в течение одной сессии для терапии целого ряда расстройств. Вместе с тем исследования эффективности этого метода, как правило, затрагивают симптоматику, связанную с травмой, при этом проводится курс терапии. В настоящее время метод *EMDR* — это метод терапии, состоящий из восьми этапов; в частности, он включает в себя сбор анамнеза, подготовку пациента, целенаправленную оценку его состояния, десенсибилизацию, установку, анализ физического состояния, завершение и оценку результатов психотерапии. Метод *EMDR* включает в себя компонент предъявления и когнитивный компонент, а также латеральные движения глаз.

По основной программе метода *EMDR* пациентам предлагается выявить связанный с травмой образ или воспоминание и сфокусироваться на нем (целенаправленная оценка). Далее психотерапевт выявляет негативные представления или суждения об этом воспоминании. Пациентам предлагается оценить свое воспоминание или негативные представления по 11-балльной шкале дистресса, а также выявить физическую локализацию тревоги. Психотерапевт помогает пациентам выработать позитивные представления, которые целесообразно связать с воспоминанием о травме. По 7-балльной шкале пациент оценивает степень убежденности в правильности этого представления. Психотерапевт проводит инструктаж с пациентами по основным процедурам *EMDR*; им предлагается одновременно выполнять четыре задания (десенсибилизация):

- 1) визуализировать воспоминание;
- 2) воспроизводить негативные представления;
- 3) концентрироваться на физических ощущениях тревоги;
- 4) зрительно следить за движениями указательного пальца психотерапевта.

Пока пациент все это проделывает, психотерапевт быстро перемещает указательный палец из стороны в сторону на расстоянии 30-35 сантиметров от лица пациента с частотой два движения слева направо и справа налево в секунду. Повторять движения следует 24 раза. Затем пациентам предлагается очистить свою память от воспоминаний и сделать глубокий вдох. После этого вновь вызываются воспоминания и представления о травме с оценкой уровня дистресса. Серии движений глазами повторяются до тех пор, пока уровень дистресса не снизится до 0 или 1 балла. В этот момент пациентов просят оценить свое отношение к позитивным представлениям (установочный этап).

В целом ряде исследований разного формата и по личным отзывам установлено, что симптоматика ПТСР заметно уменьшается при использовании *EMDR* (Kleinknecht & Morgan, 1992; Lazgrove, Triffleman, Kite, McGlashan, & Roimsaville, 1995; Lipke & Botkin, 1992; Marquis, 1991; McCann, 1992; Puk, 1991; Spector & Huth-

waite, 1993; Wolpe & Abrams, 1991). В литературе только-только начали появляться результаты эмпирических исследований с соответствующими контрольными группами. В некоторых из них было выявлено заметное снижение выраженности ПТСР и сопутствующей патологии, например депрессии и тревоги при использовании метода *EMDR* по сравнению к группой контроля, где терапия не производилась (Rothbaum, 1995; Wilson, Becker, & Tinker, 1995). Другие обнаружили заметные улучшения на фоне *EMDR*, но не подтвердили более высокой эффективности этого метода по сравнению с другими методами терапии при ПТСР (Boudewyns, Hyer, Peralme, Touze, & Kiel, 1995; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1995; Vaughan et al., 1994). К сожалению, у большинства этих исследований были существенные методические погрешности, например, они не учитывали влияние стрессоров, не соответствующих критерию А (Wilson et al., 1995); включали в себя значительное число испытуемых, не отвечавших диагностическим критериям ПТСР (Vaughan et al., 1994; Wilson et al., 1995); выборки были очень малочисленны (менее 15 человек в каждой категории) (Carlson et al., 1995; Rothbaum, 1995; Vaughan et al., 1994).

Вместе с тем на выборке, которую составляли ветераны военных действий (61 человек), причем каждый отвечал диагностическим критериям для ПТСР, исследователи (Boudewyns et al., 1995) доказали равную эффективность метода *EMDR* и пролонгированной экспозиции для уменьшения симптоматики ПТСР, депрессии, тревоги и частоты сердечных сокращений. В этом исследовании участники были поделены на три группы. Все группы получали стандартную терапию, которая заключалась в восьми сессиях групповой психотерапии и нескольких индивидуальных сессиях. В первой группе проводилось только такая терапия; во второй и третьей были добавлены еще 5-8 сессий *EMDR* или 5-8 сессий пролонгированной экспозиции. Симптоматика ПТСР во всех трех группах заметно уменьшилась. В группе, в которой проводилась исключительно групповая психотерапия, не удалось достичь положительных результатов по депрессии, а тревожность и частота сердечных сокращений даже возросли, в то время как с участниками других групп удалось добиться улучшения по всем этим показателям.

В двух исследованиях после применения метода *EMDR* были получены противоречивые или негативные результаты. Питман с коллегами, исследуя 17 ветеранов войн, сравнил эффективность 12 сессий *EMDR* с использованием техники фиксации взора, когда психотерапевт поочередно постукивал пациента по коленям (Pitman et al., 1993). В группе с *EMDR* удалось добиться значительного улучшения, если судить по показателям субъективного дистресса, самоотчетам о навязчивых размышлениях и избегающем поведении при ПТСР, а также психиатрической симптоматике. Стандартизованные тесты и структурированные интервью по выявлению ПТСР не показали никаких изменений. При сравнении эффективности двух сессий *EMDR*, проведенных по стандартизованным методам оценки ПТСР у 25 ветеранов войн при отсутствии терапии, не было выявлено никакой положительной динамики (Jensen, 1994). По поводу обоих исследований высказывались сомнения, что у психотерапевтов был опыт применения метода *EMDR*.

Хотя Шапиро утверждает, что латеральные движения глаз являются важным компонентом терапевтического вмешательства *EMDR*, другие исследователи получили противоречивые результаты. Была проведена терапия 23 человек, пере-

живших разные виды травм (Renfrey & Spates, 1994): в одной группе — при помощи стандартной процедуры *EMDR*, в другой участникам предлагалось следить глазами за движением источника света, в третьей — фиксировать взгляд на каком-либо неподвижном предмете. Во всех трех группах заметно улучшились показатели по ПТСР, кроме того, уменьшились проявления депрессии, тревога, частота сердечных сокращения и показатели субъективного дистресса непосредственно после терапии и через 1-3 месяца проспективного наблюдения. Не было выявлено различий в эффективности разных видов терапии. Напротив, другие исследователи (Wilson, Silver, Covi, & Foster, 1996) изучали 18 человек, переживших различные травмы, и не обнаружили заметного улучшения после применения *EMDR* в отличие от испытуемых, которым рекомендовалось фиксировать взгляд на неподвижном предмете, и тех, кто поочередно постукивал правым и левым большими пальцами в такт метроному. Для оценки эффективности терапии вместо стандартизованных методов измерения дистресса использовались физиологические показатели и субъективные оценки дискомфорта. Исследователи (Pitman et al., 1993), как уже говорилось, получили противоречивые результаты.

Следовательно, до сих пор неясно, действительно ли движения глаз из стороны в сторону являются существенным компонентом *EMDR*. Метод *EMDR* заставляет пациентов размышлять о травме, выявлять связанные с ней негативные представления и формировать для их замены позитивные суждения в процессе переработки травмирующих воспоминаний. В отсутствие латеральных движений глаз метод *EMDR* весьма напоминает разновидность терапии *CPT*, способствующей переработке травмирующих воспоминаний. Следовательно, приписываемая методу *EMDR* эффективность может объясняться обращением к травмирующим воспоминаниям и ускорением когнитивной переоценки, а не движениями глаз. Чтобы судить об этом, необходимо сопоставить действенность метода *EMDR* и экспозиционной или когнитивной психотерапии.

Характеристики психотерапевта, пациента и терапевтической обстановки

Пол и этническая принадлежность

Риск развития ПТСР гораздо выше у женщин, чем у мужчин, в силу биологических особенностей и других факторов, в частности наиболее характерных видов травмы (Saxe & Wolfe, 1999, обзор тендерных аспектов при ПТСР). Типичные для женщин травмы чаще всего являются межличностными по своей природе (сексуальное домогательство и покушение на изнасилование, физическое насилие со стороны сексуального партнера), в то время как мужчины обычно становятся жертвами несчастных случаев, природных катастроф и боевых травм. Терапия должна учитывать эти вопросы, в том числе в некоторых случаях следует позаботиться о том, чтобы психотерапевт и пациент были одного пола.

Поскольку переживания, связанные с изнасилованием, являются глубоко личными, а большинство жертв изнасилования — женщины, у которых после травмы какого рода часто развивается недоверие к мужчинам, половая принадлежность психотерапевта должна обязательно учитываться. Как правило, пациентки предпочитают работать с психотерапевтом-женщиной. Эффективность мужчин-психотерапевтов в этих случаях специально не изучалась, но, по некоторым данным,

хорошо подготовленный мужчина-терапевт может работать вполне успешно (Resick et al., 1988). Аспекты работы мужчин-психотерапевтов обсуждаются в ряде работ (Silverman, 1977; Koss & Harvey, 1991). По результатам исследований, мужчины склонны воспринимать изнасилование скорее как преступление на сексуальной почве, а не акт насилия (Burt, 1980), следовательно, они уделяют больше внимания сексуальным аспектам переживаний и их последствиям.

Независимо от половой принадлежности психотерапевта необходимо, чтобы он владел информацией об изнасиловании и особенностях связанного с ним ПТСР. Для этого надо познакомиться с литературой, где описываются реакции на изнасилование и сопутствующие обстоятельства, а также связанные с ним мифы и установки. Психотерапевт, как, впрочем, и пациент, является носителем представлений своей культурной среды, что может помешать в работе, если придерживаться распространенных ложных убеждений, связанных с изнасилованием (например, что изнасилование является преимущественно преступлением на сексуальной почве и что насильник и жертва, как правило, незнакомы друг с другом). Жертвы изнасилования чрезвычайно чувствительны к потенциальным обвинениям, и многие из них отказываются от терапии, если чувствуют, что психотерапевт склонен приписывать им часть вины за то, что произошло.

Роль этнической принадлежности в когнитивно-поведенческой терапии при ПТСР практически не изучена. Исследования распространенности ПТСР у представителей разных рас дают противоречивые результаты, что отчасти отражает разную подверженность тем или иным видам травм (Breslau, Davis, & Andreski, 1995; Norris, 1992). В двух исследованиях эффективности терапии проводилось сопоставление американцев африканского и европейского происхождения — ветеранов войн с ПТСР. В одном исследовании американцы африканского происхождения, по некоторым оценкам, получили худшие результаты (Rosenheck, Fontana, & Cottrol, 1995); другое исследование этого не показало (Rosenheck & Fontana, 1996). В настоящее время известна лишь одна работа, посвященная оценке эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у американок африканского происхождения с ПТСР. Проводилось сравнение американок африканского и европейского происхождения, переживших насильственные преступления на сексуальной и несексуальной почве (Zoellner, Feeny, Fitzgibbons, & Foa, 1999). Терапия включала в себя пролонгированную экспозицию, тренинг *SIT* или сочетание этих двух подходов. Не было выявлено различий в эффективности терапии в зависимости от этнической принадлежности. Эти результаты были получены, несмотря на то, что не удалось подобрать пациентов и психотерапевтов по расовому признаку. Хотя полученные результаты весьма обнадеживают, необходимо и в дальнейшем уделять внимание этническим и культурным аспектам терапии (McNair & Neville, 1996).

Викарная травматизация

Работа с пережившими травму оказывает негативное воздействие на самого психотерапевта, у которого могут возникнуть проблемы, сходные с таковыми у пациентов. Это явление получило название «вторичной», или «викарной», травматизации. Маккенн и Перлман описывают этот эффект как разрушение у психотерапевта собственных представлений об окружающей действительности и о себе (McCann & Pearlman, 1990b). Выслушивание рассказов пациентов о связанных

с травмой переживаниях может вызвать шоковую реакцию, приводя к стойкому изменению ожиданий и представлений, что, в свою очередь, оказывает воздействие на чувства и межличностные отношения психотерапевта. Работая с людьми, пережившими травму, психотерапевт может утратить веру в собственную безопасность и неуязвимость, а также в то, что в мире царит порядок, а окружающие заслуживают доверия. В соответствии с предложенной моделью реакции психотерапевта на пациента зависят от степени расхождения травмирующих образов с когнитивными схемами психотерапевта (McCann & Pearlman, 1990b). Например, если личный опыт психотерапевта позволил ему выработать представления (схемы) о собственной безопасности, которые лежат в основе ощущения благополучия, работа с жертвами преступлений может подорвать веру в свою защищенность. Кроме того, травмирующие образы могут внедриться в память психотерапевта и стать навязчивыми.

Для профилактики викарной травматизации психотерапевтам важно уметь распознавать ее признаки и предпринимать меры по их устранению. Маккенн и Перлман (McCann & Pearlman, 1990b) рекомендуют избегать социальной изоляции и использовать в качестве источника поддержки коллег-специалистов. Особенно хороший эффект оказывает обсуждение своих проблем с другими специалистами, которым по роду работы приходится общаться с жертвами преступлений. Коллеги помогут распознать и скорректировать реакции викарной травматизации. Другие предложенные авторами стратегии совладания включают внесение разнообразия в свою работу, т. е. привлечение пациентов с широким спектром проблем, участие в других видах профессиональной деятельности и различных хобби, признание ограниченности своих возможностей, работу над изменением своего социального положения, фокусирование на позитивном личностном влиянии своей профессиональной деятельности и обогащении с ее помощью своей жизни.

«Соппротивление»

Пациенты с ПТСР могут оказаться довольно трудными из-за своего неоднозначного отношения к психотерапии. Они хотят получить помощь, но опасаются собственных воспоминаний, кроме того, они не склонны доверять окружающим (включая психотерапевтов). Избегающее поведение, в том числе избегание размышлений на определенные темы, — критерий для постановки диагноза ПТСР. Поэтому пациенты часто не являются или опаздывают на первую сессию. Терапия по возможности должна начинаться уже с телефонного разговора, еще до первой сессии. Если психотерапевт выражает понимание сомнений пациента в целесообразности обращения за помощью и поощряет его к этому, вероятность успешного начала терапии возрастает. Психотерапевту следует акцентировать внимание пациента на том, что избегание само по себе является симптомом ПТСР, но в качестве средства решения проблемы неэффективно. Если рассматривать избегающее поведение только как «сопротивление», это мешает психотерапевту работать эффективно. Эта и другие трудности взаимодействия с пережившими изнасилование обсуждаются в ряде работ (Koss & Harvey, 1991; Kilpatrick & Veronen, 1983). Шей и Манро (Shay & Munroe, 1999) уделяют внимание проблемам работы с участниками боевых действий, страдающими выраженным ПТСР.

Жертвы множественной травмы

Описанные выше терапевтические подходы доказали свою высокую эффективность у людей, переживших травму мирного времени. Следует отметить, что большинство исследований было выполнено с участием переживших одиночную травму. В более сложных случаях, в частности у лиц, переживших множественную травму, терапия может затянуться по времени. Психотерапевтам следует иметь в виду, что, согласно последним данным, наличие ПТСР у жертв преступлений на сексуальной почве может привести к повторной травматизации (Kilpatrick et al., 1987), хотя эти взаимоотношения довольно сложны (Wilson, Calhoun, & Bernat, 1999). Подходы к когнитивно-поведенческой терапии гибки и легко могут быть адаптированы к более сложным случаям. Особую сложность представляют лица, ставшие жертвами сексуального насилия в детском возрасте (Cloitre, 1998). Такого рода травматизация часто нарушает весь ход их развития. Как правило, виновниками являются родственники или близкие знакомые, а само преступление рассматривается жертвой как предательство со стороны человека, от которого зависела безопасность ребенка. Сексуальное насилие в детском возрасте часто происходит повторно. Пациентам с опытом подобных переживаний может потребоваться больше времени на то, чтобы их переработать и интегрировать. Кроме того, им потребуется дополнительная помощь в освоении навыков, в особенности межличностного общения. В некоторых случаях следует обратить внимание на сексуальные дисфункции. Этот вопрос можно включить в индивидуальную программу вмешательства или направить пациента к специалисту по сексотерапии; в любом случае, однако, это рекомендуется делать лишь после того, как будет завершена терапия других связанных с травмой проблем.

Групповая терапия

Решение о целесообразности групповой или индивидуальной формы психотерапии обычно принимается на основе клинических наблюдений и практических соображений. Практически отсутствуют исследования, посвященные сравнению этих двух техник. Большинство видов психотерапии, которые используются в работе с пережившими травму, могут быть адаптированы к любому формату.

Групповая терапия в определенных случаях может быть полезным дополнением к индивидуальной психотерапии. Целый ряд кризисных центров по проблемам изнасилования и других социальных агентств предлагают группы самосовершенствования и взаимной поддержки для таких пациентов. При многих больницах департамента по делам ветеранов действуют группы для участников боевых действий.

Групповая терапия имеет ряд преимуществ, которые делают ее особенно популярной у жертв насилия и специалистов (речь об этом идет в работе Koss & Harvey, 1991). Групповая терапия ослабляет ощущение социальной изоляции, присущее большинству жертв насилия, которые часто избегают общения с окружающими и считают, что другие люди не способны понять их переживаний. Группа предоставляет своим участникам социальную поддержку, не обвиняя их и не сомневаясь в их искренности. Пациенту оказывают помощь в оценке и нормализации чувств и реакций на травму. Групповая терапия подтверждает реальность травмирующих переживаний и позволяет участникам поделиться друг с другом

стратегиями совладания, при этом возникает противодействие самообвинению и повышается самооценка. Поскольку участники группы находятся в равном положении, чего не скажешь об отношениях между пациентом и психотерапевтом при индивидуальной терапии, групповая терапия позволяет пациентам обрести уверенность в своих силах и избавиться от зависимости. Группа предоставляет безопасную обстановку для развития отношений присоединения и привязанности, а также возможность поделиться своим горем. Наконец, групповая терапия помогает пациентам придать смысл травмирующему событию, что закладывает основы когнитивной переработки.

Групповые подходы имеют и свои недостатки, поэтому целесообразно проводить предварительный отбор пациентов, заручившись их согласием работать в группе. Маккенн и Перлман при выраженном ПТСР рекомендуют проводить индивидуальную психотерапию параллельно с групповой психотерапией, поскольку групповая обстановка может вызвать сильные эмоции и тягостные воспоминания, которые с трудом переносят неподготовленные пациенты (McCann & Pearlman, 1990a). По тем же причинам другие авторы предостерегают от того, чтобы участники группы делились своими переживаниями, связанными с изнасилованием, уже на первых сессиях (Resick & Markaway, 1991). Процесс «обмена опытом» чрезвычайно важен для нормализации функционирования пациента, но его целесообразно отложить или провести в условиях индивидуальной терапии, чтобы не напугать других участников группы и не подвергать их неприятным переживаниям. Плохими кандидатами для групповой терапии, по мнению ряда авторов, являются пациенты с суицидальными наклонностями; серьезно злоупотребляющие психоактивными веществами; склонные к самоповреждениям или злоупотребляющие психоактивными веществами при наличии диагноза пограничного расстройства личности; пациенты с крайне нестабильным образом жизни, а также пациенты, которые никогда ранее не говорили с другими людьми о своей травме или имеют о ней смутные воспоминания (Koss & Harvey, 1991; McCann & Pearlman, 1990a).

Случай из практики

Синди, 26 лет, обратилась за помощью в связи с изнасилованием, которое произошло 10 лет назад. Поскольку она уже была участницей проводимого исследования, диагностику у нее провел штатный психолог, используя при этом стандартизованное интервью и батарею опросников-самоотчетов. Психотерапия была : планирована в стандартном формате терапии *CPT*, и пациентка была направлена к первому автору данной главы.

Исходная информация

К моменту обращения за помощью Синди уже была замужем, имела двоих малолетних детей и не работала, хотя была принята на работу в качестве внештатного сотрудника, причем работа должна была начаться во время курса психотерапии. Синди получила среднее образование и закончила бизнес-школу.

Депрессия развилась у Синди осенью (за три месяца до проведения интервью) тисле любовной связи, продолжавшейся в течение пяти недель. Во время этих отзоаний проявился флэшбек-эффект, стали возникать навязчивые воспоминания

о событии, которое произошло 10 лет назад. Когда Синди осознала, что текущие отношения пришлись на то время года, когда за 10 лет до этого она подверглась изнасилованию, она порвала со своим новым знакомым. Несмотря на это, депрессия усиливалась, временами возникало сильное возбуждение, все чаще появлялись навязчивые размышления. Только теперь, спустя 10 лет, она смогла назвать прошлую травму изнасилованием. До этого Синди уже трижды обращалась к психотерапевтам, но каждый раз дело не шло дальше первой встречи.

Во время первичного интервью Синди сообщила, что неоднократно подвергалась изнасилованию на протяжении пяти недель. Виновником был близкий друг семьи, примерно одних с ней лет, живший в доме напротив. Мальчик был из неблагополучной семьи, и родители Синди опекали его. Он был в приятельских отношениях с братом Синди, много времени проводил у них дома и очень нравился ее родителям. Отношения Синди и Марка (так звали мальчика) были братскими. Во время первичного интервью Синди рассказывала о произошедшем довольно сухо, избегая встречаться взглядом с психологом, проводившим интервью. Интервьюер не настаивал на том, чтобы она сообщила как можно больше подробностей, и продолжал задавать стандартные вопросы.

Благодаря интервью выяснилось, что Синди до изнасилования была девственницей и не очень доверяла Марку. Он просто запугал ее, не прибегая к оружию или физической силе. Она неоднократно подвергалась изнасилованию, включая оральный, анальный и вагинальный секс. Во время половых сношений ее основными реакциями были чувство отстраненности, вины, оцепенения и замешательства. О том, что произошло, в полицию не сообщили, медицинская помощь Синди также не была оказана. Во время интервью Синди сообщила, что пыталась делиться своими переживаниями с близкими людьми, но их реакция была негативной, из чего она заключила, что в настоящее время ее социальная поддержка оставляет желать лучшего. По ее словам, в детстве она не была жертвой incestа или жестокого обращения со стороны родителей. Во время первичного интервью Синди призналась, что понемногу курит марихуану. Она не желала отказываться от этой привычки. Она также заявила, что предшествующий психотерапевт делал попытки убедить ее бросить наркотики. Когда Синди сказала ему, что это для нее своего рода костыли, он заявил, что наркотики — самостоятельная проблема, а не симптом. Она с этим не согласилась, сказала, что не собирается делать эту проблему центральной, и отказалась от психотерапии.

По результатам психологического тестирования показатели Синди были высокими, как и у других жертв изнасилования в начале психотерапии (Resick & Schnicke, 1992). По шкале симптомов ПТСР она набрала 34 балла, по шкале навязчивой симптоматики (*IES, Intrusion scale*) — 35 баллов и 30 баллов — по шкале избегания (*IES, Avoidance scale*). Кроме того, по шкале Опросника депрессии Бека ее показатели составили 36 баллов. В дополнение к методикам самоотчета ей были предложены модули для выявления ПТСР и депрессии из интервью *SCID* для *DSM-III-R* (Spitzer et al., 1987). Состояние Синди было квалифицировано как удовлетворяющее критериям ПТСР и выраженной депрессии.

Синди опоздала на первую психотерапевтическую сессию на 45 минут. Психотерапевт классифицировала поведение Синди как избегание и разъяснила, что это проявление ПТСР. Далее психотерапевт завела речь о том, как избегающее поведение мешает Синди оправиться от последствий изнасилования, и заметила,

что Синди придется иметь дело со своими страхами, чтобы проработать их в процессе психотерапии. Синди признала, что боялась идти на сессию, и она замечает признаки надвигающейся бури (эмоций и воспоминаний). Психотерапевт напомнила ей, что после бури все успокаивается и на месте руин вырастает трава. Буря не может длиться вечно. Синди выразила надежду на будущее и сделала несколько позитивных заявлений. «Сессия» длилась 10 минут, была назначена следующая.

Сессия 1

На следующую встречу Синди пришла вовремя, именно эта сессия и положила начало психотерапии. Женщина в течение всей встречи сидела, плотно закутавшись в жакет. Она призналась, что, перед тем как идти сюда, курила марихуану, чтобы успокоиться. Психотерапевт осудила использование марихуаны, но назвала это формой избегания и поставила условие, чтобы Синди не употребляла наркотиков перед сессиями или выполнением домашних заданий, которые будут даваться на каждой сессии. Позднее, когда психотерапевт говорила о проблемных сферах, которые могли пострадать в результате изнасилования, использование марихуаны было описано как показатель плохого самообладания — неспособности успокоить себя без помощи внешнего воздействия. Синди обещала отказаться от курения марихуаны во время психотерапии. Цели первой терапевтической сессии *CPT*:

- 1) описание симптоматики ПТСР;
- 2) разъяснение пациенту причин и механизмов возникновения этих симптомов и их устойчивости;
- 3) обзор запланированного вмешательства, чтобы дать пациенту понять, почему важно выполнять домашние задания и регулярно посещать терапевтические сессии, заручиться согласием на сотрудничество, разъяснить, что психотерапия — процесс постепенный;
- 4) установить раппорт между пациентом и психотерапевтом;
- 5) дать пациенту возможность рассказать об изнасиловании или поговорить на интересующие его темы.

В случае Синди психотерапевт начала сессию с изложения результатов психологического обследования. На момент проведения интервью Синди страдала ПТСР и выраженной депрессией. Была описана симптоматика ПТСР и депрессии, в качестве причины упоминалось нарушение переработки информации. Психотерапевт пояснила, что у большинства людей изнасилование разрушает устоявшиеся представления: оно не укладывается в прежние представления о себе, окружающей действительности и других людях. Чтобы отвести этому событию соответствующее место в воспоминаниях, необходимо видоизменить (ассимилировать) информацию или скорректировать свое мировоззрение в соответствии с событием. Примером ассимиляции является искажение смысла события, чтобы нельзя было считать его изнасилованием или снять чувство вины за произошедшее. Приспособиться к произошедшему можно, резко изменив свои убеждения (например, вывод о том, что никому нельзя доверять). Как правило, в результате изнасилования меняются представления о собственной безопасности, доверии, власти, самооценке и близких отношениях. Психотерапевт описала, какие именно изменения претерпевают эти представления, причем любая из этих сфер мо-

жет быть затронута. Кроме того, психотерапевт отметила, что если до изнасилования человек был уверен в своей безопасности и хорошо относился к окружающим, травмирующее событие, скорее всего, разрушит эти представления. Если же человек негативно относился к своему окружению, в результате изнасилования он еще более укрепит в своем мнении.

В связи с этими рассуждениями Синди охарактеризовала свое детство как счастливое. Она считала дом самым безопасным местом во всей округе, куда могли прийти поиграть соседские дети и где они могли найти приют в случае проблем в собственной семье. Синди сообщила, что ее отец воевал во Вьетнаме и до сих пор страдает ПТСР. Она описала его в дружеских тонах, но как человека замкнутого. Ее мать была фанатично увлечена идеей самосовершенствования, в их доме всегда было множество книг на эту тему. Синди описала свои отношения с ней как близкие и поддерживающие. У Синди был старший брат, с которым до изнасилования у нее были близкие отношения.

Рассказав о своем детстве, Синди уделила внимание тому, как все переменялось после травмирующего события. По ее словам, Синди призналась матери в том, что происходит, и именно терапия матери избавила ее от дальнейших посягательств. Вместе с тем после расспросов психотерапевта выяснилось, что Синди пожаловалась матери на то, что Марк к ней пристаёт и она не знает, как выйти из положения. В действительности она никогда не рассказывала матери об изнасиловании. Следовательно, члены семьи не знали, в чем причина произошедших с ней перемен. После изнасилования Синди потеряла интерес к школе и стала гулять с «проблемными» детьми. В течение последующего года она много лгала родителям и начала выпивать. Синди сообщила, что жила как в тумане. Они с матерью часто ссорились. Год спустя она в качестве пассажира попала в автокатастрофу. После этого в течение двух месяцев Синди не ходила в школу: у нее была повреждена спина. Она совсем отбилась от рук и встречалась с парнем, который считался грозой округи. Она забеременела и не знала, что ей делать. В тот раз Синди поддалась на уговоры отца и сделала аборт. Хотя сама она, скорее всего, пришла бы к такому же решению, она до сих пор жалеет о том, что позволила другим людям решать за себя. Синди не была уверена в своих силах и не стала поступать в колледж. Мать уговорила ее пойти в бизнес-школу учиться на секретаршу. На момент обращения за помощью она в течение шести месяцев не работала. Замужем пять лет, имеет двоих детей.

Психотерапевт так прокомментировала рассказ: «После изнасилования вы, похоже, сбились с пути». Синди ответила: «Да, я растерялась». К счастью, Синди повезло, и она вышла замуж за хорошего человека, который оказывал ей всяческую поддержку и не бросил ее после ее последнего любовного приключения. Он приветствовал ее усилия получить психотерапевтическую помощь. На этом этапе между Синди (С) и терапевтом (Т) состоялся следующий диалог:

С (*возбужденно*): Все так плохо, что не хочется об этом даже думать.

Т: Избегание — палка о двух концах. С одной стороны, отмахиваясь от неприятных мыслей, вы чувствуете себя лучше, однако так вам никогда не избавиться от своих проблем.

С: Но...

Т: В среднем пациентки обращаются к нам за помощью спустя восемь лет после изнасилования.

- С (с открытым от удивления ртом): Вот это да! Я-то считала, что нахожусь в худшем положении.
- Т: Нет, ваша ситуация вполне типична. Некоторые приходят раньше, но бывают и такие, кто приходит через тридцать лет.
- С: Мне кажется, со временем все становится на свои места, и понимаешь: надо что-то предпринимать.
- Т: К сожалению, проблемы сами по себе не проходят. В конце концов приходится сказать себе: «Что я ни делаю, мне ничего не помогает».
- С: Вы говорите себе: «Это в моей жизни было, но прошло... а сейчас у меня другие проблемы».
- Т: Мы будем с вами работать по определенной системе. Я буду давать вам домашние задания, каждое из которых поможет вам вспомнить прошлое. Начнем с письменного задания. В следующий раз разговор пойдет о чувствах и о том, как правильно их называть, а также о взаимосвязи между мыслями и чувствами — что вы говорите себе, каковы ваши убеждения и что вы чувствуете. А теперь вам предстоит кое-что написать об изнасиловании, но не сухой полицейский отчет, а реальное описание событий...
- С: Об изнасиловании?
- Т {кивает}: Да, и не забудьте о чувствах, обо всем, что помните и не помните, — все это нам пригодится в процессе психотерапии. Вам придется это сделать, даже если вы не хотите.
- С {в волнении}: О боже!
- Т: Вам станет после этого гораздо легче.
- С {прикрывает лицо руками}: О нет!
- Т: Это необходимо, чтобы освежить вашу память, в ней больше не должно быть закрытых дверей. Пришло время проветрить комнаты.
- С: Эти двери очень трудно открыть.
- Т: Это действительно так; наверняка некоторые воспоминания будут от вас ускользать, но нам с вами непременно надо до них добраться. Надо вытащить их наружу, назвать вещи своими именами, обсудить их, чтобы вы смогли их принять. Со временем ваши эмоции поутихнут, это единственное, что я могу вам пообещать. Позвольте себе прочувствовать свои переживания, и с каждым разом вам будет становиться легче; в конце концов ваши воспоминания совершенно перестанут причинять вам беспокойство. С другой стороны, если сдерживать такие сильные чувства, вы всегда будете ощущать их в полной мере. Давайте отпустим их на свободу, пусть идут своей дорогой.
- С: Вы собираетесь разжечь адское пламя.
- Т: Знаю. И мы поможем вам не обжечься. Моя работа будет состоять в том, чтобы сидеть здесь и не давать вам сбиться с пути, свернуть, уклониться. Я собираюсь выяснить, на какие маленькие хитрости вы будете пускаться, и буду спрашивать вас: «О чем вы не договариваете?»
- С: Уж будьте уверены.
- Т: Итак, я собираюсь выяснить, вокруг какого «камня преткновения» вы ходите? Какой маленький фрагмент ваших воспоминаний мешает вам двигаться вперед? Знаете, то место, на котором пластинка...
- С и Т {одновременно}: заедает.
- Т: Вам лучше сотрудничать со мной, а не прятаться. Мы с вами должны работать вместе.

Психотерапевт разъяснила, что психотерапия преследует три основные цели: дать Синди возможность вспомнить и принять все обстоятельства изнасилования; позволить ей прочувствовать свои эмоции и отреагировать на них, чтобы лишить свои воспоминания столь сильного эмоционального заряда; помочь норма-

лизовать представления об окружающей действительности и о себе, которые подверглись искажению в результате травмирующего события. После этого экскурса в предстоящую психотерапию Синди получила первое задание — письменно рассказать о том, какое значение для нее имело это событие. Задание дается с целью выяснить, как пациент интерпретирует событие и какие изменения в его представлениях произошли после. Первое задание часто позволяет выявить «камни преткновения», или точки фиксации, — те места, где вступили в конфликт прежние убеждения и новая информация о событии. Синди было дано задание в следующей формулировке.

Составьте письменный рассказ объемом не менее страницы о том, что для вас значило быть изнасилованной. Отметьте, какое влияние оказало изнасилование на ваши представления о себе, об окружающей действительности, о других людях. При подготовке ответа уделите внимание следующим темам: безопасность, доверие, власть/компетентность, самооценка и интимные отношения. Принесите рассказ на следующую сессию.

Сессия 2

Задачами второй сессии *CPT* было обсудить значение события и помочь пациентке научиться правильно обозначать эмоции, узнавать мысли и видеть связь между собственными представлениями и чувствами. Синди пришла в сильном волнении, на протяжении сессии она даже время от времени вскрикивала. Она заявила, что в течение недели ужасно злилась, негодовала на общество, особенно на политиков и власть имущих. По мнению Синди, все они — жадины и лицемеры. Особое возмущение у нее вызвал процесс Уильяма Кеннеди Смита, который начался незадолго до ее обращения к нам. Психотерапевту было ясно, что Синди распропагандировала свое негодование на других людей: дело в том, что изнасиловавший ее мальчик поступил в Военную академию, сделал блестящую карьеру и теперь мог быть причислен к богатым и власть имущим. Кроме того, Синди злилась на всех своих знакомых, которые не догадывались о ее страданиях.

С: Я рассталась со множеством людей. Никто со мной даже не поговорил.

Т: Но ведь и вы ничего им не сказали.

С: Да, но я подавала им знаки. Но они не пожелали их заметить и ни о чем меня не расспрашивали. Т: Вы всегда так злитесь или только в последнюю неделю? С: Всегда. Я даже думаю, что вся горечь изливается на меня саму.

Пациентка сообщила, что не смогла набраться смелости и обсудить свои проблемы с домашними. На вопрос «почему» Синди ответила, что родители ей верят и не стали бы обвинять ее в случившемся (типичная проблема для людей, переживших изнасилование в подростковом возрасте), но ей не хотелось их расстраивать. Они привели Марка в дом и обращались с ним как с родным сыном. Они так гордились его успехами. Психотерапевт сделала попытку придать другой смысл решению Синди хранить молчание: это не трусость, а стремление уберечь родителей, следовательно, проявление храбрости. Далее Синди перешла к теме, которая часто возникает в начале психотерапии.

С: Почему это произошло? Почему? Т: Почему произошло изнасилование?

- С: Да. Почему он так поступил со мной? Почему мне пришлось это вынести? Я — продукт своего окружения. Я это чувствую.
- Т: Все мы в некоторой степени — продукты своей среды.
- С: Да, верно.
- Т: Как вы сами отвечали себе на этот вопрос «почему»? Почему это должно было произойти? Почему вы должны были пройти через это?
- С: Потому что это моя жизнь, мое прошлое. (*Смеется.*) Это произошло, и все тут.
- Т: Но вас по-прежнему интересует, почему.
- С: Думаю мой вопрос «почему» связан с тем, что этот сукин сын не должен был так себя вести. (*Длинная пауза.*) Знаете, по правде говоря, меня волнует не то, почему он так поступил именно со мной. Я схожу с ума от мысли (*кричит*), почему я позволила ему это сделать.
- Т: Вы и не позволяли.
- С: Я-то знаю.
- Т: Как так? Он сделал это, и все.
- С: Мне было пятнадцать лет, и я была очень напугана.
- Т: И смущены.
- С: Да, и совсем одна. Думаю, я схожу с ума именно поэтому. Я была очень одинока и ушла от многих людей. Все приятные воспоминания стерлись из моей памяти.
- Т: Представляю себе, как трудно пятнадцатилетней девочке обратиться за помощью к другим людям, если она уверена, что сделала что-то плохое. Человек, оказавшийся в таком положении, чаще всего бежит от окружающих, опасаясь, как бы их осуждение не умножило его страданий. Кажется, что лучше уйти самой, чем позволить людям отвернуться от тебя. Поэтому-то вы отвергали всех.
- С: Да, но в течение следующего года я действительно очень переменилась.
- Т: Не удивительно.
- С: Я видела, что они озадачены, и подавала им знаки.
- Т: Однако вы не говорили прямо, что с вами произошло. Не так ли? Вы ведь не сказали: «Меня изнасиловали»? Даже если бы они и поинтересовались вашими проблемами, вы вряд ли смогли бы словами объяснить, что случилось.
- С: Я не считала это изнасилованием. Я не знала, как это назвать.
- Т: Вы знали, что это было ужасно, но словами объяснить ничего не могли.
- С: Мне было очень стыдно.
- Т: Когда вы стали называть это изнасилованием?
- С: Два месяца назад.
- Т: Сравнительно недавно. Почему не раньше?
- С: Не знаю... думаю, раньше я просто кипела от злости.

В этот момент психотерапевт попросила Синди прочесть свою домашнюю работу вслух. Пациентам во время индивидуальной терапии *CPT* всегда предлагается читать вслух домашние задания. Если бы это делал за них психотерапевт, пациенты могли бы отмежеваться или иным образом избежать реакции на этот материал. Вот что написала Синди:

Когда Марк изнасиловал мое тело, он изнасиловал и мою душу. Я перестала верить людям, даже себе. Я злилась на весь мир. И я была очень напугана. Я нигде не чувствовала себя в безопасности, только в лесу. Я ненавидела свою спальню. Именно там меня насиловали. Я злилась на него за то, что он так поступил со мной. Изнасиловал меня в моей же постели. Мне предстояло спать в этой постели еще много лет. Я ничего не взяла с собой, когда мы переезжали. Все светлые годы были вычеркнуты из моей памяти. Мне казалось, что нет ничего святого. Я ушла из детства, ушла из школы, от друзей. Мне кажется, я стала бояться близких отношений. Мне грустно оттого, что я рассталась со столькими людьми.

Изнасилование породило во мне ненависть к обществу, религии, политикам и, особенно, деловым людям. После этого я стала чувствовать себя потерянной и одинокой. Общество состояло из лицемерных людей. Я и раньше это подозревала, но у меня теплилась надежда, что это не так. Большинство людей в моем окружении были мне симпатичны. Стоило лишь сделать правильный выбор. Я была полна любви и сострадания, была готова поделиться всем этим с людьми.

После изнасилования мир стал казаться мне нелепым и абсурдным. Меня окружали жадные и лицемерные люди. История семьи Кеннеди меня просто возмутила. Я укрепляюсь в своем мнении всякий раз, когда читаю газеты или смотрю телевизионные новости.

Часть своего гнева я направила на себя за то, что позволила себя изнасиловать. Этот внутренний гнев произвел переворот в моем разуме. Он отнял у меня уверенность в себе, самоуважение и идентичность.

Воспоминания разрывают мое сердце, мне больно оглядываться назад и видеть, сколько всего потеряно. Люди, добрая память, представления о себе. Мне больно, что тот, кто имеет силу, хочет отнять ее у другого. Марк отнял ее у меня.

Домашнее сочинение и первые шаги Синди в психотерапии позволили выявить некоторые «камни преткновения», с которыми следовало разобраться. Синди искажала смысл травмирующего события, именно поэтому ей было трудно считать его изнасилованием; кроме того, она видела свою вину в том, что произошло. Помимо этого, она генерализовала свои чувства, перестала верить людям вообще и часто испытывала гнев. Она испытывала к насильнику двойственные чувства и не получала поддержки от членов своей семьи, хотя сама приняла решение скрыть от них то, что произошло. Налицо были и проблемы с самооценкой. Хотя тема безопасности не была центральной, сильно нарушенными оказались представления о доверии, власти, самоуважении и близких отношениях.

После того как сочинение было прочитано, психотерапевт попросила Синди поделиться своими чувствами. Синди сказала: «Печаль, растерянность». Психотерапевт завела речь о том, как важно для Синди научиться давать правильное определение своим эмоциям и отдавать себе отчет в том, что она говорит самой себе. Психотерапевт и пациентка обсудили, как различные интерпретации событий (собственные представления) приводят к совершенно разным эмоциональным реакциям. Были рассмотрены примеры того, как изменение представлений о произошедшем событии привело к изменению реакции на него. Кроме того, психотерапевт отметила, что некоторые интерпретации и реакции естественным образом вытекают из факта изнасилования и в изменении не нуждаются. Например, если бы Синди заявила, что ущемлены ее права и она разгневана, психотерапевт не стала бы опровергать это утверждение, а, напротив, поощряла бы ее выражать свой гнев,отреагировать его и позволить ему уйти. Если пациентка считает, что потеряла нечто важное, ощущение печали вполне закономерно. В этот момент Синди сказала: «Мои чувства меня пугают. Что мне делать с моим гневом?» Психотерапевт предложила ей несколько возможных вариантов: «Прочувствуйте его, напишите о нем, закричите, поговорите с кем-нибудь. Если вам надо израсходовать энергию, делайте это конструктивно: бегайте, ходите или делайте уборку в доме. Не стоит вести себя агрессивно». Психотерапевт удостоверилась, что Синди может отличить гнев от агрессии, и сообщила, что лично она не советует своим пациентам выражать гнев путем агрессивных действий (никаких избиений подушки или упражнений с палкой). Кроме того, психотерапевт напомнила, что

насколько она успела заметить, у Синди хорошо развиты навыки совладания со своим гневом.

В качестве домашнего задания Синди получила бланки методики А-В-С, чтобы научиться определять свои эмоции и понимать, что она говорит самой себе. В первой колонке А («Что произошло») Синди следовало записывать событие. В средней колонке В («Что я себе говорю») предлагалось фиксировать свои мысли по поводу данного события. В колонке С («Что я чувствую и/или делаю») ей предстояло записывать свои поведенческие и эмоциональные реакции на событие. Психотерапевт подчеркнула, что если часто повторять себе одну и ту же фразу, она срабатывает автоматически. Спустя некоторое время уже нет необходимости произносить про себя эту мысль, чувство возникает само собой. Важно остановиться и выявить автоматические мысли, чтобы решить, насколько они оправданы или следует их изменить.

Сессия 3

Синди отдала психотерапевту свою домашнюю работу сразу, как только вошла в кабинет. Психотерапевт просмотрела записи и отметила, что Синди хорошо поработала над определением своих чувств и выявлением мыслей. Выдержка из домашней работы Синди приведена в форме 2.1.

Поскольку целью этого упражнения было выявление мыслей и чувств, а не их изменение, психотерапевт отметила склонность к самообвинению, которая четко просматривалась, но не стала обсуждать это с пациенткой. Психотерапевт спокойно констатировала, что Синди не позволяла Марку себя насиловать, и указала, что «альтернатива ужасна — вы не позволили ему, а он все равно это сделал».

Психотерапевт спросила у Синди, почему ее внимание привлек Тед Кеннеди, а не Уильям Кеннеди Смит. Синди ответила: «Тед Кеннеди — преступник вдвойне. Он обладает политической властью. Он убил девушку и не понес никакого наказания. Он защищал своего племянника». С учетом ее представлений об обществе психотерапевт сказала, что не понимает причин для подобных чувств у Синди. В ответ Синди начала развивать тему о том, что все люди плохие. Она упомянула о насилии и нищете, а также о том, что власть имущие слишком много зарабатывают, в то время как другие не имеют крова над головой. Синди была чрезвычайно взволнована, иногда на ее глазах появлялись слезы. Психотерапевт заинтересовалась, считает ли она плохими тех богатых людей, которые пытаются помочь обездоленным. Синди ответила, что это бывает редко. Психотерапевт решила проверить, насколько сильны убеждения Синди в том, что все люди плохие, и спросила, следует ли отнести к плохим людям также бездомных.

С: Нет.

Т: Вы же говорили обо всех.

С: Я не считаю бездомных типичными представителями общества *{пауза}*, наверное, я так думаю потому, что Марк в глазах большинства добился больших успехов.

Т: Поэтому все, кто находится с ним на одной ступени социальной лестницы, такие же, как Марк.

С: Да, потому что им ни до чего нет дела, поэтому они и добились таких успехов.

Т *{пытается выяснить, не демонстративное ли это заявление}*: Среди них есть разные люди.

С *{пауза}*: Я точно знаю, что все плохие.

Дата: _____ Пациент #: _____		
Активирующее событие	Следствие	Убеждение
А	С	В
«Что произошло»	«Что я чувствую и/или делаю»	«Что я себе говорю»
Я была изнасилована.	Я ощущаю стыд.	Я позволила этому случиться.
Я лишилась девственности.	Я ощущаю свою потерю.	Я сказала себе, что меня использовали.
Я ощущаю потребность уничтожить Теда Кеннеди.	Я чувствую облегчение и надежду.	Я говорю себе, что он не стоит того. Бог его накажет.
Мне говорят, что не все люди плохие.	Я ощущаю горечь и то, что меня не понимают.	Я знаю, я это видела. Так оно и есть.
Мой муж оказывает мне поддержку.	Я чувствую себя хорошо.	Я горжусь своим мужем.

Имеет ли смысл повторять себе утверждение «В»?

Что еще вы сможете сказать себе, если подобные случаи повторятся в будущем?

Форма 2.1. Бланк анкеты А-В-С

Хотя сначала трудно судить о причинах недовольства Синди обществом, психотерапевт сочла, что вряд ли дело тут только в чрезмерной генерализации опыта общения с Марком. Фокусируя внимание на своем негодовании по поводу представителей высшего общества, Синди пыталась избежать неприятных переживаний, связанных с обсуждаемой проблемой — изнасилованием. Говоря в общем, она могла не детализировать собственную проблему. Поскольку задачей терапии *CPT* является развенчание пациентами своих ложных убеждений, психотерапевт пустила пробный шар, но не стала настаивать на своем мнении. Синди продолжала упорствовать, отстаивая свои радикальные убеждения, но психотерапевт и не ожидала быстрых изменений. Она сконцентрировалась на оказании пациентке поддержки и налаживании раппорта, чтобы помочь ей пережить наиболее трудные сессии. Психотерапевт сдержанно отнеслась к обличительным речам Синди: ввязавшись в спор о пороках общества, она рисковала подкрепить избегание пациенткой собственных проблем.

Психотерапевт похвалила пациентку за ее способность узнавать и правильно называть мысли и чувства, предложив ей описать их в следующей домашней работе, посвященной изнасилованию. Синди поинтересовалась, о каком именно изнасиловании следует писать, ведь их было несколько. Психотерапевт порекомен-

довала описать наиболее травмирующее переживание; по мнению Синди, это было первое, и начать надо было именно с него. Синди было предложено в качестве домашнего задания детально описать первый случай изнасилования, включая максимальное количество своих ощущений. Кроме того, ей следовало подробно остановиться на своих мыслях и чувствах. Начать следовало как можно скорее, выбрав для этого подходящее место, где можно было бы свободно выражать все свои эмоции. Если выполнить задание за один раз будет трудно, необходимо подчеркнуть строку, на которой была сделана остановка. (Часто место, на котором останавливается пациент при описании события, как раз и является «камнем преткновения», когда была прекращена борьба или произошло нечто особенно ужасное.) Впоследствии, когда Синди найдет в себе силы продолжать, ей надо будет перечитать написанное. Если она о чем-то не помнит, следует пропустить строку и продолжить дальше. Кроме того, ей было рекомендовано ежедневно перечитывать свою работу вплоть до очередной сессии.

Синди разъяснили стоящие перед ней задачи: восстановить в памяти прошедшие события, вновь их прочувствовать и совместно с психотерапевтом приступить к поиску «камней преткновения». Пациентку предупредили, что неделя предстоит трудная, но наиболее сложный этап терапии скоро будет позади.

Сессия 4

В начале сессии психотерапевт предложила Синди прочесть вслух домашнюю работу. Прежде чем это сделать, Синди попросила психотерапевта обосновать необходимость такого чтения. Психотерапевт напомнила Синди, о чем шла речь на предыдущей сессии, и добавила, что чтение вслух будит воспоминания и связанные с ними чувства. Синди прочла написанное очень тихим голосом, время от времени всхлипывая:

Мы танцевали в гостиной. Мы часто тренировались. Это был медленный классический танец, никаких современных выкрутасов. Мы тренировались, чтобы победить на конкурсе и просто потому, что нам обоим нравилось танцевать. Он поцеловал меня. Мы продолжали танцевать, и мне это нравилось. Его рука скользнула по моей груди, сначала это было даже приятно, но у меня был другой парень. Я отвела его руку, строго посмотрела на него, но продолжала танцевать. Мы не останавливались ни на минуту. Все это словно было частью танца. Когда музыка закончилась, он посмотрел на меня с улыбкой. У него была эрекция, и я почувствовала себя неловко, была смущена. Раньше мы никогда не целовались во время танцев. Где-то внутри зародился страх. И вот я стою, пытаюсь решить, что мне делать, как он вдруг обнимает меня и начинает целовать мою шею. Я пытаюсь оттолкнуть его, но он только крепче прижимает меня к себе. Шепчет, что мне наверняка понравится. «Ну, давай же, — говорит, — никто не узнает, даже твой парень». Это окончательно разозлило меня. Я попыталась вырваться, стала кричать на него, чтобы он оставил меня в покое, убирался прочь, заткнулся, наконец. Он схватил меня и поволок через холл по коридору, в спальню. Бросил на кровать и лег сверху. Я пыталась освободиться, но не могла. Он крепко меня держал. Руками сжимал запястья, а ногами удерживал мои ноги. Он захватил мою правую руку под свою правую подмышку, а левое запястье удерживал рукой. Другой рукой стянул с меня шорты, затем снял свои. Осторожно вынул свой член, улыбнулся мне, словно собирался сделать что-то приятное. Я снова попыталась вырваться. Он крепко сжал мои запястья и раздвинул своими ногами мои ноги. Я вскрикнула, когда он проник в меня. Он закрыл мне рот мой же рукой. Затем нежно стал всю меня целовать. Я чувствовала себя опустошенной, оцепеневшей,

хотя пыталась кричать. Простыня прилипла к моей щеке, она была вся мокрая. Я хорошо помню свои ощущения. Как я лежала в оцепенении, по щекам катились слезы, голова была повернута набок, глаза крепко зажмурены. Я думала о своих родителях, о семье, детских годах, о своем парне, подругах, передо мной словно мелькали кадры из моей жизни. Он поцеловал меня в щеку и отпустил. Я открыла глаза. Он был уже одет и шел к двери. Я слышала, как захлопнулась за ним входная дверь. Все было кончено. Я лежала в постели в состоянии шока. Казалось, что я даже не смогу пошевелиться. Затем я ощутила боль, между ног было мокро. Я понимала, что произошло. Я поднялась с плачем. Когда заметила на животе сперму, меня чуть не вырвало. Стянула с кровати простыни и завернула в них шорты. Затем пошла в ванную и приняла душ. Долго наблюдала, как поток воды смывает кровь с внутренней поверхности бедер, яростно терла себя мочалкой, пытаясь отмыться. Потом выбилась из сил и не могла больше держаться на ногах. Я присела на корточки, сжалась в комочек и расплакалась. Так продолжалось около 30 минут. В течение 10 минут на меня лилась очень горячая вода, почти кипятком. Это было приятно, вода казалась мне ледяной. Наконец я вышла из душа и надела пижаму. Было только полпятого вечера. Я направилась в спальню родителей. Ни мыслей, ни чувств у меня не было. Мне не хотелось думать о том, что произошло. Я очень устала и хотела спать. Я сама не могла объяснить себе, как это случилось. Последовательность событий была мне известна, но это было лишено всякого смысла. Мне хотелось просто лечь и забыть обо всем. Когда пришла мама, я сказала ей, что заболела. Я пролежала в темной комнате весь вечер. Заснуть или даже задремать мне так и не удалось, в голове роились мысли. Складывалось впечатление, словно мой мозг перерабатывал те мысли, которые приходили мне в голову во время изнасилования. Это, несомненно, было насилие, хотя и в мягкой форме. Я любила и ненавидела его одновременно. Я всегда им гордилась, а он так грубо меня обманул. О боже, я больше не девушка, я лишилась девственности, нет, не лишилась, а позволила ее у меня отнять. Я была уверена в этом, именно эта мысль и причиняла мне страдания. Мне хотелось, чтобы мое первое свидание было особенным. Черт возьми, мне было только 15 лет. Мне очень нравился мой парень, Боб. Мы с ним встречались всего только месяц и любили друг друга. Он был на два года старше меня. Это был очень хороший парень. Мы встречались, целовались, гуляли, но о сексе не было и речи. Я чувствовала, что сильно перевернулась за эту ночь. Я ощущала, что перемены коснулись моих мыслей, страхов и желаний. Это произошло подсознательно. На сознательном уровне я понимала, что всю ночь провела в постели родителей, укутанная в одеяла. Мне кажется, за всю ночь я даже не шелохнулась. Вместе с тем мое подсознание активно работало. Я знала, что прежней мне не быть никогда. В эту ночь произошли значительные перемены. Проснувшись я совершенно другим человеком. Я приняла решение никому не рассказывать о том, что со мной произошло, чтобы не причинять боль другим людям. Мне не хотелось никому причинять страдания. Я знала, что мои близкие и так достаточно пострадали. Поэтому я предпочла промолчать. Положила шорты и простыни в стиральную машину и решила, что с этим покончено.

Как обычно, я пошла в школу. Я вела себя замкнуто, держалась подальше от других ребят. Марк прошел мимо меня в холле. Помню, как я стояла около своей вешалки и смотрела на него. Стоя здесь, в холле, среди множества людей, глядя на него и вспоминая о том, что произошло, я думала о том, что меня использовали, и ощущала стыд. В течение всего дня я избегала общения с ребятами и держалась особняком. После школы я осталась поиграть в софтбол. Домой вернулась в шесть вечера, когда вся семья была в сборе. В этот день я тоже рано пошла спать. На следующий день мое самочувствие несколько улучшилось, но не очень. Я начала разговаривать. Днем, когда мы садились в автобус, Марк сказал, что хочет поговорить со мной. Я всю дорогу смотрела в окно. Мне раньше нравилась поездка домой на автобусе. Я подумала,

что он, возможно, хочет извиниться. Хотя он совершил насилие, но он был нежен со мной. Я бы высказала ему все, что я о нем думаю, а потом простила бы его или, во всяком случае, попыталась бы справиться с ситуацией. Но все произошло иначе. Мы присели на кушетку, и он завел речь о том, что произошло. Он сожалел о том, что это произошло в такой форме. Если бы я не сопротивлялась, было бы гораздо лучше. Он был уверен, что мне понравилось. Я не кричала, когда он проник в меня, и никому об этом не рассказала. Я сказала, что он лжёт и что он болен. Напомнила, что он совершил насилие. Он заявил, что лгу я, а на самом деле мне понравилось. Ведь я не кричала и не звала на помощь, никому не пожаловалась. Он заговорил о моем парне. Что он скажет, когда узнает все? Что будут думать обо мне родители? Они будут уверены, что мне понравилось. Я не предприняла попыток остановить его. Он сказал, что я достаточно сильна, чтобы с ним справиться. Раз я этого не сделала, значит, мне понравилось. Он взял меня за руку и повел в спальню, снял с меня шорты и начал целовать мое тело и шею. Он сказал, что мне понравится, и никто ни о чем не узнает, потому что я ведь не хочу, чтобы все думали, будто мне понравилось. Им будет стыдно. Все останется между нами, ведь нам обоим было приятно. Я сидела ни жива ни мертва. Я не могла позволить ему рассказать всем о том, что произошло два дня назад. Он бы стал говорить, будто мне понравилось. Я, будто я позволила ему повалить меня на постель и заниматься сексом. Мне было все равно. Мне казалось, что если кто-нибудь узнает об этом, я перестану существовать. Люди станут иначе ко мне относиться. Они будут считать меня идиоткой, потому что я лежала и терпела все, что он со мной делал. Он шантажировал меня на протяжении трех недель. Я ненавидела себя. Я ненавидела его. Мне уже было все равно. Он принуждал меня делать то, что мне не нравилось. Однажды он заставил меня лечь на живот и ввел член в анус. Я вскрикнула от боли: «Не смей!» Он тут же прекратил это, оделся и ушел. Через несколько дней он пришел опять. Он угрожал мне, говорил, что обо всем расскажет родителям. Теперь это казалось еще ужаснее, чем сначала. Он преследовал меня в течение четырех недель, становился все грубее и настойчивее. Я падала в пропасть. После нескольких очередных изнасилований я обратилась за помощью к матери. Надо было прекратить это любой ценой. Я не могла рассказать ей всей правды, она бы этого не вынесла. Поэтому я сказала, что Марк угрожает мне, и я не знаю, что делать. На следующий день я отправилась к маме на работу. Я была довольна своей выдумкой. Полню, я даже напевала что-то веселое. У меня появилась надежда.

Марк начал угрожать мне в школе. Нарочно держался рядом со мной, шептал, что мне не уйти от него, несмотря на то, что мои родители договорились о том, чтобы из школы я возвращалась с подругой. Страшнее всего было то, что и дома я не чувствовала себя в безопасности. Его сестра велела мне не создавать проблем. Спустя некоторое время Марк, наконец, оставил меня в покое. Он стал больше интересоваться учебой и спортом. Я носила свою беду внутри и винила себя в том, что произошло. Наверное, я все-таки идиотка. Теперь мне было все равно. В моем мозгу началась война, которая длилась десять лет. Кто из нас был прав, он или я? Он подчинил меня, заставил исполнять его прихоти. Угрожал и запугивал. Он изнасиловал мою душу и мое тело. Тогда я не знала, чему верить, и стала лгать себе.

Я холодела от мысли о том, что он прав. Что я сама этого хотела. Я не верила этому, но почему же я тогда не кричала, не сопротивлялась, никому не рассказала? Может быть, я даже просила его об этом. Во всех людях я видела врагов. Первыми я оттолкнула близких людей, чтобы не причинить им боль. Всех остальных я отвергла, чтобы не усиливать собственных страданий.

Прочитав свою домашнюю работу, Синди перевернула листы текстом вниз и положила на стол в кабинете. Психотерапевт поинтересовалась, что она сейчас чувствует.

С (*после продолжительной паузы качает головой*): Горечь.

Т: Вы имеете на это полное право. Он шантажировал вас.

С: Я знаю.

Т: И заставил вас испытывать чувство вины.

С: Именно поэтому я винила себя все эти годы и не могла считать это изнасилованием. Спустя годы я поняла, в чем дело, поняла, что он... (*умолкает*).

Т: Но это было изнасилование.

С: Знаю.

Т: И частью этого изнасилования было заставить вас чувствовать себя виноватой в том, что вы могли повести себя иначе.

С: Но я этого не сделала, потому что не хотела навредить другим людям, даже ему!

Т: Знаете, как реагирует большинство женщин? (*Синди отрицательно качает головой*). Они цепенеют. Впадают в эмоциональный шок.

С: Да. В это трудно поверить. Ты пытаешься смириться с тем, что произошло...

А другие люди говорят: «Ты должна была...»

Разговор зашел о том, как больно выслушивать комментарии других людей по поводу изнасилования. Синди рассказала о том, насколько силен в ней был гнев и как она повернула его против общества; особое негодование вызывали у нее несправедливые заявления других людей. Затем она переключилась на то, как трудно было ей общаться с мужем в течение прошедшей недели. Они несколько раз крупно поссорились, больше всего ее злило, что муж перестал оказывать ей поддержку. Психотерапевт заговорила о реакции других людей на изнасилование, отметив при этом, что иногда возникающие у них сильные чувства мешают им оказать пострадавшей поддержку, и предложила, чтобы другой психотерапевт встретился с мужем Синди, чтобы помочь ему переработать собственные реакции. Синди также выразила разочарование реакцией своей подруги. Когда она поделилась с подругой, рассказала подруге, как тяжело ей пришлось на этой неделе из-за неприятных переживаний, эта женщина посоветовала ей «не брать этого в голову» и сделала другие комментарии в том же духе. Синди сообщила, что они дружили со школы, но их отношения были в основном односторонними. Она оказывала подруге поддержку, слушала о ее проблемах, но сама раньше о поддержке не просила. Позднее на этой же сессии психотерапевт вновь затронула тему изнасилования в связи с выполнением домашнего задания. Она поинтересовалась у Синди, какие «камни преткновения» ей удалось обнаружить. Между ними произошел следующий разговор:

С (*со слезами*): Многие годы, когда я думала об этом, я всю вину брала на себя. Я даже не могла вспомнить, что произошло в первый раз.

Т: А теперь помните. Может быть, есть недостающие детали?

С (*перебивает, с плачем*): Нет...

Т: Или вам вспоминается вся картина целиком?

С (*тихо всхлиывая*): Когда я пыталась вспоминать о произошедшем, я точно знала, что это было изнасилование, в этом нет сомнений... тогда я начинала злиться.

Т: Вы плохо помните детали именно потому, что это было изнасилование.

С: Да.

Т: Если бы это было не изнасилование, вы бы все хорошо помнили.

С: Мне так и не удалось вспомнить, как это было в первый раз.

Т: Правда?

С: Поэтому я и говорила себе... возможно, я сама как-то поощрила Марка.

Т: В этом случае вы имели все основания не вспоминать об этом.

С *{хватает исписанные листки, бросает их, вновь берет}*: Возможно, мне надо еще раз все это перечитать. *{В течение продолжительного времени молча смотрит на свое домашнее задание.}* Не знаю, что еще можно добавить.

Т: Вы написали о том, что он сказал, и о том, что не знали, чему верить. Как вы сейчас ко всему этому относитесь?

С: Я знаю правду.

Т: Вы и теперь продолжаете себя винить?

С: Нет, это несколько другое, думаю. Думаю, что сомнения у меня всегда будут... в том смысле, что я ничего не предприняла, и мне всегда будет хотеться...

Т: Есть разница между желанием и обвинением.

С: Да, это правда.

Т: Но, я думаю, нам следует поработать над этим, потому что мне не хотелось бы, чтобы вы всегда винили себя.

С *{перебивает}*: Я всегда буду винить себя в том, что произошло.

Т: Но в этом нет необходимости.

С: Господи, опять все это читать!

Т: Лично мне особенно импонирует то, что вы ничего не рассказали близким не потому, что сами этого хотели, струсили или почему-то еще. Вы решили молчать, чтобы не причинить им страданий.

С *{плачет}*.

Т: Вы вели себя так, как считали нужным, а он злоупотребил вашим благородством.

С: Он обратил его против меня.

Т: Да, он обратил его против вас.

С: А потом, спустя четыре недели, мне показалось, что я действительно... знаете... *{Всхлипывает.}* Все выглядело еще хуже, чем вначале. Это подтверждаю, что... *{Со стоном.}* О боже *{смотрит вверх со слабой улыбкой}*, никто так ничего и не узнал.

Психотерапевт завершила Синди в том, что она сделала все возможное в сложившейся на тот момент сложной ситуации. Далее психотерапевт убедилась, что эмоциональное состояние пациентки практически нормализовалось, и только по сле этого решила завершить встречу. Она похвалила Синди за большую работу по подготовке домашнего задания и подчеркнула, что теперь главное — не останавливаться на полпути. На это Синди ответила, что она, как никогда, полна решимости довести все до конца. Психотерапевт оставила первое домашнее задание у себя и попросила Синди еще раз описать то, что произошло, включая новые подробности, упущенные в первом сочинении, и не забывая при этом о возникавших тогда мыслях и чувствах. Кроме того, следовало также записывать в скобках свои теперешние мысли и чувства по поводу прошлых событий.

Сессия 5

Синди пришла на очередную сессию бодрая и оживленная. Сказала, что ощущает прилив энергии, много работала по дому, а накануне перестирала все белье. Психотерапевт поинтересовалась, как складываются у них отношения с мужем. Синди сообщила, что они все обсудили, муж принес извинения за свое поведение и был особенно чуток и внимателен. По его мнению, в настоящее время он не нуждался в психологическом консультировании, а Синди была приятно удивлена его откровенностью и открытостью во время этого разговора. Кроме того, Синди говорила с матерью и получила от нее поддержку. Она решила обратиться к сво-

ей давней подруге и убедилась в том, что между ними нет дружеских отношений, а поддерживает она эти отношения скорее по привычке или из стремления к самобичеванию. Эта женщина своими злобными нападками лишь подкрепила худшие представления Синди о себе. По мнению Синди, ее (Синди) положение было сродни положению жены, которую бьет муж, но которая продолжает жить с ним, поскольку он в ней нуждается.

Психотерапевт поинтересовалась, как Синди справилась с домашним заданием. Синди сказала, что на этот раз обошлось без слез. Она была несколько расстроена, но менее эмоциональна. Первая часть сочинения осталась практически такой же, но была заметно короче. Синди уделила больше внимания тому, что произошло позднее.

После того как Синди прочла начало и дошла до того момента, когда ее потащили по коридору, психотерапевт прервала ее:

Т: Вы ни слова не упомянули о мыслях и чувствах, которые возникли у вас в тот момент. Вам трудно об этом вспоминать или...?

С: Нет, я чувствовала оцепенение. Во всяком случае, сейчас мне так кажется.

Т: Оцепенение или безразличие?

С: Безразличие.

Т: Хорошо. Когда вы сказали об оцепенении, я представила себе, что у вас окаменела спина.

С: Нет, я просто сказала первое, что пришло мне на ум.

Т: Итак, вам кажется, что вы почти ничего не чувствовали, не так ли?

С: Да. Я знаю, что мне было больно, у меня возникли противоречивые чувства, я вновь их пережила, но что случилось, то случилось (*смеется*), понимаете? Думаю, безразличие — самое подходящее слово.

Т: Вы действительно так думаете?

С: Оно не кажется таким... не знаю, как сказать. Не вызывает такой боли. И да и нет. Когда я писала об этом, мне было больно, но теперь, когда я читаю, я почти ничего не чувствую.

Т: С каждым разом эта боль будет слабеть.

С: Недавно во время прогулки за городом я вновь перечитала это, и мне показалось... (*Смеется и машет рукой.*)

Т: Что было, то было, не так ли? Было, но прошло.

С: Да. Знаете, словно на протяжении многих месяцев я ощущала гнев и смущение, вспоминала свою боль, но в течение нескольких недель я мечтала об этом человеке, теперь я это точно знаю. Мой разум не позволял мне об этом забыть. Я думаю, так... так будет лучше.

Т: Конечно.

С: Теперь я представляю все именно так.

Т: Хорошо. Посмотрим. Если вы не избегаете этих чувств, можете думать о них, то они не причинят вам особой боли, а это нам, собственно, и нужно. Если же вы стремитесь избежать их, скрыть, вам будет трудно — вы сами это заметите.

С: Мне это очень неприятно. (*Смеется.*)

Т: Разумеется. Но дальше будет легче.

В этот момент Синди продолжила чтение своего сочинения, в быстром темпе, с выражением, но без особых эмоций. В повествовании появился совершенно новый фрагмент.

В день моей свадьбы он появился в форме Военной академии. По-видимому, он спросил разрешения у моего брата. Брат позволил ему прийти. Он подошел ко мне с не-

чалью в глазах и пригласил на танец. Мы впервые танцевали вместе после изнасилования. Я была в подвенечном платье, все смотрели на нас с восхищением. Звучала медленная музыка. Он сказал, что я выгляжу великолепно. Комната словно кружилась. Это белое платье, его военная форма, улыбки, цветы — мой свадебный вечер. Джим [муж Синди] слишком много выпил и отправился ночевать в гостиницу. Я просидела одна всю ночь. В голове роились воспоминания. Я ощущала злость, досаду. Меня мучили вопросы. Зачем он приходил на свадьбу — попросить прощения? Место и время для этого были выбраны явно неудачно. Зачем он танцевал со мной? Мы не виделись несколько лет. Почему именно сегодня, в этот вечер? Джим ничего не подозревал, он разговаривал с ним, глядел на него с восхищением, благодарил за поздравления. Все девушки проявляли к нему интерес: «Кто этот парень в военной форме? Он выглядит таким мужественным...»>

И опять я смолчала. В течение двух лет у меня были дурные предчувствия по поводу нашего брака, и все из-за появления на свадьбе Марка. Но я вымещала злю на родителях мужа. Не могла же я отыграться на том, кого не было рядом.

Никто ничего так и не узнал. Я до сих пор не понимаю, зачем он пришел на свадьбу. Чем больше я нахожу ответов на свои вопросы, тем больше у меня появляется новых вопросов.

Психотерапевт поинтересовалась у Синди, были ли ее чувства в течение этой недели менее интенсивными по сравнению с предыдущей. Синди ответила, что иногда ей надоедало обо всем этом думать. Временами чувства переполняли ее, и она отдавалась во власть эмоций (психотерапевт похвалила Синди, сказав, что надо давать волю своим эмоциям), но в основном она чувствовала себя хорошо. Ее представления о себе приобрели более позитивную окраску. Психотерапевт дала Синди понять, что не следует опасаться своих эмоций, ведь она постепенно научится выносить даже очень сильные чувства. Синди признала, что теперь ей гораздо легче вспоминать о своих страданиях, и когда воспоминания уходят, она вновь чувствует себя хорошо.

Обсудив свои реакции на воспоминания, Синди подробнее остановилась на своих чувствах в отношении других людей. В частности, она завела речь о своем брате, которого раньше считала виновным в своих страданиях, поскольку он не разглядел дурных наклонностей Марка. По ее словам, она всегда нуждалась в старшем брате. На вопрос, пыталась ли она поговорить с ним об этом, Синди заявила, что проще было бы обратиться к кирпичной стене. Она отвергала идею о том, чтобы поговорить с ним сейчас, поскольку они с Марком все еще были в приятельских отношениях, да и собственных забот у него было предостаточно. После этого разговора психотерапевт прибегла к первой серии вмешательств, которые используются в терапии СРТ, чтобы поставить под сомнение ошибочные убеждения. Она сказала:

Т: Вы уже сделали достаточно много, и теперь, я полагаю, вам следует сосредоточиться на тех моментах, которые могут быть «камнями преткновения» или точками фиксации, и попытаться их пересмотреть. Следующие несколько сессий будут посвящены освоению навыков, необходимых для непосредственной работы с точками фиксации.

С: Хорошо.

Т: Помните, выявить «камни преткновения» можно по интенсивным эмоциям. Некоторые из этих эмоций вполне оправданны. Вот несколько примеров: вы обвиняете себя, говорите, что допустили это, или...

С {смеется}: Эти «камни преткновения» я разбиваю ледорубом.

- Т: Во время нашей первой беседы вы были склонны к чрезмерным обобщениям: все власть имущие и богатые люди — плохие. Все. Итак, нам с вами предстоит расстаться с этим ложным убеждением.
- С: Я никому не верю.
- Т: Ага, опять та же тема. Я не могу верить людям, я не доверяю себе. Безопасность, доверие, власть, уважение, близкие отношения. Нам предстоит поработать над каждой из этих тем. Для этого надо предпринять несколько шагов. Чтобы помочь вам в этом, я собираюсь предложить воспользоваться специальным инструментом. Всякий раз, когда вам встретится точка фиксации, вы сможете проработать эту проблему. Благодаря этому можно изменить формулировку ваших утверждений или, во всяком случае, оспорить их...
- С: Что-то наподобие схемы А-Б-В...
- Т: Правильно, только этот перечень вопросов несколько более сложен, поскольку он помогает проанализировать свои утверждения при желании изменить их и убедиться в том, что эти изменения произошли.
- С: Хорошо.
- Т: Вот первый шаг к этому (*показывает перечень вопросов CQL*). [См. раздел «Сессия 8».] Давайте начнем это делать вместе. Здесь перечислены вопросы, которые вы можете себе задать. Итак, допустим, вы заявили «Я позволила этому произойти» или «Я позволила этому длиться в течение пяти недель» или что-либо подобное. «Раз я это допустила, значит, со мной что-то не в порядке, раз я это допустила». Первый вопрос, который следует себе задать, звучит так: «Какие есть доводы за и против этой идеи?»
- С: То, что я действительно это допустила.
- Т: Именно вы действительно это допустили. Допустили или это просто произошло?
- С: Допустила.
- Т: Какие у вас есть доводы в пользу этого положения?
- С: Мне хотелось бы сказать: «Я в это больше не верю». (*Смеется.*)
- Т: Хорошо. Если это действительно одна из точек фиксации... Лично у меня есть собственный способ их выявлять: люди обычно говорят что-то типа «Я знаю, что это так-то и так-то, но чувствую, что все иначе». Тогда я говорю: «Нет, просто у вас имеется два набора убеждений, которые противоречат друг другу. Вполне допустимо одновременно иметь два противоречащих друг другу убеждения».
- С: Да. (*Согласно кивает.*)
- Т: Таким образом, иногда, когда вы находитесь в процессе изменения, в вашей голове одновременно присутствуют различные убеждения. Одно из них представляется более логичным, а другое сходно тому, что называется «чувствовать нутром».
- С: Эмоционально окрашенное. Да, я знаю.
- Т: Второе убеждение связано с эмоциями, поэтому оно и представляется более реалистичным.
- С: Да.
- Т: Именно такие убеждения мы с вами и будем искать. Возможно, нам удастся найти среди них иррациональные.
- С (*некоторое время пребывает в задумчивости*): Я не вполне уверена, но я пытаюсь что-нибудь припомнить.
- Т: Как насчет доверия? Как вы относитесь к этой теме?
- С: Спасибо, это действительно сложный вопрос. Да, я полагаю, это именно то, что нужно.
- Т: Хорошо. Как звучит это утверждение, что-то вроде «я не могу доверять»... кому именно вы не можете доверять?
- С: Но я бы не хотела излишне доверяться другим людям.

- Т: Мы с вами ищем некое равновесие. Речь не идет о том, чтобы безгранично доверять всем и каждому. *
- С: Я просто... мне кажется, дело в самой идее доверия. Один из моих «каменных предрасположений» для меня — это неуверенность в своей способности судить о том, кому следует доверять, а кому нет.
- Т: Хорошо.
- С: Именно поэтому, я полагаю, у меня и возникают проблемы с доверием: я не уверена, что смогу верно определить, хороший это человек или плохой.
- Т: Итак, вы хотите сказать следующее: «Не знаю, могу ли я полагаться на свою способность правильно судить о людях».
- С: Да, в том, что касается вопросов доверия.
- Т: Итак, перед нами список вопросов, которые следует себе задать. «Каковы доводы за и против этого утверждения?» Каковы доказательства правильности ваших выводов о том, кому следует и кому не следует доверять? Что говорит против этого? Что можно сказать по этому поводу, если обратиться к фактам, а не полагаться лишь только на эмоции?
- С: Понятно.

Оставшееся время сессии ушло на то, чтобы Синди усвоила суть вопросов. Хотя речь шла преимущественно о доверии, иногда психотерапевт обращалась и к другим темам, чтобы проиллюстрировать смысл вопросов. Например, Синди был задан вопрос: «Насколько надежен источник этой информации?», т. е. как относиться к заявлению насильника о том, что ей самой это (изнасилование) понравилось. Синди приняла живое участие в дискуссии по ряду других вопросов: «Не вырываете ли вы конкретные примеры из контекста?», «Склонны ли вы концентрировать внимание на несущественных деталях?» Психотерапевт подчеркнула, что факт популярности Марка и его учеба в Военной академии, возможно, не имели прямого отношения к изнасилованию или к ее способности доверять другим людям. Более существенным был тот факт, что Марк вырос в проблемной семье, но сумел подняться по социальной лестнице. Синди осознала, что была склонна усматривать сходство между человеком, который ее изнасиловал и добился успеха в жизни, и другими людьми, также сумевшими добиться успеха.

Сессия 6

Синди начала работать и проработала в течение первой недели свыше 40 часов. Она была увлечена своей новой работой и теми людьми, которые ее окружали. Впервые она пришла на сессию с невыполненным домашним заданием. Она сказала, что несколько раз пыталась начать работать над ним. Синди выразила озабоченность по поводу быстрых изменений в себе и заявила, что ей следует обдумать, что ей не хочется менять. Психотерапевту показалось, что Синди по-прежнему неоднозначно относится к успеху, который ее пугает; поэтому, изменившись слишком сильно (т. е. став «успешной»), она станет одной из тех людей, которых всегда презирала. Психотерапевт заверила Синди, что в ее намерения не входит изменять ее в нежелательном для нее направлении. Синди выразила некоторую тревогу в связи с тем, что изнасилование сильно повлияло на многие стороны ее личности. Складывалось впечатление, что ей не удалось выполнить домашнее задание потому, что беспокоившие ее мысли по-прежнему были туманны и расплывчаты. Психотерапевт помогла ей более четко сформулировать свои проблемы.

- Т: Вы, безусловно, необычный человек. Дело, конечно, не только в том, что вы стали жертвой изнасилования. Это было всегда. Однако изнасилование повлияло на некоторые ваши убеждения.
- С: Я по-прежнему боюсь доверять людям.
- Т: Это не та проблема, которую можно разрешить в течение нескольких сессий.
- С: Я бы этого хотела. А жаль. *(Смеется.)*
- Т: Цель психотерапии состоит в том, чтобы снабдить вас инструментами, дающими возможность решать, что в себе вы хотели бы изменить, а что нет. Речь идет не о том, чтобы автоматически изменить вашу реакцию на изнасилование, но предоставить вам право выбора...
- С: ...и возможность контролировать ситуацию.
- Т: Основная идея заключается в том, чтобы вы могли становиться на разные точки зрения, а не фиксироваться на какой-то одной реакции. Чтобы вы не всегда находились в защитной позиции, ведь постоянное недоверие — это следствие стремления защитить себя.
- С: Да, чтобы не подпускать никого близко.
- Т: Когда вы сможете решать, кому доверять, а кому нет, вы не станете доверять всем подряд. Все зависит от вашего решения, главное — иметь выбор.
- С: Если дело касается близких и любимых людей... это причиняет сильную боль.
- Т: То, что вы сделали, вы сделали непреднамеренно, ситуация не была точно обозначена, поэтому и выбора у вас не было. В течение продолжительного времени у вас не было возможности исцелиться, потому что изнасилование не было названо изнасилованием; вот почему вы не могли получить помощь, в которой нуждались, чтобы...
- С: ...покончить с этим.
- Т: Верно. Если взглянуть на вопросы, какие мысли у вас возникают, когда вы смотрите на эти вопросы? Вы сказали, что прочли их несколько раз. Я опять возвращаюсь к «камням преткновения».
- С: Доверие — большая проблема. Еще одна проблема: идентичность — моя личность. Я как раз думала об этом.
- Т: Когда просматривали список вопросов?
- С: Да. Я не знаю ответа. Кто я такая?
- Т: И как вы отвечаете на этот вопрос?
- С: Не путаю ли я привычку с реальностью? А может, я другая, не такая, как я себе представляю? Меня изнасиловали, и это как-то повлияло на мою жизнь. Но, оглядываясь назад, я вижу, что всегда была такой; это привычка или так оно и есть на самом деле?
- Т: Дело в том, что некоторые вещи существовали и до изнасилования, и теперь вы их определяете как негативные убеждения. Эти убеждения получили подкрепление в силу сложившихся обстоятельств. В начале психотерапии я уже упоминала об этом, но вскользь. Если у вас были проблемы с оценкой своей личности...
- С: Мне было всего 15 лет.
- Т: Итак, если вы были низкого мнения о себе до этого события, что вполне типично для...
- С: Сейчас, к сожалению, об этом трудно судить.
- Т: Ваше развитие пошло несколько в ином направлении... потому что, возможно, в подростковом возрасте у вас не было устоявшихся представлений о себе.
- С: Конечно, я только вступала в жизнь.
- Т: Однако вы упомянули об этом, когда читали свое домашнее задание. Вы со всей определенностью сказали: «Я изменилась за эту ночь». Следует понимать, что вы стали не такой, какой были до этого события.

- С: Да. *(Пауза.)* Я замкнулась, я...
- Т: Таким образом, тема замкнутости для вас болезненна.
- С: Да.
- Т: Как насчет того, чтобы немного измениться в обратную сторону, чтобы обрести некое равновесие?
- С: Я думаю, это было бы здорово. Все дело в привычке.
- Т: Нет ли у вас в связи с этим каких-либо опасений типа «Это опасно, меня могут опять изнасиловать»?
- С: Нет.
- Т: Или «Мне могут причинить боль»?
- С: Полагаю, последнее. Я веду себя честно, замкнутость служит гарантией моей безопасности. Никто не может причинить мне боли. Никто не может отнять у меня...
- Т: Это действительно так? Взгляните на список. Что говорит о том, что никто не причинит вам боль, если вы останетесь замкнутой?
- С: Потому что никто не знает, что у меня внутри. Им до меня не добраться.
- Т: Но вам могут причинить боль другими способами.
- С: Да.
- Т: Вы способны чувствовать боль, оставаясь замкнутой?
- С: Да.
- Т: Такое впечатление, что вы сами причиняете себе страдания. И не хотите, чтобы это делал кто-то еще.
- С: Да... это сродни паранойе, уничтожает тебя изнутри. Зачем мне оставаться замкнутой? Я хочу быть открытой, я не думаю, что другие люди тут же начнут делать мне гадости.
- Т: Давайте взглянем на этот список в свете утверждения: «Я боюсь быть открытой». Каковы доказательства в пользу того, что открытость заставит вас больше страдать?
- С: Люди в большинстве справедливы... нет таких доказательств. Но я пыталась, и безуспешно.
- Т: Один раз?
- С: Нет, несколько раз. Несколько раз я предпринимала попытки поделиться своими страданиями. Люди, в силу человеческой природы, реагировали... *(Откидывается назад с непроницаемым выражением лица.)*
- Т: Давайте попробуем изменить слово «буду» на «могу»? «Я могу пострадать» вместо «Я буду страдать». Это не одно и то же; вряд ли сто процентов людей причинят вам страдания, не так ли?
- С: Конечно. Кроме того, в ряде случаев я страдала оттого, что они не знали, как мне помочь.
- Т: Потому что на самом деле вы не были вполне открытой.
- С: Да. Они не знали, что произошло в действительности, поэтому и не могли мне помочь.
- Т: Верно. Итак, замкнутость на самом деле ни от чего вас не защитила.
- С: Да.
- Т: Хорошо. Таким образом, у нас есть доказательства того, что замкнутость не обязательно способствует вашей безопасности.
- С: Но зато заставляет чувствовать себя одинокой.
- Т: А это само по себе причиняет страдания. Итак, в нашем распоряжении несколько фактов. Открытость вовсе не обязательно причиняет дополнительные страдания. Замкнутость создает не меньше проблем, только эти проблемы другого рода.
- С: Да. Они внутри меня.

- Т: Потому что люди вас не понимают. Они не представляют себе, что с вами происходит.
- С: На поверхности они видят прямо противоположное тому, что происходит у меня внутри.
- Т: Вот именно.
- С: Это отчасти защищает меня, но причиняет сильные страдания.
- Т: Ладно. Итак, рассмотрим следующее утверждение: «Если я буду открытой, я буду страдать». Какой вопрос значится в списке под номером два?
- С (*читает*): «Не путаете ли вы привычку с реальностью?» Это привычка. Не знаю, когда я приняла такое решение, возможно, той ночью... Я буду одна. И я буду сильной. Никто не проникнет ко мне. Никто и никогда. Но теперь это, несомненно, привычка.
- Т: В правильности которой вы не пытались усомниться, во всяком случае, до настоящего момента.
- С: Я видела, что так вел себя мой отец. Именно так он справлялся и продолжает справляться со своими проблемами.
- Т: Это помогает ему?
- С: Нисколько. (*Обе смеются.*) Думаю, он сумасшедший.
- Т: И что?
- С: Именно поэтому некоторые говорят: «Ты в точности, как твой отец». Я спорю с ними, но это правда.
- Т: Таким образом, вам надо искать другой способ. Если это не поможет ему и не помогает и вам, то вам придется придумать что-то другое.
- С: Я понимаю, почему это не работает. Просто... люди хотят помочь. Таких, как мы с ним, трудно переубедить. Мы считаем, что страдать — это нормально. Но это не нормально. Но ты убеждаешь себя, что это лучше, чем позволить другим...
- Т: Теперь вы можете принимать решения самостоятельно.
- С: Да. Я не могу повлиять на других людей, помешать им причинять мне боль. Тут ничего не поделаешь, но зато можно контролировать ситуацию, когда речь идет о том, чтобы...
- С и Т (*одновременно*): ...причинять боль себе.
- Т: Для этого есть как минимум две причины. Во-первых, вы действительно можете сами некоторым образом контролировать ситуацию, когда она вполне предсказуема, а источник угрозы очевиден: вы сами. С другой стороны, посмотрите, чего вы лишаетесь: люди не могут прийти к вам на помощь.
- С: Когда в этом нуждаешься.
- Т: Да.
- С: И желаешь, хочешь этого.
- Т: Представьте себе, как хорошо вы будете себя чувствовать, когда откроетесь и дадите окружающим возможность оказать вам помощь.
- С: Конечно.

Психотерапевт привела в качестве примера случай самой Синди, когда она поделилась своими переживаниями с мужем и он поддержал ее. Синди согласилась, что это действительно помогло. Психотерапевт с Синди потратили большую часть сессии, просматривая вопросы из списка с учетом именно этого иррационального убеждения. В какой-то момент психотерапевт предложила иначе подойти к утверждению: «Если я откроюсь людям, я буду страдать». Психотерапевт спросила: «Откроетесь в чем? Расскажите об изнасиловании? О чем-то еще? Обо всем?» Психотерапевт подчеркнула, что некоторые темы, очевидно, менее рискованны, чем другие: например, разговоры о погоде. Есть смысл начать с менее бо-

лезненных тем. Психотерапевт обсудила с пациенткой способы обращения за помощью, напомнила, что люди часто стремятся оказать поддержку, но могут не знать, как это сделать. Психотерапевт разъяснила Синди, как дать людям понять, чего именно от них ждешь.

После этой дискуссии психотерапевт познакомила пациентку с Перечнем ошибочных стереотипов мышления *{Faulty Thinking Patterns list*, см. раздел «Сессия 8»). В перечне указаны некоторые типы ошибочных стереотипов (например, чрезмерное упрощение, чрезмерная генерализация и выводы, сделанные на основании эмоций). Психотерапевт описала, как можно определить, к какой категории относится то или иное частное рассуждение. Пациентка и психотерапевт просмотрели перечень и привели примеры каждого из ошибочных стереотипов. Например, для пункта «Отбрасывание важных аспектов ситуации» психотерапевт предложила высказывание, которое Синди неоднократно повторяла в процессе психотерапии: Синди говорила, что никогда не смотрит новости, потому что в них показывают, насколько жесток окружающий мир и насколько плохи люди, его населяющие. Психотерапевт обратила внимание пациентки на то, что она не учитывает того, что в новостях рассказывают лишь о необычных и наиболее существенных событиях; телеведущие ни словом не упоминают о миллионах людей, которые спокойно прожили этот день и не совершили никаких преступлений.

Когда они дошли до пункта «Чрезмерная генерализация на основании единичного события», Синди сообщила, что ее представления стали постепенно меняться. Когда она видит красивую машину или человека, облеченного властью, она говорит себе: «Это потому, что ему удалось чего-то достичь; это вовсе не обязательно означает, что ему для этого надо было идти по трупам. Возможно, он просто много работал». Психотерапевт добавила, что обычно те, кто много трудится, не попадают в сводку новостей. Они спокойно занимаются любимым делом, растят детей. Синди получила домашнее задание перечитать список ошибочных стереотипов мышления и отметить те из них, которые она сама использует чаще всего.

Сессия 7

На следующей сессии Синди вновь заговорила о своей новой работе. Она сильно уставала, поскольку за прошедшую неделю ей пришлось работать более 60 часов. Психотерапевт поинтересовалась, удалось ли ей справиться с домашним заданием. Хотя Синди не выполнила письменного задания, она сообщила, что часто заглядывала в перечень и использовала его в общении со своей подругой. Оказывается, в течение долгих лет в их общении часто использовались ошибочные стереотипы мышления, причем как той, так и другой стороной. На прошлой неделе подруга позвонила Синди домой и наговорила ее мужу много ужасных вещей про Синди. На это муж Синди сказал, что его жена — прекрасная женщина, и велел оставить их в покое. Хотя так случилось, что мучительные отношения разорвал муж, Синди была довольна, поскольку сама собиралась это сделать. Она выразила чувство облегчения, оттого что избавилась от неприятной знакомой.

Психотерапевт потратила некоторое время на то, чтобы просмотреть перечень и узнать, какие ошибочные стереотипы в прошлом использовала Синди. На этом этапе терапевт сидела позади, давая Синди возможность самой оспорить собственные убеждения. На самом деле ее вмешательства почти не требовалось, она

только давала Синди необходимую информацию, в частности предложила Анке ту оспаривания убеждений (*Challenging Beliefs worksheet*, см. раздел «Сессия 9»).

Т: Очень хорошо. Давайте рассмотрим новый материал, и я вам кое-что покажу.

С: Хорошо.

Т: Вы не должны ничего пропускать. Надо выполнить этот пункт.

С: Ладно.

Т: Мы начинаем работать с новой формой. Помните, вы выполняли задания А-В-С?

С: Да.

Т (*указывает на рамки в анкете*): Вот А, В и С. Это совершенно другая анкета для работы над точками фиксации. Даже если вам кажется, что вы разрешили ту или иную проблему, еще раз ее проработайте, чтобышний раз в этом убедиться.

С: Хорошо. Я уверена, что их немного. Я...

Т: Ну, проблемы с доверием, кому следует и кому не следует доверять, а также близкие отношения.

С: Да, и еще мои представления о себе, например уверенность в своих силах. Я думаю, речь идет о самооценке.

Т: Итак, я предлагаю вам выбрать пару точек фиксации и сосредоточиться на них. А теперь давайте обсудим тему безопасности и посмотрим, нет ли у вас связанных с ней точек фиксации. Например, ваше отношение к теленостям свидетельствует о том, что зло и насилие в окружающем вас мире возведено в ранг нормы. Это и есть точка фиксации, поскольку вы во всем видите опасность, не пытаетесь...

С: Да, весь мир... словно полон тухлятины. Даже телеведущие протухли, оттого что я на них смотрю. (*Обе смеются.*)

Т: Вот именно. Итак, опять А, В и С, то есть событие, мысль или убеждение, а здесь ваши чувства. Здесь вы фиксируете свою автоматическую мысль, но на этот раз следует указать, насколько вы в ней убеждены. Дело в том, что в процессе изменений ваши представления будут меняться. Например, вначале вы говорите: «Все протухло. Я убеждена в этом на сто процентов». Далее вы, возможно, скажете: «Ну что же, это в основном верно». Итак, постарайтесь точнее указать, насколько вы убеждены в правильности того или иного утверждения. Посмотрим, наметились ли в вашей броне трещины.

С: Хорошо.

Т: Свои чувства записывайте сюда. Это часть С. Вам опять следует указать степень их выраженности, чтобы в конце мы могли сравнить ваши ответы. После завершения курса психотерапии вы сами увидите, насколько вы изменились. Вот простой пример. Давайте определим, насколько сильны ваши эмоции. Можно ли их оценить в сто, тридцать или пятьдесят процентов? Кроме того, у вас одновременно может присутствовать несколько эмоций. Например, печаль, злость, обида, радость.

С: Я по-прежнему немного злюсь на него.

Т: Допустим. Вы заполнили эту часть, перейдем к следующей. Вот вопросы, которые вам следует себе задать: какие есть доказательства в пользу этого? Работая с каждой точкой фиксации, необходимо просмотреть весь список, чтобы решить, есть ли какие-либо основания так считать и не склонны ли вы думать по принципу «все или ничего». Не вырываете ли вы событие из контекста? А вот и перечень ошибочных стереотипов мышления: не впадаю ли я в одну из этих ошибок? Возможно, я преувеличиваю значение этого явления? Или не замечаю важных деталей?

С: Понятно.

Т: Не делаю ли я поспешных выводов на основании эмоций?

- С: Чрезмерное упрощение. Это и хорошо и плохо.
- Т: Да. Таким образом, возникает важный вопрос: что еще я могла бы себе сказать? Я имею в виду с учетом отсутствия веских доказательств или ошибочности стереотипов мышления. Что еще можно сказать себе в подобной ситуации? Как интерпретировать ее иначе? Понятно?
- С: Просто перевернуть все наоборот.
- Т: Или уравновесить. Иногда нет необходимости бросаться из крайности в крайность. Достаточно пройти часть пути (*показывает жестом*). «Допустим, есть плохие люди. Но это не обязательно означает, что на меня всегда будут нападать и что я никогда не буду чувствовать себя в безопасности, и нет никого, кто заслуживал бы доверия». Следовательно, вам надо придумать для себя нечто более реалистичное.
- С: Не все те, кто учится в Военной академии, — дурные люди. (*Обе смеются.*)
- Т: Хорошо? Этот небольшой раздел — своего рода игра. Иногда вам кажется, что некое событие — это полная катастрофа, что может быть хуже? Если кто-то предал вас, вы можете сказать себе что-то вроде «Я дам ему еще один шанс или найду кого-нибудь другого или что-то еще». Вам следует подумать о том, что может произойти в худшем случае и что вы будете делать, если это все же случится. Вот и спросите себя, что вам делать. Это делается для того, чтобы увидеть событие в истинном свете; возможно, никакой трагедии в нем вовсе и нет.
- С: Избавиться от ненужных эмоций и попытаться реально что-то предпринять.
- Т: Обязательно. В конце нашей с вами работы вы захотите заново оценить свои убеждения. Задав себе все эти вопросы, увидев все ошибочные стереотипы и рассмотрев возможные альтернативы, насколько вы убеждены в своей правоте после того, как вы задали себе все эти вопросы, увидели все ошибочные стереотипы и рассмотрели возможные альтернативы? Что вы чувствуете теперь, когда закончили заполнять анкету? Это активный способ работы со своими проблемами.
- С: Это сродни тому, как работает мозг, только это нагляднее...
- Т: Мы с вами проработаем все это вместе. Я буду предлагать вам другие точки зрения на ваши проблемы, говоря: «Подождите минутку».
- С: Хорошо.
- Т: После проделанной (в основном вами) работы необходимо будет убедиться в том, что вы больше не вернетесь к прежним ошибочным стереотипам. Кроме того, в жизни вам предстоит столкнуться и с другими проблемами.
- С: Да, я тоже об этом подумала.
- Т: Это действенные инструменты, которые позволят вам решать все проблемы, с которыми вам предстоит встретиться.
- С: Это так (*показывая на перечни вопросов и ошибочных стереотипов мышления*), потому что я сама в этом убедилась. Когда у меня возникли разногласия с подругой, я просмотрела ваши материалы. Это мне очень помогло. Оказывается, я многого не замечала...
- Т: Да. Я дам вам с собой несколько экземпляров, чтобы вы могли работать дома.
- С: Хорошо.
- Т: Мне хотелось бы показать вам в качестве примера работу другой пациентки. Вот ее точка фиксации: «Я считаю, что была в некоторой мере разрушена из-за того, что подверглась изнасилованию. Теперь со мной что-то не в порядке». А вот и та мысль, которую она постоянно про себя повторяет и которая питает эту точку фиксации: «Со мной что-то не в порядке, потому что он решил, что может изнасиловать меня». Знакомо, не правда ли?
- С: Да. (*Смеется.*) Это случайно не я сказала?
- Т: Нет.

Психотерапевт с пациенткой просмотрели анкету, служащую примером, и Синди разобралась в ней достаточно хорошо. Психотерапевт предупредила Синди, что, если ей не удастся обнаружить ошибочных стереотипов мышления, не следует ожидать и перемен в чувствах. Кроме того, не надо ожидать, что убеждения и чувства полностью изменятся уже в процессе работы над анкетой. Старые убеждения предстоит полностью уничтожить, а новые должны войти в привычку, только тогда возможны стойкие изменения. Синди было предложено несколько раз перечитать заполненные анкеты, чтобы ускорить этот процесс.

Далее следовало обсудить тему безопасности. Синди было предложено прочитать первый из пяти модулей (информационных сообщений на две-три страницы, посвященных каждой из следующих тем: безопасность, доверие, власть, самооценка, близкие отношения), и заполнить несколько экземпляров анкеты оспаривания убеждений. В этих сообщениях говорилось о том, как представления о себе и других могут быть опровергнуты или подтверждены после изнасилования в зависимости от предшествующего жизненного опыта. В этих сообщениях также описывались эмоциональные и поведенческие последствия ошибочных убеждений, связанных с каждой из вышеперечисленных тем, а также предлагались альтернативные утверждения (тексты сообщений см.: Resick & Schnicke, 1993).

Синди заявила, что до изнасилования всегда чувствовала себя в безопасности и полагала, что она сама и члены ее семьи способны ее защитить. После изнасилования проблема безопасности была не такой острой, как проблема доверия, но это проявлялось в мелочах, например в нежелании смотреть телевизионные новости. Психотерапевт предложила Синди заполнить анкету и на эту тему.

Сессия 8

Синди принесла на сессию две анкеты с домашним заданием, которое она не выполнила в прошлый раз: Перечень вопросов, позволяющих поставить под сомнение иррациональные убеждения, и Перечень ошибочных стереотипов мышления. Она не заполнила ни одной анкеты на тему безопасности. В перечне вопросов (см. форму 2.2) Синди решила поработать над утверждением: «Если бы я обратилась за помощью в связи с изнасилованием, меня обвинили бы в том, что это произошло». Психотерапевт отметила, что это утверждение стало шагом вперед по сравнению с предыдущими высказываниями; во всяком случае, оно звучало менее категорично. Синди прочла ответы, представленные в форме 2.2.

Прочитав и обсудив свои ответы, Синди привела три примера ошибочных стереотипов мышления, которые она заметила у себя и которые были связаны с изнасилованием. Оставшаяся часть анкеты была не заполнена. Психотерапевт обсудила с Синди эти три пункта (см. форму 2.3).

Психотерапевт обратила внимание пациентки на то, что иногда само по себе изнасилование, т. е. половой акт, запоминается гораздо лучше, чем другие важные моменты. Тот факт, что Марк тащил Синди по коридору, однозначно свидетельствует об изнасиловании, но этот факт не вписывался в созданную Синди схему и был поэтому в большей степени подвержен искажениям (амнезии). Психотерапевт предложила Синди привести несколько примеров тех ошибочных стереотипов мышления, которые она пропустила при выполнении домашнего задания: чрезмерное упрощение значения события как хорошего или плохого, склонность руководствоваться эмоциями в своих рассуждениях и «чтение мыс-

Ниже приведен перечень вопросов, которые помогут вам преодолеть свои неадаптивные или сомнительные убеждения. Не все из вопросов подойдут к выбранному вами утверждению. Постарайтесь дать ответ на как можно большее число перечисленных ниже вопросов применительно к тому убеждению, которое вы решили поставить под сомнение. Убеждение. *Если бы я обратилась за помощью в связи с изнасилованием, меня бы обвинили в том, что это произошло.*

1. Какие у вас есть доводы за и против этой идеи?
Хотя некоторые люди поверили бы мне, обязательно нашлись бы и такие, которые подумали бы, что Марк не сделал бы этого, если бы я сама не захотела, а теперь я пытаюсь его оклеветать.
2. Не путаете ли вы привычку с реальными обстоятельствами?
Это реальный факт.
3. Не является ли ваша интерпретация ситуации слишком далекой от реальности, чтобы быть справедливой?
Да, я полагала, что большинство людей по-разному относятся к изнасилованию и жестокому обращению. Людям в целом это не безразлично.
4. Не склонны ли вы руководствоваться в своих рассуждениях принципом «все или ничего»?
Да, это так. Когда находишься там, где это происходит, и ничего не предпринимаешь, возникает чувство вины. Полагаю, они (люди в целом) не приветствуют изнасилования и жестокого обращения, но когда это происходит, они не хотят вмешиваться или в некоторых случаях девушке говорят, иногда даже в суде, что она сама просила об этом и ей это нравилось.
5. Используете ли вы слишком категоричные или преувеличенные слова или фразы (например, всегда, навсегда, никогда, необходимо, должен, не могу и всякий раз)?
Да.
6. Не вырываете ли вы отдельные примеры из контекста?
Да, меня изнасиловали несколько раз, и я хорошо представляю себе состояние других женщин и детей, которые тоже это пережили. Не позволяя своей боли вырваться наружу, я ощущаю боль и гнев каждой жертвы изнасилования и ребенка, подвергшегося жестокому обращению, о которых рассказывают в телевизионных передачах. Мой гнев питается гневом множества других, и я уже не думаю о собственной боли.
7. Не придумываете ли вы для себя извинений (например: «я не боюсь»; «я просто не хочу выходить на улицу»; «окружающие хотят видеть меня совершенной» или «я не хочу звонить домой, потому что у меня нет времени»)?
Нет, я только говорю себе: «Другие люди не причинят мне вреда. Пусть только попробуют, я им отомщу».
8. Достаточно ли надежен ваш источник информации?
Источником информации для меня было телевидение; это — вполне надежный источник. Я вырывала информацию из контекста.
9. Не склонны ли вы думать категорично вместо того, чтобы учитывать вероятность со бытия?
Я была уверена в том, что если расскажу о случившемся, то испорчу себе жизнь. Окружающие скорее всего поверили бы Марку.
10. Не путаете ли вы высокую вероятность события с низкой? *Да.*
Я полагала, что сухим из воды выйдет скорее он, чем я.
11. Не основаны ли ваши суждения скорее на эмоциях, чем на фактах? *Да.*
Они были основаны на эмоциях. Я вообще не учитывала фактов.
12. Не склонны ли вы концентрировать внимание на не относящихся к делу фактах?
Да. Хотя это не помогло некоторым из тех, кого показывали по телевизору, множеству людей была оказана помощь, но эти люди редко бывали героями телевизионных репортажей.

Форма 2.2. Вопросы, позволяющие поставить под сомнение иррациональные убеждения

Ниже перечислены несколько типов ошибочных стереотипов мышления, которые используют люди в разных жизненных ситуациях. Эти стереотипы часто становятся автоматическими, привычными мыслями, которые заставляют нас совершать поступки себе во вред.

Проанализируйте собственные точки фиксации и приведите примеры использования каждого из этих стереотипов. Укажите под соответствующим стереотипом точку фиксации и опишите механизм ее влияния на данный стереотип. Поразмышляйте над тем, какое значение имеют эти стереотипы в вашей жизни.

1. Склонность делать выводы в отсутствие фактов или при их противоречивости.
Хотя я никому не рассказала о том, что со мной произошло, я была убеждена, что вину непременно взалют на меня. Меня станут стыдить. Я так никому и не рассказала, поэтому я не могу судить о реакции людей. Насколько мне известно, я бы получила поддержку.
2. Преувеличение или преуменьшение значения события: склонность делать из мухи слона или наоборот.
Я позволила ситуации выйти из-под контроля, когда позволила ему поцеловать себя во время танца. Когда он поцеловал меня, мне это понравилось. Почему я не оказала сопротивления? Потому что была в шоке. Я не возражала против поцелуя, но была против изнасилования.
3. Пренебрежение важными аспектами ситуации.
Изнасилование есть изнасилование. Совершенно вылетело из памяти, как он тащил меня по коридору.
4. Чрезмерное упрощение событий или убеждений, деление на плохое-хорошее, правильное-неправильное.
5. Чрезмерная генерализация на основании единичного случая: восприятие негативного события как нескончаемой череды поражений или распространение представлений о насильнике на целую группу людей.
6. Чтение мыслей: убежденность в том, что люди плохо о вас думают, когда для этого нет явных оснований.
7. Рассуждения, основанные на эмоциях: склонность делать выводы, исходя из собственных чувств, а не из фактов.

Форма 2.3. Ошибочные стереотипы мышления

лей». Синди заявила, что упрощает ситуацию довольно часто, и без труда составила список: «эти люди плохие», «судебная система никуда не годится», «я плохая», «он поступил в Академию, значит, он хороший». Кроме того, она привела несколько примеров эмоциональных рассуждений, но такой стереотип, как «чтение мыслей», поставил ее в тупик. Психотерапевт помогла ей, предложив вспомнить, как она предвосхищает реакцию людей. Синди сразу поняла, о чем идет речь: «Я не дала своим родителям шанса помочь мне. Я всех лишила такой возможности». Хотя в домашнем задании не было ни слова про чувство безопасности, психотерапевт подняла эту тему на сессии, чтобы убедиться, нет ли у Синди и здесь точек фиксации. Отвечая на вопросы, Синди заявила, что не боится оставаться наедине с мужчиной, проявляет осторожность, садясь в свою машину, быстро составляет план действий, когда оказывается в потенциально опасной ситуации, и не носит с собой оружия. В целом принимаемые ею меры предосторожности позволяют чувствовать себя в безопасности, при этом Синди несколько не преувеличивает опасность окружающих. Синди сказала, что сразу же после изнасилования поняла, что это мог сделать не только Марк, но и любой другой чело-

век. Вместе с тем в настоящее время она полагает, что в случае нападения лучше сумеет лучше защитить себя и так просто не сдастся. Психотерапевт решила оставить тему безопасности, поскольку представления Синди, по-видимому, были вполне адекватными, а принимаемые ею меры предосторожности — разумными.

Затем они перешли к теме доверия. Синди отметила, что наиболее близкие ей люди страшили ее больше всего. Вместе с тем она с готовностью признала, что ее жизненный опыт до изнасилования был достаточно позитивным. Психотерапевт и Синди просмотрели модуль, посвященный доверию, и Синди обнаружила, что все перечисленные там возможные последствия имели к ней самое непосредственное отношение. Она сообщила, что действительно пыталась вести себя с мужем более открыто, больше говорить с ним, в том числе о чувствах. Их отношения улучшились, она стала чувствовать себя более спокойно и комфортно.

Когда психотерапевт задала вопрос о других межличностных отношениях, Синди заявила, что у нее нет близких друзей, за исключением матери. Она сказала, что у нее была подруга, но теперь она ей не доверяет. Кроме того, на новой работе она заставляет себя сближаться с людьми, налаживать с ними дружеские отношения. Психотерапевт поинтересовалась, нет ли у Синди знакомых, с которыми в перспективе можно было бы установить близкие отношения. Синди ответила утвердительно. Она также отметила, что, встретившись с новыми сотрудниками до психотерапии, скорее всего отнеслась бы к ним с подозрением, как к притворщикам. Теперь же она понимает, что они не такие. Они искренние и приятные люди. Психотерапевт завершила сессию, напомнив Синди о том, что доверие не возникает как по мановению волшебной палочки. Для построения доверительных отношений требуется немало времени, и они проходят ряд стадий.

Сессия 9

Синди попросила отменить сессию из-за напряженного рабочего графика, а также смерти одного из родственников мужа. Тем не менее на очередную сессию она принесла несколько заполненных анкет опаривания убеждений. Хотя, по ее словам, сейчас она не чувствует себя столь бодрой, как раньше, она решила заполнить несколько анкет на тему своих представлений об изнасиловании, поскольку эти представления заметно влияют на построение доверительных отношений с окружающими. (Две из этих анкет представлены в формах 2.4 и 2.5.)

Психотерапевт похвалила Синди за проделанную работу. Она сказала, что, судя по первой анкете, представления и чувства Синди не претерпели сильных изменений, однако ее суждения стали более обоснованными. Они обсудили, можно ли теперь, спустя 10 лет, сообщить близким о том, что произошло. Учитывая успехи и популярность Марка, многие люди вряд ли могли представить себе, что он мог совершить изнасилование. Не следовало забывать и о том, что некоторые так и не смогут в это поверить. Кроме того, можно было поговорить и с самим Марком. Синди с готовностью согласилась, а ее следующая анкета свидетельствовала о том, что она постепенно отходит от недоверия ко всем без исключения людям. Психотерапевт и Синди подробнее остановились на третьей анкете (см. форму 2.6).

Т: Почему вы хотите простить его?

С: Потому что он был мне не безразличен. А я не хочу ненавидеть человека всю жизнь. Т: В том случае, если вы не простите его, вам придется его ненавидеть всю жизнь?

- T: Как это может сказаться на ваших отношениях с братом?
- C: Не думаю, что я стану посвящать его в это. ...Я скучаю по нему. Мы не виделись больше месяца.
- T: Из-за этого? *{Делает круговое движение рукой, имея в виду психотерапию.}*
- C: Да.
- T: Что вы собираетесь в связи с этим предпринять?
- C: Моя мать тоже постоянно об этом спрашивает. Вероятно, он расстроен и ждет, чтобы я ему позвонила.
- T: Отдадите ли вы себе отчет в том, что помешали Марку совершенно испортить вам жизнь? Однако он по-прежнему мешает вам наладить отношения с братом, а вы ничего не предпринимаете. Вы опасаетесь, что ваш брат станет на сторону Марка?
- C: Нет, я боюсь причинить ему страдания.
- T: Это действительно так? Ведь он ваш брат и ему неприятно, что вы держите его на расстоянии. Возможно, выход из положения в том, чтобы сказать что-то типа: «Знаешь, давным-давно произошло кое-что, о чем ты не знаешь. Я не рассказывала тебе об этом, не желая причинить тебе страдания. С другой стороны, я вижу, что эта тайна мешает нашим отношениям. Мне необходимо знать, что ты меня поддерживаешь, чтобы мы могли вновь наладить наши отношения. Итак, я решила рискнуть, хотя и не уверена, что ты справишься». Это помогло бы ему понять многое, например, почему вы так сильно переменились и почему отделились от него.
- C: И от многих других людей.
- T: Конечно. Он уже достаточно взрослый, чтобы справиться с этой ситуацией.
- C: Часть меня хочет рассказать ему все, но другая часть боится причинить ему страдания.
- T: Вы не даете ему возможности сблизиться с вами, оказать вам поддержку.
- C: И я причиняю боль ему и себе, откладывая разговор с ним.
- T: Кроме того, вы защищаете его и не позволяете ему иметь собственное мнение.
- C: Но я точно знаю, что он очень расстроится.
- T: Это его дело.
- C: Но это связано с тем, что произошло. Это случилось со мной, и этого нельзя отрицать.
- T: Нет, это не совсем так. Вполне нормально ощущать печаль и боль, если с твоей сестрой приключилась беда. Эти чувства вполне оправданны, и он имеет на них право. Но не удивляйтесь, если он разозлится на вас за то, что вы не сказали ему об этом раньше. Иногда, когда вы слишком долго о чем-то умалчиваете, потом приходится объяснять, почему вы сразу же не поставили человека в известность. Иначе этот человек может настолько углубиться в тему «Почему ты мне не сказала?», что упустит смысл сообщения и позабудет о необходимости оказать вам поддержку, потому что будет обижен вашим недоверием. Вот почему вам следует добавить: «Я никогда не рассказывала тебе об этом, потому что знала, что ты расстроишься. Кроме того, я знала, что тебе придется пересмотреть свои отношения с другом (и так далее, что вы сочтете необходимым добавить). Теперь я вижу, что наши отношения разладились, и не хочу, чтобы так продолжалось и дальше».
- C: Верно. Думаю, я перестала с ним разговаривать именно по этой причине. Этот вопрос очень меня беспокоил.
- T: Вы можете также сказать, что проработали эту проблему во время психотерапии, а до этого вам было трудно разговаривать с ним.
- C: Да, надо обязательно поговорить с ним. Мне кажется, стоит нам сесть и все обсудить, как все разрешится. Может быть, мы даже станем ближе друг другу.

Т: Для этого все и делается. Это способ наладить ваши отношения, испорченные из-за Марка. Теперь вы можете это сделать. С: Знаете, я ведь долго злилась на брата из-за этого. Т: Возлагали на него часть вины? С: Почему я не могла поговорить с ним? Т: Вы могли и не могли одновременно. С: Я не была уверена, что ему можно доверять. Я не знала, чью сторону он примет.

Я сомневалась в том, что он поддержит меня, ведь Марк играл важную роль в его жизни. Т: Сейчас этого нельзя сказать наверняка. Ему придется принимать решение, но

это его дело, не ваше. С: Мне надо поговорить с ним.

Психотерапевт поинтересовалась у Синди, какие у нее отношения с отцом. В разговоре выяснилось, что Синди по-прежнему склонна его щадить, поскольку он страдал ПТСР со времен войны во Вьетнаме. Психотерапевт предложила прекратить его опекать и позволить ему выступить по отношению к своей дочери в роли отца.

На этом этапе психотерапевт предложила Синди информационный модуль на тему власти/контроля. Они обсудили эту информацию, и психотерапевт предположила, что Синди не могла контролировать свою жизнь в течение года после изнасилования. Синди согласилась, так как у нее также сложилось впечатление, что абсолютно все вышло из-под контроля. Они обсудили ее попытки, в том числе продолжающиеся в настоящее время, контролировать сообщаемую людям информацию с целью избавить их от страданий. Как обычно, Синди получила домашнее задание — на этот раз заполнить анкеты оспаривания убеждений на тему власти/контроля.

Сессия 10

Синди начала сессию, объявив о том, что написала брату письмо, которое, скорее всего, никогда не будет отправлено. Она прочла это письмо вслух. В письме она выразила сожаление о том, что вынуждена причинять брату страдания, и он, возможно, не поверит ей. Она в общих словах описала прошлые события и выразила свое отношение к ним.

Синди утверждала, что за время после последней сессии внимательно прочитала информационное сообщение, посвященное власти/контролю, и начала полагать, что не несет никакой ответственности за реакцию своего брата. Она заявила, что испытывает огромное облегчение, избавившись от этой ноши. Кроме того, изменилось и все ее мировоззрение. Оказывается, она слишком часто употребляла выражения в сослагательном наклонении (типа «надо было бы»), на пример, «Мне следовало бы контролировать ситуацию». Психотерапевт и Синди просмотрели последние заполненные ею анкеты (см. формы 2.7 и 2.8).

Синди рассказала, как ее представления о том, что она себя предала («Я могла что-то предпринять, но не сделала этого»), сказались на ее самооценке. То же самое относилось и к ее убеждению в том, что она не способна принимать правильные решения — после изнасилования появилось чувство собственной беспомощности. Естественный переход от чувства беспомощности и самооценки послужил мостиком к следующей теме — оценке других людей. Психотерапевт дала Синди

Перечень для выявления убеждений *{Identifying Assumptions List*, см. табл. 2.1) и предложила отметить все утверждения, с которыми она согласна. К счастью, отмеченными оказались всего несколько пунктов в разделах контроля и компетентности. Синди признала, что по части достижения успехов ей нечем похвастаться. Если Марк поступил в Военную академию с четырехгодичным курсом обучения, то ей удалось лишь окончить курсы делопроизводства.

Таблица 2.1. Перечень для выявления убеждений

Ниже перечислены некоторые убеждения, присущие отдельным людям. Обведите номера убеждений, с которыми *вы согласны*.

А. Принятие

1. Мне необходимо, чтобы обо мне заботился любящий человек.
2. Мне необходимо, чтобы меня понимали.
3. Меня нельзя оставлять одного.
4. Я никто, если меня не любят.
5. Быть отвергнутым — самое худшее, что может со мной произойти.
6. Я не выношу, когда на меня сердятся.
7. Я ощущаю потребность угождать другим людям.
8. Я не выношу разлуки с другими людьми.
9. Критика означает отвержение меня как личности.
10. Я не могу находиться в одиночестве.

Б. Компетентность

1. Я — то, чего я добился.
2. Я должен быть кем-то.
3. Успех — это все.
4. В жизни есть победители и проигравшие.
5. Если я не на вершине, я неудачник.
6. Если я поддамся кому-нибудь, я проиграю.
7. Мне необходимо быть лучшим, что бы я ни делал.
8. Успехи других мне мешают.
9. Если я совершу ошибку, я проиграю.
10. Неудача — это конец всему.

В. Контроль

1. Мне необходимо быть хозяином самому себе.
2. Только я способен решить свои проблемы.
3. Не выношу, когда другие говорят, что мне следует делать.
4. Я не могу попросить о помощи.
5. Окружающие постоянно пытаются меня контролировать.
6. Мне следует быть совершенным, чтобы полностью контролировать ситуацию.
7. Я либо полностью контролирую ситуацию, либо пускаю все на самотек.
8. Не выношу, когда ситуация выходит из-под контроля.
9. Правила и ограничения угнетают меня.
10. Если я позволю кому-нибудь слишком приблизиться ко мне, этот человек начнет меня контролировать.

Обсудив информационное сообщение, посвященное оценке и самооценке, психотерапевт предложила Синди заполнить анкеты оспаривания убеждений по любому из отмеченных в перечне пунктов, которые она считает точками фиксации,

а также любым другим точкам фиксации, связанным с оценкой и самооценкой. Синди получила и два других домашних задания: ежедневно делать и получать комплименты, а также делать себе приятное (без всяких условий). Выполнение этих заданий было призвано повысить ее самооценку.

Сессия 11

Синди заполнила анкету на тему самооценки, заявив при этом, что все написанное относится скорее к прошлому, чем к настоящему. Она считала, что в этой сфере у нее нет точек фиксации. Психотерапевт и Синди просмотрели пункты, отмеченные в перечне для выявления убеждений, чтобы убедиться в том, что она не ожидает от себя невозможного. Синди заявила, что в настоящее время она не видит здесь точек фиксации. Психотерапевт обсудила с Синди ее прежние представления о людях: Синди считала плохими всех, кто был богат или сделал хорошую карьеру. В настоящее время Синди понимала, что человек отнюдь не исчерпывается своими профессиональными достижениями. Каждый вовлечен во множество видов деятельности и отношений с членами семьи, друзьями и самим собой.

Психотерапевт поинтересовалась, как дела с умением говорить и выслушивать комплименты. Синди ответила, что с этим все в порядке. Конечно, ей пришлось делать над собой определенные усилия, чтобы обратиться к людям, она чувствовала себя неловко, но это давало хорошие результаты. Хотя у нее и нет привычки разговаривать с незнакомыми людьми, она попыталась заговорить с покупателями и служащими в бакалейном магазине. Мальчик-служащий был так польщен ее вниманием, что рассказал ей о своей коллекции комиксов. Синди обнаружила, что ей вполне по силам справиться с враждебно настроенной родственницей мужа, сказав ей комплимент. Психотерапевт спросила, удалось ли Синди самой получить комплименты. Да, от мужа. На этот раз она не отвергла его, а внимательно выслушала и поблагодарила за любезность.

Психотерапевт напомнила Синди о необходимости делать для себя что-то приятное, поскольку женщины часто вспоминают о себе только тогда, когда удовлетворены потребности всех других членов семьи, да и то если женщина считает, что она этого заслуживает, чего, к сожалению, в некоторых случаях никогда не бывает. Поэтому ей следовало каждый день доставлять себе удовольствие безо всяких условий. Синди сказала, что справилась с этим заданием; более того, оно было ей приятно. В результате она стала чувствовать себя более комфортно, а ее настроение улучшилось. Список приятных дел и комплиментов Синди представлен в форме 2.9.

После вопросов самооценки психотерапевт обсудила с пациенткой ее отношение к другим людям. Синди с готовностью признала, что до психотерапии эта проблема была для нее наиболее острой. Она была твердо убеждена в том, что окружающие в своем большинстве — дурные люди, злые и недружелюбные. Она много внимания уделила изучению информационного модуля по оценке окружающих, но в конце концов поняла, что эта проблема осталась в прошлом. Синди много поработала над этим вопросом во время психотерапии, что помогло ей изменить свои представления о людях. Она поняла, что следовала неким стереотипам, а также была склонна судить по первому впечатлению. Поскольку Синди удалось разобраться с этим вопросом, психотерапевт перешла к следующей теме близких отношений.

Используйте анкеты для проработки точек фиксации, связанных с самооценкой и оценкой окружающих. Убедитесь в том, что вы исследуете пункты, отмеченные в перечне для выявления убеждений в соответствующем порядке, касающиеся оценки и компетентности. Заполните анкеты в части некоторых наиболее проблемных убеждений.

В дополнение к анкетам практикуйтесь делать и получать комплименты в течение недели и делайте себе ежедневно как минимум один подарок (который не надо покупать или отрабатывать). Записывайте в анкете, что вы сделали для себя и кому сказали комплименты.

Дни недели	Вид деятельности	Комплимент
Четверг	2 часа читала	Женщине в очереди в бакалейном магазине
Пятница	Вторую половину дня занималась собой	Маме, которая купила красивое белье
Суббота	Смотрела фильм	Джиму (мужу) за помощь и заботу
Воскресенье		Джиму и его кузине, которая обычно брюзжит и язвит
Понедельник	Смотрела фильм в одиночестве	Мальчику-служащему в бакалейном магазине

Форма 2.9. Домашнее задание № 10

Т: Думаю, это важная для вас тема. Я уже упоминала о ней в самом начале в связи с марихуаной. Умение владеть собой — это способность себя успокоить в ситуации, когда возникают сильные эмоции. Это способность регулировать свое состояние, не прибегая к внешним действиям. Некоторые люди, например маленькие дети, младенцы, не умеют этого делать. Вспомните, ребенок может плакать, а через минуту уже смеется, потом опять плачет, его эмоции просто...

С: Да, скачут вверх и вниз.

Т: По мере взросления люди научаются сдерживать свои эмоции и управлять ими — то есть отчасти их контролировать, произвольно выражать или не выражать в зависимости от ситуации. При возникновении сильных эмоций, когда вы не знаете, что с ними делать, может появиться желание прибегнуть к внешним воздействиям. Именно так люди и приучаются к вредным привычкам. Например, многие имеют избыточный вес. В детстве, когда ребенок начинал плакать, ему совали в рот соску или что-нибудь еще, в результате он привык к этому. Став взрослым, расстроенный человек просто пододвигает кресло к холодильнику и ест, пока не успокоится. Или прибегает к какому-либо иному внешнему воздействию, например употребляет алкоголь или уходит в загул. Все эти привычки приводят к пристрастию, поскольку сам человек уже не контролирует себя; облегчение ему приносят внешние воздействия — и конечно, со временем требуется увеличивать силу такого воздействия.

С: Это отбрасывает назад, даже если...

Т: Да, и создает множество проблем иного рода. Можно пристраститься к алкоголю. Тогда это уже не костыль, а алкоголизм. Таким образом, возникает двойная проблема, причем весьма серьезная. Человек, склонный к кутежам, залезает в долги. Эти внешние воздействия бывает нелегко контролировать. У меня сложилось впечатление, что сначала вы использовали марихуану, в основном, чтобы расслабиться. Вам необходимо было...

С: Да, это так.

Т: Наркотик был вам нужен не для того, чтобы время от времени получать удовольствие; с его помощью вы пытались успокоиться, когда бывали чем-то расстроены.

С (*кивает*).

Т: Кроме того, мне представляется, хотя мы с вами об этом и не говорили, что это своего рода способ уйти от реальности.

С: Да. Марихуана действительно помогала смягчать проблемы. Когда я сидела расслабившись, мне казалось, что все хорошо... я хочу сказать, это как стакан вина, и это было здорово. Но потом, я думаю, это себя изжило. Теперь я подумываю о том, чтобы бросить курить. Знаете, размышляя об этом, я пришла к выводу, что начала курить, потому что никто из моих знакомых этого не делал. Мне хотелось быть особенной, показать всем, что я не такая, как они.

Т: Вы курите, когда волнуетесь, чтобы успокоиться?

С: Да, конечно.

Т: Возможно, на это стоило бы обратить внимание. В частности, что именно вызывает у вас желание курить? Нельзя ли в этой ситуации предпринять что-либо другое? Итак, прежде чем в следующий раз автоматически закурить, подумайте, нет ли другого способа успокоиться, поищите собственные резервы вместо того, чтобы прибегать к внешним воздействиям. Наша с вами цель — научиться контролировать свое состояние.

С: Да, я тоже так считаю.

Т: Теперь вы способны анализировать происходящее. Когда у вас возникнут неприятные чувства, вы будете знать, что они не будут усиливаться до бесконечности. Если вы прочувствуете их, они уменьшатся.

С: Обычно к тому моменту, когда появляется способность рассуждать, пик переживаний уже бывает пройден.

Т: Просто-напросто следует позволить им уйти. Но, с другой стороны, можно сказать: «Минуточку. А какие у меня есть доводы за и против?»

С: Да, именно это я имею в виду. Когда переживания наиболее остры, сказать себе: «Погоди».

Т: Иногда обнаруживается, что эмоции основаны на иррациональных убеждениях. Бывает и так, что переживания вполне оправданны. Если вы страдаете, вполне логично испытывать печаль или гнев. Если кто-то намеренно вас обидел, вы имеете полное право испытывать гнев; если вы что-то утратили, вполне уместна печаль. Вряд ли вы захотите отказаться от этих чувств, ведь они — неотъемлемая часть ваших переживаний.

С: Конечно.

Т: И еще. Я думаю, люди иногда прибегают к внешним способам воздействия на себя, когда считают, что их чувства неадекватны. В человеке скапливается столько всего, что он начинает за себя опасаться.

С: Верно. Или попросту надоедает думать об одном и том же и хочется выкинуть все из головы.

Т: К счастью, проблем у вас не так уж много, и вы вскоре сможете вернуться к нормальному состоянию. Отныне при возникновении того или иного чувства не подавляйте его, а сразу же проработайте, чтобы оно не накапливалось. Не следует говорить себе: «Если я дам себе волю, я просто утону в своих чувствах».

С: Хорошо.

Т: Если у вас не будет возникать чересчур интенсивных эмоций, вы перестанете нуждаться во внешних стимулах. Это...

С: Я не такая тревожная.

Т: Кроме того, полагаю, вам еще не раз пригодится полученный во время психотерапии опыт. В будущем при возникновении критической ситуации вы вспомни-

те, что однажды вам уже удалось справиться со своими проблемами, и вы скажете себе: «Я смогу это сделать. Я преодолею это». С: Да, вы правы... это действительно так... Удивительно, какое влияние это оказало на мои мысли и всю мою жизнь. И я жила с этим долгие годы.

Психотерапевт с пациенткой продолжили дискуссию на тему близких отношений с другими людьми (эта тема возникла в контексте доверия к себе и людям). Хотя пациентка не видела оснований для беспокойства, психотерапевт поставила перед ней цель налаживать отношения с другими людьми: с сотрудниками по работе, соседями, знакомыми детей по школе. Психотерапевт подчеркнула, что два последних модуля — долгосрочные, а их цель — выявить имеющиеся точки фиксации и поставить перед собой задачи на будущее. Домашнее задание на заключительную сессию предполагало работу над модулем близких отношений (с заполнением анкет) и повторное выполнение задания на «значение события», которое было дано Синди на первой сессии.

Сессия 12

Как обычно, психотерапевт начала сессию с вопроса о домашнем задании. Синди описала свое отношение к информационной части модуля, связав его с прошлыми переживаниями. Она завела речь о попытках подавить чувства «всякой дрянью». Психотерапевт поинтересовалась, остались ли у нее какие-либо точки фиксации, и Синди ответила, что взамен поставила перед собой цели и теперь куда яснее представляет себе, что надо делать. Что касается налаживания близких отношений с другими людьми, Синди понимала: это займет некоторое время. По ее мнению, к моменту изнасилования у нее не было опыта действительно близких отношений. Кроме того, она перестала стыдиться того, что подверглась изнасилованию, и считала это большим достижением.

Психотерапевт рассказала о дружбе в целом, напомнив Синди о том, что в дружбе принимают участие двое, а значит, это сложный процесс, который не всегда проходит гладко. Надо не бояться начать все заново. Кроме того, особенности другого человека (друга) никак ее саму не характеризуют.

Затем психотерапевт предложила Синди прочесть письменное задание на тему значения события. Вот что на этот раз написала Синди.

Изнасилование оказало на меня глубокое влияние. Мои взгляды, представления, мысли и чувства изменились. Я ничего не могу с этим поделать и, по правде говоря, не хотела бы этого. Теперь я понимаю, насколько необходимо привести все в равновесие и взглянуть на это событие более объективно. Оно стало частью моей жизни. Я стала такой, как сейчас, в том числе и из-за него. Я горжусь собой. Когда Марк меня изнасиловал, моя душа разбилась вдребезги. Мне потребовалось 10 лет, чтобы собрать осколки. Теперь рассыпанная картинка почти полностью готова. Несколько последних фрагментов становятся на свои места. Хорошо, когда можешь увидеть всю картинку целиком. Я вижу, кто я и кем я могу стать, и это прекрасно.

Мне тогда было всего 15 лет, и мое развитие еще не завершилось, поэтому я утратила свое «я». Мне кажется, что до настоящего момента я просто не знала, кто я. Полагаю, именно поэтому я была так печальна и одинока. Теперь я чувствую свою силу, мой дух окреп. Если верить в себя, можно достичь много. Я по-прежнему верю в то, что мне удастся реализовать себя. Я стала гораздо сильнее, чем прежде. Меня зовут. Пока не знаю, куда, но я явственно это ощущаю. С тех пор как я открылась себе, мое моральное состояние заметно улучшилось. Мои сны стали вещими, я по-

всюду вижу символические указания. Меня не покидает ощущение благополучия. В этом заслуга и девушки, которая была изнасилована, подверглась жестокому обращению и манипуляциям. Я никогда не забуду этого, но не позволю воспоминаниям разрушить мне жизнь. Эта девушка выжила и проделала огромную работу. Я думала, что на свете нет переживаний более травматичных, чем изнасилование. Надеюсь, моя точка зрения изменилась. Самое плохое, что может со мной произойти, — это опять потерять себя. Думаю, что теперь-то я этого не допущу. Я не желаю вновь спускаться в ад.

Я думаю, что Марк меня изнасиловал. Не я, а Марк контролировал ситуацию. Я была потрясена. Я не позволяла ему меня изнасиловать, жестоко со мной обращаться. Мне нечего стыдиться. Он несет полную ответственность за то, что произошло. Я не виновата в том, что подверглась изнасилованию. Я многому научилась в процессе психологического консультирования. Вначале я только знала, что это мне поможет. Я знала, что необходимо все менять. Мне пришлось столкнуться с демоном в себе самой. Эмоциональное изнасилование продолжалось долгие годы. Я надеялась, что консультирование поможет мне очиститься. Так и произошло. Я надеялась отыскать недостающие фрагменты, и мне это удалось. Было очень трудно расставаться с самой глубокой своей тайной, которая много лет отравляла мне жизнь. Благодаря искренней помощи я смогла извлечь на свет тайного демона и встретиться с ним лицом к лицу. Благодарю вас. В одиночку я бы с этим не справилась. Вы помогли мне, потому что вы проникли в святая святых. Вы стали первым человеком, которому я смогла довериться. Вы помогли мне растопить лед.

Синди закончила читать свою работу со слезами на глазах. Психотерапевт поинтересовалась, помнит ли Синди, что написала в первый раз. Синди ответила отрицательно, и психотерапевт прочла ей первую работу. Синди рассмеялась, когда услышала, что люди в большинстве своем жадные и эгоистичные. Психотерапевт отметила, что Синди проделала большой путь, с чем было трудно не согласиться. Синди с удивлением прочла свои первые анкеты А-Б-В. Психотерапевт обсудила с пациенткой весь процесс психотерапии, рассмотренные темы и точки фиксации, над которыми пришлось поработать. Синди согласилась, что ошибочные стереотипы мышления не так уж трудно изжить, если уделять этому внимание. В заключение она сообщила о том, что собирается наладить отношения с отцом и братом. Синди заявила, что отец всегда узнавал о ней только от матери. Раньше она никогда не говорила с ним откровенно.

Проспективное наблюдение

Через неделю после завершения курса психотерапии Синди встретилась с другим клиницистом с целью оценки своего состояния после вмешательства. Соответствующие результаты приведены в табл. 2.2. Состояние Синди более не удовлетворяло критериям для постановки диагноза ПТСР или депрессии по интервью SCID, кроме того, все показатели у нее заметно снизились. Показатели Синди в процессе проспективного наблюдения через три и шесть месяцев после прекращения психотерапии также представлены в табл. 2.2. Через две недели после завершения курса Синди позвонила психотерапевту и сообщила, что рассказала брату про изнасилование. Как и следовало ожидать, ему было неприятно узнать, что его лучший друг изнасиловал его сестру. Поскольку Синди отдалась от него, он считал, что она в некоторой степени винит и его. На следующий день он позвонил ей, и они обсудили эту проблему более подробно. Синди была

довольна, что рассказала все брату, который знал теперь, почему она его сторонилась. Кроме того, она отдавала себе отчет в том, что он сам должен решать, что ему делать. Во всяком случае, она просила не связываться с Марком до тех пор, пока она сама не сочтет нужным встретиться с ним. Синди сказала, что использует анкеты, чтобы принять решение о необходимости разговора с Марком, проработать свои ожидания и возможные последствия этой встречи.

Таблица 2.2. Показатели Синди до и после вмешательства

Метод измерения	До вмеша- тельства	После вме- шательства	Спустя 3 месяца	Спустя 6 месяца
Шкала симптомов ПТСР	34	2	5	3
Повторные переживания	6	1	2	1
Избегание	14	1	2	2
Перевозбуждение	14	0	1	0
Шкала влияния событий (IES)	65	16	18	17
Интрузия	35	13	10	13
Избегание	30	3	8	4
Опросник депрессии Бека	36	0	1	4
Методика SCL-90-R				
Соматизация	1,67	0,42	0,25	0,25
Обсессивно-компульсивная симп- томатика	2,40	0,70	0,20	0,10
Межличностная сенситивность	3,11	0,11	0,22	0,11
Депрессия	2,31	0	0,23	0,31
Тревога	2,40	0	0,10	0
Враждебность	2,00	0	0,17	0
Фобическая тревога	0,57	0	0	0
Параноидная идеация	2,33	0,33	0,33	0,50
Психотизм	2,00	0,30	0,10	0,20
ПТСР	2,25	0,29	0,11	0,11

Через три месяца после вмешательства Синди пришла на повторное обследование. Она по-прежнему чувствовала себя хорошо, а ее показатели по ПТСР и депрессии оставались низкими. Через несколько недель после этой встречи психотерапевт попросила Синди прийти, чтобы, дав интервью, помочь завершить эту главу. В целом пациентка чувствовала себя хорошо, ее взгляды на жизнь сильно изменились. Она ощущала печаль, когда случайно вспоминала про Марка, и полагала, что ей потребуется время на то, чтобы полностью избавиться от неприятных эмоций.

Синди сообщила, что отношения с братом стали напряженными, потому что он подталкивал ее к встрече с Марком в надежде, что они смогут разрешить эту проблему. Она не уступала его настояниям и по-прежнему пребывала в нерешительности, стоит ли говорить с Марком, хотя считала, что эти вопросы не слишком ее заботят в настоящее время. Она хотела подождать, пока окончательно не окрепнет и не обретет уверенность, чтобы выдержать любую его реакцию. На работе у Синди все было благополучно, и отношения в семье складывались как нельзя лучше. Синди сообщила, что отношения с отцом постепенно налаживаются. Они не затрагивали тему изнасилования, но стали больше времени проводить вместе, обсуждать ее дела на работе и семейные новости. Синди удалось завязать дружеские отношения с коллегами по работе, в том числе приобрести несколько близких друзей. Она сообщила, что проявляет осторожность и не говорит с новыми друзьями на личные темы, а ее откровенность сродни попытке окунуть палец в холодную воду. Вместе с тем она была приятно удивлена реакциями друзей на ее самораскрытие и убедилась в их добром к ней отношении и честности. Бывшая подруга также пыталась восстановить прерванные отношения, но Синди заявила, что им нечего сказать друг другу, и попросила оставить ее в покое. Синди выразила облегчение, что ей, наконец, удалось избавиться от неприятного знакомства, и гордилась собой, что решительно повела себя в разговоре по телефону, не поддавшись соблазну встретиться.

В заключение психотерапевт поинтересовалась у Синди ее реакцией на успешных или влиятельных людей, о которых она слышала в новостях или с которыми встречалась лично. Синди ответила, что, сталкиваясь с жадными людьми, не принимает этого близко к сердцу, а лишь пожимает плечами: «Да, ничего не поделаешь».

Литература

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Astin, M. C., Foy, D. W., Layne, C. M., & Camilleri, A. J. (1994). Posttraumatic stress disorder in victimization-related traumata. In J. Briere (Ed.), *Assessing and treating victims of violence* (pp. 39-51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R., & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5-20.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C., Taylor, A. E., Vollmer, A., & Loos, W. R. (1996). Psychophysiology of posttraumatic stress disorder related to motor vehicle accidents: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 742-751.
- Blank, A. S. (1993). The longitudinal course of a posttraumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 3-23). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Boudewyns, P. A., Hyer, L. A., Peralme, L., Touze, J., & Kiel, A. (1995, August). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and exposure therapy in the treatment of combat-related PTSD: An early look*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New York.
- Bowen, G. R., & Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 2, pp. 280-291). New York: Brunner/Mazel.

- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 529-535.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1995, June). *Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related post-traumatic stress disorder: A controlled study*. Paper presented at the 4th Annual Meeting of the European Conference on Traumatic Stress, Paris.
- Chemtob, C., Roitblat, H., Hamada, R., Carlson, J., & Twentyman, C. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I. Rusek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive behavioral therapies for trauma* (pp. 278-304). New York: Guilford Press.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 453-459.
- Davidson, J., & Smith, R. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 459-475.
- Denny, N., Robinowitz, R., & Penk, W. (1987). Conducting applied research on Vietnam combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 56-66.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Falsetti, S., Resnick, H., Resick, P., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161-162.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (manual)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B. (1996). Conceptualization of post-trauma psychopathology as failure in emotional processing. In P. A. Resick (Chair), *Information processing theories: Variations on a theme*. Symposium conducted at the 12th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.
- Foa, E. B., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-474.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-725.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Frank, E., & Stewart, B. D. (1983). Treating depression in victims of rape. *Clinical Psychologist*, 36, 95-98.
- Frank, E., & Stewart, B. D. (1984). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-277.
- Girelli, S. A., Resick, P. A., Marhoefer-Dvorak, S., & Kotsis-Hutter, C. (1986). Subjective distress and violence during rape: Their effects on long-term fear. *Victims and Violence*, 1, 35-46.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.

- Holmes, M. R., & St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 417-433.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychological Medicine*, 4, 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311-325.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). The Mississippi Scale for combat-related PTSD: Studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment*, 1, 53-55.
- Keane, T. M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S. P., Blanchard, E. B., Thomas, R. G., Hsieh, F. Y., & Lavori, P. W. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914-923.
- Keane, T. M., Malloy, P. E., & Fairbank, J. A. (1984). The empirical development of an MMPI-subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). Post-traumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-43.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment and treatment. *Clinical Psychologist*, 36, 92-95.
- Kilpatrick, D. G., St. Amick, A. E. (1985). Rape trauma. In M. Hersen & C. Last (Eds.), *Behavior therapy casebook* (pp. 86-103). New York: Springer.
- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 113-143). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H., & Freedy, J. (1991). *The potential Stressful Events Interview*. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina, Charleston.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33, 479-489.
- Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1983). Treatment of rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165-185). New York: Human Sciences Press.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 113-141). New York: Brunner/Mazel.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-498). New York: Plenum Press.
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87-101.
- Kleinknecht, R., & Morgan, M. P. (1992). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43-49.
- Koss, M. P., & Harvey, M. (1991). *The rape victim: Clinical and community approaches to treatment* (2nd ed.). Lexington, MA: Stephen Greene Press.

Социальное тревожное расстройство¹

Синтия Л. Тек, Ричард
Г. Хеймберг, Дебра А.
Хоуп

Чрезмерная застенчивость и некоторая заторможенность наблюдаются у многих людей. По этой причине дискомфорт, связанный с социальным тревожным расстройством, часто преуменьшается: это настолько распространенное явление, что не требует разработки специальных терапевтических программ (медикаментозных или психологических). Но это далеко не так. У огромного числа людей, страдающих социальной тревогой (более 10% населения), относительно несложный процесс взаимодействия с другими людьми или становления отношений вызывает настоящий ужас. Соответственно страдает карьера, да и общий уровень жизни. В этой главе рассматривается самый эффективный при социальном тревожном расстройстве психотерапевтический подход. В последнее время появляется все больше доказательств высокой эффективности когнитивно-поведенческой групповой психотерапии по сравнению с менее фокусированными методами, результаты которых не отличаются устойчивостью. Таким образом, когнитивно-поведенческая групповая психотерапия является одним из лучших среди современных психотерапевтических методов и отличается действенностью и специфичностью. В настоящем издании приведено описание случая из клинической практики, по которому можно судить о зрелости и клинической эффективности этого замечательного психотерапевтического подхода к проблеме социальной тревоги. Дэвид Х Барлоу

Более 20 лет назад социальная фобия была включена как диагностическая категория в третье издание «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (*DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980*). С тех пор понимание природы социальной тревоги как расстройства, требующего клинического вмешательства и соответствующей психотерапии, существенно расширилось. В то время социальная фобия считалась одной из специфических (простых) фобий, при этом предполагалось, что эти страхи не выходят за рамки одной-двух социальных ситуаций и редко приводят к заметному нарушению функционирования в основных социальных ролях. Проведенные за это время исследования показали, что социальная фобия представляет собой важную проблему в области

психического здоровья и может приводить к значительным трудностям в жизни человека. Впоследствии в *DSM-IV* (APA, 1994) рабочая группа по тревожным расстройствам переименовала социальную фобию в «социальное тревожное расстройство», чтобы подчеркнуть серьезность этой проблемы, не соответствующую старому названию «социальная фобия» (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers, & Stein, 2000). В соответствии с нашими рекомендациями термин «социальное тревожное расстройство» сохранил свое значение и в последующих изданиях *DSM*, он же используется и в данной главе.

Сначала мы предлагаем вниманию читателя краткий обзор литературы по исследованиям в области эпидемиологии и психопатологии социального тревожного расстройства. Далее пойдет речь об эффективности комбинированной психотерапии с использованием экспозиции и когнитивной перестройки. Затем описывается созданная нами теоретическая модель социального тревожного расстройства, послужившая основой при разработке терапевтических стратегий, которым посвящена остальная часть главы. Большое внимание уделяется описанию конкретного психотерапевтического подхода, когнитивно-поведенческой групповой психотерапии (КПШ) при социальном тревожном расстройстве, также сюда включено подробное описание случая из практики.

Психопатология и эпидемиология

В соответствии с *DSM-IV* (APA, 1994) пациенты с социальным тревожным расстройством испытывают страх перед разного рода социальными контактами и ситуациями, связанными с выступлением перед людьми. Это страх быть осужденным или осмеянным из-за неадекватных действий или тревожной симптоматики, которую человек может проявить на глазах у других людей. Пациенты, страдающие этим расстройством, могут испытывать страх перед одной-двумя специфическими социальными ситуациями, например перед публичными выступлениями или перед выполнением сложных движений. Эти движения могут быть слабо координированы или вследствие сильного тремора выполняться плохо (например, движения во время приема пищи, а также при печатании, письме, игре на музыкальном инструменте в присутствии других людей). Гораздо чаще встречается страх перед ситуациями социальных контактов (например, на свиданиях, при необходимости проявить настойчивость) и выступлениями перед группой людей (в частности, на собраниях, во время интервью при приеме на работу) (Holt, Heimberg, Hope, & Liebowitz, 1992; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986). Некоторые пациенты с социальным тревожным расстройством испытывают страх перед большей частью социальных контактов с окружающими. Патология пациентов с множественными страхами социальных контактов классифицируется как «генерализованный» подтип расстройства. Пациенты либо избегают вызывающих страх социальных ситуаций, либо, несмотря на сильную тревогу, могут сознательно к ним стремиться.

Глубина проблемы

Страх и избегание, связанные с социальным тревожным расстройством, часто мешают в профессиональной деятельности и общении. Не удивительно, что люди, которые страдают этими расстройствами, не могут найти квалифицированной

работы. Например, один из наших бывших пациентов снова обратился к нам за терапией, а до этого ему, несмотря на высшее образование, в течение долгого времени приходилось работать ночным сторожем. Ему приходилось отказываться от повышения в должности и повышения зарплаты, поскольку он не мог руководить своими двумя подчиненными. Кроме того, для людей с социальным тревожным расстройством весьма характерны страдания от полной изоляции и одиночества. Один из типичных примеров — 59-летний мужчина-пенсионер, направленный не так давно на психотерапию в нашу клинику. Он жил один, а его контакты с окружающими ограничивались встречами с психиатром по одному разу в неделю в течение часа, недолгим разговором с продавцами и телефонным разговором с сестрой (жившей в другом штате). Пациент рассказал, что у него нет друзей, нет и никогда не было близких людей, хотя он переживал от отсутствия общения. На самом деле, абсолютное большинство пациентов с социальным тревожным расстройством считают, что их карьера, учеба и/или общее социальное функционирование серьезно страдают из-за социальных страхов (Liebowitz, German, Fyer, & Klein, 1985; Schneier et al, 1994; Turner et al., 1986). В нашем исследовании средний возраст выборки составил 30 с небольшим лет, и тем не менее половина этих людей никогда не состояли в браке, что превышает показатели при паническом расстройстве с агорафобией (36%) и общем тревожном расстройстве (18%) (Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990). Учитывая все страдания, которые выпадают на долю пациентов с социальным тревожным расстройством, не удивительно, что они низко оценивают качество своей жизни (Safren, Heimberg, Brown & Holle, 1997) и по сравнению с людьми без психических расстройств чаще склонны к суицидальным мыслям (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992).

Распространенность

В эпидемиологическом исследовании (*Epidemiologic Catchment Area, ECA*) было установлено, что социальное тревожное расстройство по распространенности составляет 2,4% (Schneier et al., 1992). Вместе с тем эти наблюдения основаны на ограничительных критериях *DSM-III* и интервью, в которых задавались вопросы о наличии страха и нарушении функционирования всего лишь в трех ситуациях, имеющих отношение к социальному тревожному расстройству. В ходе относительно свежего исследования (*National Comorbidity Survey, NCS*) использовались критерии *DSM-III-R* (APA, 1987), сходные с текущими критериями *DSM-IV*: выяснялось наличие страха и нарушение функционирования в шести социальных ситуациях. Результаты показали, что распространенность социального тревожного расстройства составляет 13,3%, что делает его третьим по массовости психическим расстройством, более распространены только выраженные депрессии и алкоголизм (Kessler et al, 1994).

Последний анализ данных исследования *NCS* показал, что социальное тревожное расстройство продолжает распространяться. Группой авторов (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996) была показана высокая склонность к этому расстройству у молодых людей (в возрасте 15-24 лет распространенность составила 14,9%; 25-34 лет — 13,8%) по сравнению с более старшими возрастными группами (возраст 35-44 года — 12,1%; 45-54 года — 12,2%). При более детальном анализе было выявлено, что социальное тревожное расстройство в по-

хожих группах было представлено исключительно страхом публичных выступлений (Heimberg, Stein, Hiripi & Kessler, 2000). Другая группа исследователей (Magee et al., 1996) выяснила, что у молодых респондентов социальные страхи более разнообразны. Таким образом, при сохранении этих тенденций социальное тревожное расстройство в перспективе перерастет в еще большую проблему для психотерапевтов и врачей.

В общей популяции социальное тревожное расстройство чаще встречается среди женщин, чем среди мужчин (Kessler et al., 1994; Schneier et al., 1992), хотя среди потенциальных пациентов в равной степени представлены оба пола (Chapman, Mannuzza, & Fyer, 1995). Результаты эпидемиологического исследования EGA свидетельствуют о бимодальном распределении возраста начала расстройства, с пиками в группе моложе пяти лет и в 11-15 лет (Juster, Brown & Heimberg, 1996; Schneier et al., 1992). Младшая группа представлена теми, кто не может указать точного времени появления социального страха, нарушающего функционирование. По-видимому, социальное тревожное расстройство — это хроническое состояние, от которого большинству пациентов так и не удастся полностью избавиться (Chartier, Hazen, & Stein, 1998; Reich, Goldenberg, Vasile, Goisman & Keller, 1994).

Подтипы социального тревожного расстройства и избегающее расстройство личности

Гетерогенность индивидов, страдающих социальным тревожным расстройством, стала предметом широкого обсуждения и пристального изучения. Попыткам разделить пациентов с социальным тревожным расстройством, основываясь преимущественно на типе пугающей ситуации или распространенности страха, были посвящены многочисленные исследования. В настоящее время Руководство *DSM-IV* включает специальную диагностическую категорию — «генерализованный» подтип социального тревожного расстройства, если страхи затрагивают большинство социальных ситуаций. Лица со страхами ограниченного числа социальных ситуаций объединяются рядом исследователей в «негенерализованный» подтип. Хотя в *DSM-IV* не выделен как таковой «негенерализованный» подтип расстройства, в нем описывается разнородная группа пациентов, чьи страхи не подходят под определение «генерализованного» тревожного расстройства: сюда относятся, в частности, люди со страхом какой-то конкретной ситуации, а также пациенты, испытывающие страх в социальных ситуациях нескольких типов, но не в большинстве (APA, 1994). Для людей с генерализованным социальным тревожным расстройством характерно более раннее начало болезни, сами пациенты моложе, имеют сравнительно низкое образование, чаще не имеют работы и семьи в отличие от страдающих негенерализованным расстройством (Heimberg, Hope, Dodge, & Becker, 1990; Mannuzza et al., 1995). При генерализованном расстройстве более выражены депрессия, социальная тревога, избегание, страх негативной оценки и нарушение функционирования (см., например, Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Herbert, Hope, & Bellack, 1992; Turner, Beidel, & Townsley, 1992). Имеются данные о том, что у пациентов с негенерализованным социальным тревожным расстройством при попадании в вызывающую страх социальную ситуацию наблюдается более учащенное сердцебиение, чем у пациентов с генерализованным

социальным тревожным расстройством (Boone et al, 1999; Heimberg, Hope, et al., 1990; Levin et al., 1993). В нескольких исследованиях было показано, что пациенты с генерализованным социальным тревожным расстройством достигают такого же улучшения, как и при негенерализованном подтипе, в ходе когнитивно-поведенческой терапии (Brown et al, 1995; Hope, Herbert, & White, 1995; Turner, Beidel, Wolff, Spaulding, & Jacob, 1996). Вместе с тем, поскольку у пациентов с генерализованным подтипом до терапии имеются серьезные нарушения, проблем и после терапии остается достаточно много.

Включение генерализованного подтипа в *DSM-III-R* и *DSM-IV* показывает трудности, с которыми встречаются врачи при дифференциальной диагностике социального тревожного расстройства и избегающего расстройства личности (ИРЛ). Второе расстройство характеризуется стойким стереотипом избегания социального общения, чувством собственной неадекватности и чрезвычайной чувствительностью к неодобрению и критике (APA, 1994). В шести недавно проведенных исследованиях (Brown et al, 1995; Herbert et al., 1992; Holt, Heimberg & Hope, 1992; Schneier, Spitzer, Gibbon, Fyer, & Liebowitz, 1991; Tran & Chambless, 1995; Turner et al., 1992) относительная доля пациентов с социальным тревожным расстройством, которым был поставлен дополнительный диагноз ИРЛ, варьировалась от 22 до 70%. В каждом случае исследователи пришли к выводу, что признаки ИРЛ чрезвычайно распространены у страдающих социальным тревожным расстройством, особенно при генерализованной тревожности. В действительности, средний процент пациентов с генерализованным социальным тревожным расстройством, состояние которых удовлетворяет критериям для ИРЛ, составляет 57,6%, в то время как средняя распространенность негенерализованного социального тревожного расстройства с ИРЛ не превышает 17,5% (Heimberg, 1996). Вместе с тем неясно, являются ли социальное тревожное расстройство и ИРЛ самостоятельными нозологическими формами. Возможно, ИРЛ — это то же социальное тревожное расстройство, но протекающее более тяжело (Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer, & Liebowitz, 1993). Более того, нет фактических оснований полагать, что состояние какого-либо пациента может удовлетворять критериям для ИРЛ, но не критериям для социального тревожного расстройства (Widiger, 1992). Что касается исходов терапии, некоторые исследователи обнаружили, что в процессе терапии состояние пациентов с сопутствующим диагнозом ИРЛ и без него имеет сходную динамику (Brown et al., 1995; Hofmann, Newman, Becker, Taylor & Roth, 1995; Hope, Herbert & White, 1995), хотя другие (Chambless, Tran & Glass, 1997; Feske, Perry, Chambless, Renneberg & Goldstein, 1996) считают, что наличие сопутствующего ИРЛ снижает эффект психотерапии.

Сопутствующие расстройства оси I

Социальное тревожное расстройство часто сочетается с другими расстройствами и, как правило, предшествует им (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993; Magee et al., 1996; Schneier et al, 1992). В исследовании *EGA* было выявлено, что 69% лиц с социальным тревожным расстройством страдали сопутствующими расстройствами, которые перечислены в *DSM-III* (Schneier et al, 1992). Чаще всего сопутствующими диагнозами являются простая фобия (59%), агорафобия (45%), алкоголизм (19%) и выраженная депрессия (17%). В исследовании *NCSy* 81% пациентов с социальным тревожным расстройством были дополнительные диаг-

нозы по *DSM-III-R* (Magee et al., 1996). В последнем исследовании наиболее часто встречалась следующая сопутствующая патология: простая фобия (37,6%), выраженная депрессия (37,2%), алкоголизм (23,9%) и агорафобия (23,3%). По сравнению с социальным тревожным расстройством без осложнений сочетание социального тревожного и другого психического расстройства повышает риск неблагоприятного исхода, суицидальных попыток и вероятность обращения за медицинской, в том числе психиатрической, помощью (Schneier et al., 1992). Лица с социальным тревожным расстройством и сопутствующей патологией страдают более выраженными нарушениями ролевого функционирования и чаще используют медикаменты для коррекции симптоматики социальной тревоги, чем лица с неосложненным социальным тревожным расстройством (Magee et al., 1996).

Клинические наблюдения согласуются с результатами эпидемиологических исследований и показывают, что значительная часть людей, страдающих социальным тревожным расстройством, злоупотребляет алкоголем (Amies, Gelder, & Shaw, 1983; Schneier, Martin, Liebowitz, German & Fyer, 1989; Thyer et al., 1986). Широкая распространенность социального тревожного расстройства обнаружена среди алкоголиков (Chambless, Cherney Caputo, & Rhein-stein, 1987; Mullaney & Trippett, 1979; Smail, Stockwell, Canter, & Hodgson, 1984). Результаты перечисленных исследований говорят о том, что у большинства пациентов были симптомы социальной тревоги еще до того, как они стали злоупотреблять алкоголем, отсюда возможен вывод, что алкоголь способствует ослаблению социальной тревоги. Практически ничего не известно о том, как пациенты, злоупотребляющие психоактивными веществами и имеющие при этом социальное тревожное расстройство, реагируют на вмешательство по поводу социальной тревоги или злоупотребления психоактивным веществом. Как правило, из исследований эффективности вмешательств по поводу социального тревожного расстройства пациенты с выраженной наркозависимостью исключаются (см., например, Heimberg et al., 1998). Обычно, даже если не стоит вопрос об участии в исследовании, пациентам с социальным тревожным расстройством предлагается проводить вмешательство по поводу социальной тревоги только после того, как они решат свои проблемы с психоактивными веществами. К сожалению, в большей части традиционных программ борьбы с зависимостью от химического вещества, в том числе программ таких организаций, как «Анонимные алкоголики», социальное тревожное расстройство может неблагоприятно повлиять на ход вмешательства, так как обычно это групповая психотерапия. Социальная тревога может также уменьшить комплаинс с программами диспансерного наблюдения или повлиять на способность индивида к выполнению ряда требований по соблюдению трезвого образа жизни (например, при устройстве на работу, налаживании новых отношений с людьми, не употребляющими алкоголь и наркотики). В настоящее время мы проводим исследование эффективности терапии социального тревожного расстройства при профилактике рецидивов социальной тревоги и токсикомании среди ветеранов, которые недавно в условиях стационара прошли курс терапии по поводу зависимости от химического вещества.

В исследовании, проведенном нами не так давно, было показано, что 51% из группы (141 пациент) с социальным тревожным расстройством имеет сопутствующее тревожное или аффективное расстройство (Erwin, Heimberg, Juster, & Mindlin, в печати). Согласно *DSM-IV*, самыми распространенными сопутствующими

диагнозами являются генерализованное тревожное расстройство (23,4%), специфическая фобия (12,8%) и выраженное депрессивное расстройство (12,8%). В этом исследовании было показано, что депрессивное расстройство связано с более серьезными, чем тревожное расстройство, нарушениями функционирования, которые проявлялись до проведения когнитивно-поведенческой групповой психотерапии и спустя 12 недель после нее. Тем не менее, как и в других исследованиях, нами не было обнаружено связи эффекта терапии с наличием сопутствующих диагнозов (Turner et al., 1996; van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 1997).

Эффективность сочетанием когнитивной и экспозиционной терапии

Много внимания уделяется изучению эффективности широкого спектра методов терапии социального тревожного расстройства, включая тренинг социальных умений; когнитивную психотерапию; различные формы релаксации; мысленную, ролевую экспозицию и экспозицию *in vivo*; межличностную психотерапию; краткосрочную психотерапию Морита (*brief Morita therapy*); динамически ориентированную поддерживающую психотерапию и различные формы фармакокоррекции. В данном обзоре анализируются лишь результаты тех исследований, в которых экспозиция сочеталась с когнитивной терапией, что, собственно, и является предметом нашего обсуждения. (Читателям, которые интересуются литературой, посвященной эффективности терапии при социальном тревожном расстройстве, рекомендуется ознакомиться с обзорами: Juster & Heimberg, 1998; Cohn & Hope; Fresco, Erwin, Heimberg & Turk; Turk, Coles, & Heimberg.)

Применение сочетания когнитивной и экспозиционной терапии гораздо чаще привлекало исследователей, чем любые другие методы терапии социального тревожного расстройства. Это не удивительно, поскольку подходы, основанные на экспозиции, хорошо зарекомендовали себя при терапии многих тревожных расстройств. Добавление когнитивного компонента не всегда повышает эффективность экспозиции при других тревожных расстройствах. Вместе с тем некоторые исследователи (например, Butler, 1989) полагают, что страх негативной оценки окружающих, который испытывают страдающие социальным тревожным расстройством, в значительной мере когнитивный феномен, поэтому когнитивные интервенции в этой группе могут быть особенно действенными.

Группа исследователей проводила сравнительный анализ эффективности экспозиции *in vivo* и комбинированного вмешательства, состоявшего из экспозиции *in vivo* в сочетании с программой управления тревогой (Butler, Cullington, Munby, Amies, & Gelder, 1984). Эта программа включала отвлечение внимания, релаксацию и мысленную беседу с самим собой; в качестве контрольной группы служили пациенты, находящиеся на «листе ожидания». Хотя тренинг управления тревогой не является чисто когнитивным вмешательством, последующий анализ показал, что наиболее действенным компонентом данного пакета многие участники сочли мысленную беседу с самим собой. Чтобы заполнить время, потраченное на программу управления тревогой, в группе с одним только экспозиционным вмешательством было введено нейтральное вмешательство; к сожалению, многие участники изначально сомневались в его действенности. По результатам тестиро-

вания сразу после вмешательства оба экспозиционных вмешательства оказались более эффективными по сравнению с контрольной группой «листа ожидания» по ряду показателей, в то же время не выявлено заметных различий в действенности двух видов активного вмешательства. Вместе с тем в период проспективного наблюдения участники, проходившие помимо экспозиции тренинг управления тревогой, чувствовали себя лучше.

Меттик с коллегами (Mattick & Peters, 1988; Mattick, Peters, & Clarke, 1989) провели два исследования по оценке эффективности комбинированного подхода: экспозиции под руководством психотерапевта и экспозиции *in vivo* в сочетании с когнитивной перестройкой. В первом исследовании (Mattick & Peters, 1988) результаты сочетанной психотерапии сопоставлялись с результатами применения одной только экспозиции. Участники обеих групп почувствовали заметное улучшение, хотя более значительные результаты были получены при сочетанной психотерапии, особенно в период проспективного наблюдения, который длился три месяца. Во втором исследовании эффективность сочетанной психотерапии сравнивалась с эффективностью каждого ее компонента в отдельности, а также с контрольной группой пациентов из «листа ожидания». Все виды активной терапии по сравнению с контрольной группой привели к улучшению состояния пациентов, однако характер изменений был связан с видом терапии. Симптомы фобического избегания уменьшились у всех участников активной терапии; кроме того, в группах, где проводилась когнитивная перестройка отдельно или в сочетании с экспозицией, появились улучшения в таких симптомах, как иррациональные убеждения и негативная самооценка. По сравнению с другими видами терапии сочетанный подход привел к наиболее значительному влиянию на поведенческие характеристики. У пациентов, с которыми проводилась только когнитивная перестройка, позитивные изменения поведения были менее заметны, однако у них положительная динамика наблюдалась и в период проспективного наблюдения, в то время как группа, где проводилась одна только экспозиция, сделала шаг назад. По-видимому, к снижению страха негативной социальной оценки приводил каждый из компонентов сочетанной терапии, однако самым эффективным методом можно считать сочетание экспозиции и когнитивной психотерапии.

В недавно проведенном исследовании (Taylor, Woody, Koch, et al., 1997) пациенты с социальным тревожным расстройством были разбиты методом случайных чисел на восемь терапевтических групп, состоявших из восьми индивидуальных встреч продолжительностью по два часа, в которых использовалась когнитивная перестройка, или нейтральное вмешательство (этот метод в свое время применял Батлер с коллегами (Butler et al., 1984)). После нескольких сеансов когнитивная перестройка дала больший эффект по сравнению с контрольным видом психотерапии. Этот эффект проявился в более выраженном снижении общей тяжести социального тревожного расстройства, повышении самооценки, снижении беспокойства о негативной социальной оценке, уменьшении социального избегания, уменьшении числа негативных и увеличении числа позитивных мыслей во время поведенческого теста. После таких встреч все пациенты участвовали в восьми двухчасовых сеансах экспозиции в группе. По завершении второго этапа терапии в обеих группах наблюдалось значительное улучшение. Кроме того, снизилась выраженность социальной тревоги и социального избегания. Не было выявлено различий между группой пациентов, в которой проводилась когнитивная

перестройка, и группой, участники которой проходили контрольную психотерапию. Сходные результаты показало применение экспозиции в отдельности и в сочетании с предшествующей когнитивной перестройкой. Таким образом, в данном исследовании было показано, что предшествующая экспозиции когнитивная перестройка не повышает эффективности терапии.

В первом исследовании, посвященном оценке КПГТ (само вмешательство описано в качестве примера из клинической практики), группа авторов (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985) проводила курс лечения семи пациентов с социальным тревожным расстройством с разным временем начала вмешательства. Пятеро из них страдали страхом публичных выступлений, двое — другими социальными страхами. В этой ранней версии КПГТ использовались мысленная экспозиция, экспозиция с проигрыванием ролей в ходе групповых психотерапевтических сеансов, когнитивная перестройка и домашнее задание на экспозицию *in vivo*. По окончании 14-недельной терапии все участники почувствовали заметное улучшение по поведенческим, физиологическим и субъективным показателям. У шести из семи участников улучшение сохранялось в течение полугода последующего наблюдения.

В описанных в литературе исследованиях, посвященных эффективности терапии социальных тревожных расстройств, практически не отслеживалось влияние плацебо-эффекта, т. е. влияние неспецифических результатов психотерапии. Эта задача намного сложнее, чем сравнение с группой из «листа ожидания», поскольку участники контрольной группы должны быть активно включены в процесс терапии, которая при этом не содержит действенных с теоретической точки зрения компонентов. Эту задачу поставили перед собой и успешно с ней справились Хеймберг и Додж с коллегами (Heimberg, Dodge et al., 1990). Ученые провели оценку КПГТ, сокращенной по времени до 12 недель и не включавшей мысленной экспозиции. В контрольной группе проводились лекции на тему социального тревожного расстройства и индифферентная поддерживающая групповая психотерапия. Как и ожидалось, участники обеих групп почувствовали заметное улучшение по большинству показателей. Вместе с тем при оценке их состояния после терапии непосредственно и в процессе полугодового проспективного наблюдения оказалось, что пациенты, прошедшие КПГТ, впереди по ряду ключевых показателей. В частности, тревога во время индивидуальных поведенческих тестов у них была менее выражена, и в общем их состоянии клиницисты чаще отмечали положительную динамику. По результатам шестимесячного проспективного наблюдения внутренний диалог участников, получавших КПГТ, был чаще «позитивным», что является признаком психического здоровья в соответствии с моделью «состояний ума» (*states of mind*) Шварца и Гарамони (Schwartz & Garamoni, 1989). Внутренний диалог пациентов из контрольной группы, напротив, был скорее «негативным монологом», что отражает самое неблагоприятное описанное в этой модели патологическое состояние ума (Bruch, Heimberg, & Hope, 1991). Пятилетнее проспективное наблюдение группы пациентов из исходной выборки показало, что по сравнению с контрольной терапией, длившейся столько же по времени, после КПГТ достигнутые позитивные изменения были более устойчивы (Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993).

Лукас и Телч (Lucas & Telch, 1993) сравнивали эффективность КПГТ, индивидуальной версии этого метода, и той же контрольной терапии, которую прово-

дили Хеймберг и Додж с коллегами (Heimberg, Dodge et al, 1990). Оба варианта КППТ дали сходные результаты, которые превосходили эффект контрольной терапии. Между тем групповая версия гораздо экономичнее индивидуальной.

Анализируя компоненты терапии КППТ, группа авторов (Hore, Heimberg, & Bruch, 1995) пришла к выводу, что даже отдельно взятые КППТ и экспозиция гораздо более эффективны, чем контрольная терапия. В первое время после курса сложилось впечатление, что по сравнению с терапией КППТ отдельно взятая экспозиция более эффективна, однако эти различия исчезли в процессе шестимесячного проспективного наблюдения. Вместе с тем авторы отмечают, что при обоих типах вмешательства успехи были ниже, чем предполагалось, и это, возможно, связано с уменьшением числа участников психотерапевтических групп.

В ряде исследований проводилось сравнение эффективности КППТ и фармакотерапии (Gelernter et al, 1991; Heimberg et al., 1998; Otto et al., 2000). В самом крупном из подобных исследований (Heimberg et al., 1998) методом случайных чисел 133 пациента были отнесены к группам, в которых использовалась КППТ, терапия фенелзином, плацебо в виде таблеток или индифферентная психотерапия, разработанная Хеймбергом и Доджем с коллегами (Heimberg, Dodge et al, 1990). Из 133 пациентов 107 полностью прошли терапевтический курс продолжительностью 12 недель. Сразу после терапии независимые эксперты определили как «позитивный отклик на вмешательство» состояние 21 из 28 пациентов, с которыми проводилась терапия КППТ (75%), и 20 из 26 пациентов, получавших фенелзин (77%). Реакция пациентов, получавших фенелзин и КППТ, была более выраженной по сравнению с реакцией пациентов, получавших таблетки плацебо или проходивших курс индифферентной психотерапии. Хотя группы с использованием фенелзина и КППТ практически не отличались друг от друга по реакции на терапию, по оценкам независимых экспертов, в ряде важных показателей эффекта терапии пациенты, получавшие фенелзин, достигли лучших результатов.

На втором этапе исследования с пациентами, позитивно отреагировавшими на КППТ или терапию фенелзином, проводилась поддерживающая психотерапия продолжительностью шесть месяцев с последующим полугодовым проспективным наблюдением (Liebowitz et al., 1999). Известно, что рецидив был у 50% пациентов, положительно отреагировавших на фенелзин, и только у 17% пациентов, откликнувшихся на терапию КППТ. Самые большие различия частоты рецидивов в зависимости от вида терапии наблюдались у пациентов с генерализованным социальным тревожным расстройством. Таким образом, терапия КППТ позволяет достичь более устойчивого эффекта и в большей степени снизить вероятность рецидива, чем лечение фенелзином. Эффективность сочетания этих двух методов пока еще не определена, но наша исследовательская группа вплотную занимается этим вопросом.

В целом можно сделать вывод, что сочетанная терапия, в которую входят экспозиция и когнитивная перестройка, в частности КППТ, — эффективный метод при социальном тревожном расстройстве. Является ли этот метод самым эффективным или же он просто более эффективен, чем экспозиция или когнитивная психотерапия, проводимые в отдельности, в настоящее время судить трудно, поскольку исследований, посвященных этому вопросу, немного, и они дают противоречивые результаты. Вместе с тем клиницистам важно представлять, что после интенсивной КППТ или подобного ей сочетания экспозиции и когнитивной пере-

стройки клинически значимые изменения произойдут в состоянии трех из четырех пациентов с социальным тревожным расстройством.

Объединенная когнитивно-поведенческая модель

Мы представляем вниманию читателей модель социального тревожного расстройства, которая дает концептуальную основу для процедур, используемых в КПГТ. Более подробно теоретические и эмпирические основы этой модели приведены в других источниках (Rapee & Heimberg, 1997; Turk, Lerner, Heimberg & Rapee, 2001). Мы начнем с описания убеждений лиц с социальным тревожным расстройством и искажений, которые происходят у них в процессе переработки информации. Определив эти основы, мы рассмотрим процесс конфронтации пациентов, страдающих социальным тревожным расстройством, с пугающей социальной ситуацией.

Убеждения

Пациентам с социальным тревожным расстройством, как правило, присущи некоторые общие негативные убеждения, касающиеся самих пациентов и окружающих их людей. Им кажется, что окружающие их не принимают. По данным исследований, лица с социальным тревожным расстройством склонны к непроизвольным мыслям, большинство которых связаны с самоуничтожением (Stopa & Clark, 1993). Такие люди считают, что в социальных ситуациях они ведут себя глупо и абсурдно и при этом склонны оценивать свое поведение гораздо строже, чем объективные наблюдатели (Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993). Данные о том, что пациенты с социальной тревогой действительно отличаются неловким поведением в социальных ситуациях, весьма противоречивы: одни исследователи наблюдают социальную неловкость (Halford & Foddy, 1982; Stopa & Clark, 1993), а другие — нет (Rapee & Lim, 1992). Более того, многие люди с социальной тревогой беспокоятся о том, что ее симптомы будут заметны окружающим, поскольку им кажется, что это свидетельствует о наличии у них психического заболевания (Roth, Antony & Swinson). Социально тревожные люди демонстрируют более выраженную симптоматику тревоги по сравнению с нетревожными людьми, поэтому не удивительно, что тревожные люди склонны переоценивать заметность симптоматики для окружающих по сравнению с оценками объективных наблюдателей (Alden & Wallace, 1995; Bruch, Gorsky, Collins & Berger, 1989; McEwan & Devins, 1983).

Люди с социальным тревожным расстройством также склонны к негативным убеждениям в отношении других людей и социальных взаимоотношений. Полагая, что окружающие критически к ним относятся, они заранее уверены в негативной оценке со стороны других людей (Leary, Kowalski & Campbell, 1988). Социальная тревога проявляется также в том, что ожидания окружающих сильно завышаются пациентом, и он сомневается в своей способности им соответствовать (см., например, Wallace & Alden, 1991). С позиции психобиологической/этологической теории социальной тревоги (Trower & Gilbert, 1989) люди с социальным тревожным расстройством обычно считают социальные отношения не-

рархическими и конкурентными по природе и сомневаются в своей способности вести борьбу за доминантные позиции в социальной группе. В отличие от них нетревожные люди склонны видеть в социальных отношениях сотрудничество и поддержку. Результаты исследований согласуются с этими представлениями: страдающие социальным тревожным расстройством реже включаются в борьбу за доминирование (например, отдают приказы или перебивают других людей) в процессе межличностного взаимодействия по сравнению с нетревожными представителями контрольной группы (Walters & Hope, 1998).

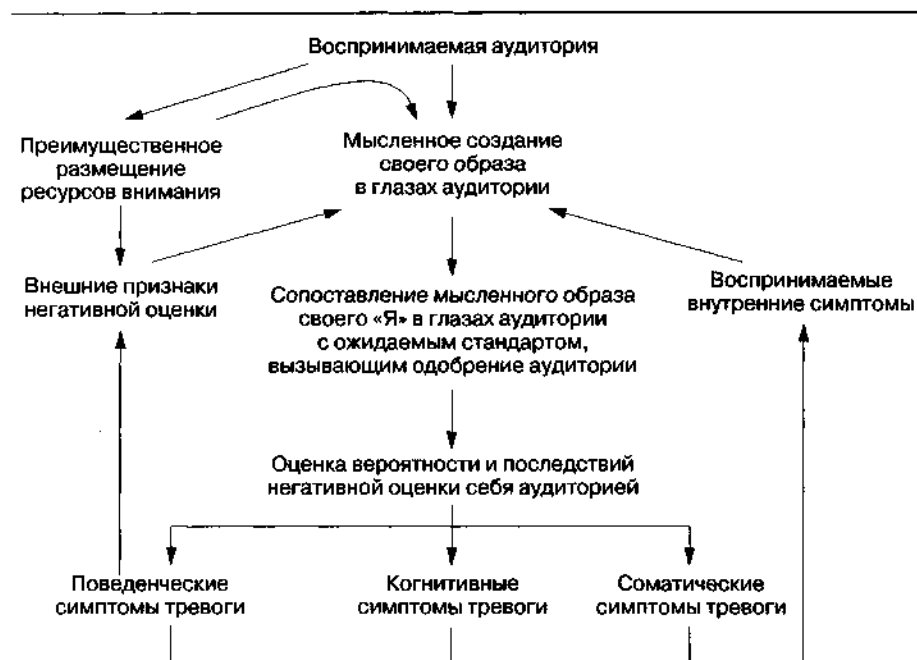
Переработка информации

Модели переработки информации предполагают, что патологический страх представлен в памяти тревожно-специфическими когнитивными конструктами (Foa & Kozak, 1986; Lang, 1977). Эти когнитивные конструкты представляют собой обобщенную информацию о характеристиках вызывающего страх стимула; информацию о вербальных, физиологических и поведенческих реакциях на этот стимул, а также о связанном с опасностью значении стимула и реакций на него. Этот конструкт активируется, когда текущие переживания совпадают с воспоминаниями о вызывающей страх ситуации. Активация конструктов страха, по-видимому, облегчает переработку угрожающей информации (Dalglish & Watts, 1990). Лица с социальным тревожным расстройством чрезмерно внимательно пытаются выявить потенциально угрожающие социальные факторы (см., например, Asmundson & Stein, 1994; Hope, Rapee, Heimberg & Dombeck, 1990; Mattia, Heimberg & Hope, 1993). Вследствие повышенного внимания к особенностям социальной ситуации их важность может переоцениваться. Например, едва заметное заикание воспринимается как непреодолимое препятствие к общению с окружающими, обрекающее индивида на одиночество и социальную изоляцию (Amir, Foa & Coles, 1998; Stopa & Clark, 2000). Эти искажения в распределении внимания и суждениях мешают индивиду усваивать информацию, противоречащую существующим у него убеждениям (например, зевки или нахмуренные лица замечаются чаще, чем улыбки и одобрительные кивки, которые если и замечаются, то, как правило, интерпретируются негативно). Повышенное внимание к социально угрожающей информации проявляется в восприятии, кодировании и запоминании информации, относящейся к текущей социальной задаче, что потенциально может привести к нарушению социального функционирования (например, замечания невпопад, трудности при формулировании вопросов). Всего несколько групп исследователей изучали вопрос, действительно ли социально-тревожные люди хуже запоминают информацию о социальном окружении. Результаты оказались противоречивыми: некоторые исследователи разделяют это мнение (Bond & Omar, 1990; Daly, Vangelisti & Lawrence, 1989; Hope, Heimberg & Klein, 1990; Kimble & Zehr, 1982), но не все (Stopa & Clark, 1993).

Модель

Характерные представления людей с социальным тревожным расстройством о себе и других людях и способы переработки ими социальной информации являются предпосылками восприятия социальной ситуации как потенциально опасной (форма 3.1). Лица с социальным тревожным расстройством конструируют мыс-

ленные образы того, какими они выглядят в глазах других людей, основываясь на материалах долговременной памяти, внутренних признаках, в частности соматических ощущениях, и внешних признаках, например выражении лица других людей. Эти мысленные образы обычно бывают сильно искаженными и служат потенциальными предпосылками для преувеличения негативной оценки. Например, одна пациентка описывала, как в подростковом возрасте сверстники издевались над ней потому, что она была высокой и худощавой. Сейчас эта чрезвычайно привлекательная женщина около 30 лет описывает свою внешность как «бандитскую», «нелепую» и «отвратительную». Аналогичным образом нам приходилось встречать пациентов, которые говорили, что краснеют, как раки, попадая в центр внимания, и основывали свои впечатления о себе на прошлых комментариях других людей о своей склонности краснеть и внутренних ощущениях теплоты. Недавние исследования показали, что люди с социальным тревожным расстройством в тревожных социальных ситуациях формируют образы и воспоминания, отражающие избыточное внимание к себе, причем в этих образах и воспоминаниях они видят себя словно со стороны, а не воспринимают ситуацию своими глазами (Coles, Turk, Heimberg & Fresco, 1999; Hackmann, Surawy & Clark, 1998; Wells, Clark & Ahmad, 1998; Wells & Papageorgiou, 1999). Напротив, нетревожные представители контрольной группы склонны хранить в памяти угрожающие социальные ситуации изнутри, т. е. видеть их собственными глазами (Coles et al.).



Форма 3.1. Модель образования и поддержания тревоги в ситуациях, связанных с социальной оценкой. Воспроизведено по: Behaviour Research and Therapy, 35, R. M. Rapee & R. G. Heimberg, Cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia, p. 743, copyright 1997, с разрешения издательства Elsevier Science (**схема**)

Убежденность в отсутствии принятия со стороны окружающих, их критическом настрое, а также в важности общественного мнения вынуждает людей с социальным тревожным расстройством проявлять повышенную настороженность в отношении знаков неодобрения (например, нахмуренного выражения лица, зевков), а также аспектов собственного поведения или внешности, которые могут быть негативно оценены (например, неуместное замечание, не подходящая к случаю одежда, видимая дрожь). Переключение внимания на внешние признаки социальной угрозы, искаженное мысленное представление о себе, а также требования текущей социальной задачи *могут* привести к действительному нарушению функционирования (которое, в свою очередь, вызовет реальную негативную социальную реакцию). По сути дела, лица с социальным тревожным расстройством действуют в соответствии с парадигмой «многозадачности», что повышает риск нарушения социального функционирования (MacLeod & Mathews, 1991). Следовательно, сложные социальные задачи с большей вероятностью, чем менее сложные, приведут к срыву из-за нехватки ресурсов для обработки информации.

Люди с социальным тревожным расстройством пытаются угадать, какие требования окружающие («аудитория») предъявят к ним в той или иной ситуации. Характеристики аудитории (например, значимость, привлекательность) и особенности ситуации (например, степень формальности) влияют на предполагаемые требования аудитории. Исходя из этого, индивиды с социальным тревожным расстройством пытаются судить, насколько их представления о своем внешнем облике и поведении соответствуют предполагаемым требованиям аудитории. Из-за негативных представлений о себе такие люди склонны завышать вероятность неблагоприятного исхода, например утраты социального статуса или отвержения. Негативные прогнозы приводят к появлению когнитивной, поведенческой и физиологической симптоматики тревоги, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на представлениях о себе, и порочный круг тревоги замыкается.

Как действует КПП" в рамках приведенной модели

КППТ направлена на прерывание описанного выше порочного круга тревоги с помощью сочетанного применения техники когнитивной перестройки и экспозиции. По сути дела, КППТ включает в себя три основных компонента: представление вызывающих страх социальных ситуаций во время психотерапевтических встреч, когнитивную перестройку и домашние задания на экспозицию *in vivo* с соответствующей когнитивной перестройкой. Представления (экспозиции) во время психотерапевтических сеансов являются основой терапии, причем когнитивная терапия проводится до, во время и после экспозиции. Домашние задания обычно представляют собой ситуацию, которой была посвящена экспозиция во время встречи. Как и во время сеанса, пациентам предлагается самостоятельно проводить когнитивную перестройку до, во время и после экспозиции *in vivo*.

Экспозиция помогает прервать спираль социальной тревоги тремя способами (Hope, Heimberg, Juster & Turk, 2000). Во-первых, она предотвращает избегание вызывающих тревогу социальных ситуаций и позволяет пациенту пережить естественное уменьшение тревоги в результате достаточно продолжительного неоднократного пребывания в ситуации (привыкание). Во-вторых, экспозиция дает пациенту возможность попрактиковаться в использовании поведенческих навы-

ков, необходимых в ситуациях, которых он долго избегал (например, назначение свидания, проявление настойчивости). В-третьих, экспозиция позволяет пациенту тестировать реальность своих дисфункциональных убеждений (например, «Я не смогу произнести ни слова во время ланча с коллегами»).

Когнитивная перестройка также играет заметную роль в прерывании цикла социальной тревоги (Норе et al, 2000). Она позволяет пациенту ставить под сомнение свои убеждения, допущения и ожидания, оценивать их правомерность или полезность, а также более реалистично относиться к ситуации. Очевидно, эта техника направлена на когнитивные симптомы тревоги. Вместе с тем по мере осознания пациентом степени реальной опасности, сопряженной с социальными ситуациями, физиологические симптомы тревоги часто уменьшаются. Кроме того, пересмотр пациентом своих убеждений часто ведет к высвобождению ресурсов внимания, которое переключается на выполнение текущей социальной задачи, что, в свою очередь, улучшает социальное функционирование. Наконец, изменение дисфункциональных убеждений помогает предотвратить избегание и повышает способность пациента достичь успехов и иметь возможность получить естественное положительное подкрепление от окружающих.

Общие принципы когнитивно-поведенческой групповой терапии

Групповые виды терапии

Виды терапии, основанные на экспозиции, невозможны без сильного желания и смелости самих пациентов. В конце концов, цель экспозиции — заставить человека встретиться лицом к лицу со своими многолетними страхами. Хотя на первый взгляд групповая терапия пациентов с социальной тревогой кажется противоестественной, у нее есть ряд преимуществ. В частности, речь идет о викарном научении, знакомстве с другими людьми со сходными проблемами, публичном заявлении о своем желании измениться, наличии партнеров для проигрывания ролей и аудитории, способной противодействовать искаженному мышлению (Heimberg & Becker, 2001; Sank & Shaffer, 1984). В силу природы самого расстройства многие пациенты с социальной тревогой никогда не делятся своими страхами с другими людьми и соответственно склонны считать свои проблемы уникальными. Группа предоставляет широкие возможности для участников обнаружить, что есть и другие люди со сходными мыслями и чувствами, а также обменяться друг с другом способами преодоления своих страхов. В качестве иллюстрации приведен диалог между участником группы (УП) и психотерапевтом (Т1), который состоялся на сеансе когнитивно-поведенческой групповой терапии.

УП: Я всю неделю думал о том рациональном ответе, который дал на прошлой неделе С. Д. (другой участник группы).

Т1: Вы имеете в виду ответ, прозвучавший после экспозиции, которая заключалась в разговоре с соседом по дому?

УП: Да. «Я несу ответственность только за 50% разговора» — вот что он сказал. Когда я неделю назад услышал эти слова, в моей голове словно зажглась лампочка. Я, как и С. Д., понял, что всегда считал себя обязанным поддерживать разговор. Когда я представил себе, что отвечаю всего лишь за 50% разговора,

мне стало гораздо легче. Если разговор обрывается, это не обязательно моя вина. Другой человек тоже несет за это ответственность.

Этот участник группы сумел принять позитивное утверждение и ввести его в собственный арсенал стратегий преодоления тревоги.

Одна из трудностей, с которой встречаются терапевты при работе с такими пациентами, заключается в необходимости создавать реалистичные и в то же время контролируемые экспозиционные ситуации (Butler, 1989). Групповая терапия значительно облегчает эту задачу, поскольку другие участники группы и два психотерапевта могут в случае необходимости взять на себя роль действующих лиц или членов аудитории. Кроме того, участники группы способны предоставить более точную обратную связь о поведении пациента в ситуации экспозиции, чем один психотерапевт. В процессе когнитивной перестройки участники группы часто указывают друг другу на искажение мышления, что показано в следующем диалоге.

T1: Итак, ваша автоматическая мысль звучит примерно так: «Я не знаю, как поддерживать разговор», верно?

УГ1: Да, меня это мучает постоянно.

T1: Хорошо, давайте спросим у других участников группы, что они об этом думают. Кому доводилось разговаривать с УГ1 или видеть, как она с кем-нибудь беседует?

УГ2: Ну, например, во время ролевой игры на прошлой неделе она разговаривала со мной.

T2: Ладно, а как насчет других разговоров, помимо экспозиции, возможно, перед началом сессии...

УГ3: Мы вместе вышли к машинам и немного поговорили на стоянке.

[Несколько других участников также припоминают подобные разговоры.]

T1: Итак, складывается впечатление, что вы неоднократно беседовали с другими участниками группы.

УГ1: Выходит, так.

T1: Группа, как она с этим справлялась? Как проходили ваши разговоры?

УГ2: Прекрасно. Она задала вопрос о моей машине, поскольку подыскивала себе новую. Мы обсуждали в основном эту тему.

[Другие участники дают сходные ответы.]

T1: Отлично, УГ1, группа не согласна с тем, будто вы не знаете, как поддерживать разговор.

УГ1: Думаю, я всегда слишком нервничала и не задумывалась над тем, что иногда разговоры идут сами собой.

Состав групп

Наш опыт работы с группами, в которые входило от четырех до семи участников, подсказывает, что идеальное количество участников — шесть. При таком размере группы каждому пациенту гарантировано персональное внимание на каждой втрой встрече. С другой стороны, если один или двое участников не приходят или отказываются от терапии, оставшиеся вполне могут продолжать работать в том же составе.

В идеале группа должна быть сбалансирована по полу, возрасту и выраженности социального тревожного расстройства. Если один из участников заметно отличается от других, он будет чувствовать себя неловко и, скорее всего, уйдет из

группы. Как правило, каждый участник должен иметь возможность с кем-то идентифицироваться (например, должен быть второй человек в возрасте после 45 лет, второй человек с относительно высоким уровнем функционирования), если это возможно.

При решении вопроса о целесообразности применения КПГТ в том или ином конкретном случае социального тревожного расстройства следует учитывать несколько моментов. Во-первых, нельзя включать в группу пациентов, которые с высокой вероятностью могут помешать групповому процессу. Как правило, речь идет о лицах с выраженной личностной патологией (например, пограничным расстройством личности) или враждебно настроенных, требующих к себе исключительного внимания. Иногда социальные страхи у пациента настолько сильны, что он проявляет враждебность для поддержания дистанции с окружающими. В таких случаях требования, которые предъявляет к нему группа, могут спровоцировать подобную реакцию. Такой пациент не только не извлечет пользы для себя, но и мешает другим участникам. Во-вторых, некоторые пациенты с социальным тревожным расстройством испытывают в обстановке группы столь выраженную тревогу, что просто не могут с ней справиться. Практически все потенциальные участники группы в той или иной степени испытывают тревогу, особенно на первых встречах. Вместе с тем время от времени встречаются люди, которые настолько сильно испытывают тревогу, что утрачивают способность усваивать материал во время встречи, пытаются уменьшить тревогу за счет избегания и неучастия в терапии. Таким людям КПГТ вряд ли поможет. В-третьих, социальное тревожное расстройство должно быть основной проблемой пациента. Это требование подразумевает необходимость тщательного диагностического обследования. Когда социальное тревожное расстройство сочетается с другими расстройствами, клиницист с пациентом должны прийти к совместному решению о том, в чем же заключается основная проблема. Более того, когда принимается решение о включении в группу пациента с выраженной сопутствующей патологией, клиницист с пациентом должны четко представлять, что групповой процесс будет преимущественно фокусироваться на социальной тревоге, поэтому другие проблемы пациента в контексте группы вряд ли будут затронуты.

В частности, следует тщательно оценить выраженность сопутствующей депрессии. Значительная депрессия является неблагоприятным прогностическим признаком для КПГТ (Chambless et al., 1997). Пациенты с социальным тревожным расстройством и сопутствующей депрессией приступают к терапии в более тяжелом состоянии, чем те, кто страдает изолированным социальным тревожным расстройством; кроме того, функционирование первых гораздо хуже спустя 12 недель после КПГТ, несмотря на положительную динамику в процессе терапии (Erwin et al.). Нарушения функционирования вследствие социальных страхов приводит к появлению дисфории у многих индивидов с социальным тревожным расстройством. Эта дисфория, как правило, не тяжелая, а выраженность ее снижается по мере уменьшения социального тревожного расстройства. Вместе с тем пациент с тяжелой депрессией и социальным тревожным расстройством, особенно если он испытывает выраженную сонливость, ангедонию или безнадежность, может плохо отреагировать на активную терапию или же оказать негативное влияние на группу. Клиницисту следует тщательно оценивать состояние пациента, прежде чем решать вопрос применения терапии депрессии до КПГТ.

Время и обстановка

Группы КПГТ обычно собираются раз в неделю на двухчасовые встречи, общее число которых в итоге составляет 12. Согласовывая время сессий, психотерапевты должны учитывать предстоящие праздники или другие мероприятия, чтобы обеспечить регулярность встреч. Эпизодических пропусков занятий вряд ли удастся избежать, но длительные перерывы существенно замедляют процесс психотерапии.

Поскольку встречи занимают долгое время, возникает необходимость в комфортной обстановке психотерапии. В идеале это гостиная, но обставленная таким образом, чтобы участникам группы не приходилось сидеть слишком близко друг к другу. Следует предусмотреть возможность передвигать мебель, поскольку экспозиция с проигрыванием ролей часто требует смены обстановки.

В помещении для групповых занятий должен быть аудиоманитофон и доска или пюпитр с большими листами бумаги. Запись встреч позволяет психотерапевтам в промежутках между сеансами обсудить групповую динамику друг с другом или с начальством. Это освобождает от необходимости делать записи по ходу сессий и позволяет получить обратную связь. На больших листах бумаги или доске удобно записывать автоматические мысли и рациональные ответы, появившиеся в процессе когнитивной перестройки. Наглядная информация чрезвычайно полезна, поскольку участники группы склонны к чрезмерной тревоге и могут не обращать внимания на важные моменты. Пюпитр с бумагой удобнее, чем доска, поскольку всегда есть возможность вернуться к предыдущему материалу. В любом случае, пюпитр или доска должны быть переносными, чтобы во время сессионных экспозиций ими мог пользоваться каждый пациент.

Психотерапевты

На первый взгляд КПГТ представляет собой серию структурированных, но специфичных мероприятий. На самом деле это сложный процесс, предполагающий участие опытных групповых психотерапевтов. Начинающим психотерапевтам трудно обеспечить вовлеченность в работу всех участников, планировать время встречи, отслеживать эмоциональное состояние пациентов в процессе обсуждения сложных моментов когнитивной работы и экспозиции. Психотерапевты должны как минимум владеть техниками экспозиции и знать принципы и процедуры когнитивной психотерапии. Кроме того, они должны хорошо представлять себе когнитивно-поведенческую модель социального тревожного расстройства и процедуру КПГТ. Было бы идеальным, если бы у психотерапевтов был опыт работы с пациентами, страдающими социальным тревожным расстройством.

Чрезвычайно трудно и утомительно проводить КПГТ в одиночку, поэтому рекомендуется участие двух психотерапевтов. В случае необходимости один из них может быть менее опытным при условии, что до начала работы в группе он прошел специальную подготовку, в том числе обучение процедуре ролевой игры. В идеале психотерапевты должны быть разнополыми. Они не только по-разному интерпретируют пугающие пациентов социальные взаимодействия, но и могут проявлять гибкость в качестве партнеров по ролевой игре. Например, в экспозициях к ситуациям с назначением свидания обязательно участие партнера соответствующего пола. Другие пациенты могут испытывать сильную тревогу или

давать непредсказуемые реакции, что препятствует их включению в игру в качестве партнеров, особенно на начальном этапе терапии.

Потенциальные участники группы, получающие психофармакологическую терапию

При обращении за психотерапевтической помощью многие пациенты с социальным тревожным расстройством уже принимают один или несколько психотропных препаратов. Некоторые из них при помощи лекарств пытаются избавиться от социальной тревоги, а другие лечатся от депрессии или других сопутствующих расстройств. Исследования показали, что некоторые фармакологические препараты эффективны при социальном тревожном расстройстве (см. обзор Fresco et al). Тем не менее некоторые пациенты не чувствуют облегчения от приема препаратов, поэтому и обращаются к психотерапии в надежде получить дополнительный эффект. Другие пациенты удовлетворены эффективностью лекарственных препаратов, однако хотели бы обходиться без них; они рассчитывают, что психотерапия позволит со временем прекратить фармакотерапию.

При сочетании психосоциального и фармакологического вмешательства при социальном тревожном расстройстве возможны следующие варианты: 1) лекарственная терапия может помещать пациенту извлечь пользу из когнитивного реструктурирования и экспозиции (например, малая выраженность тревоги во время экспозиций); 2) лекарственная терапия может повысить эффективность когнитивно-поведенческой интервенции (например, тревога снижается до уровня, который позволяет пациенту выдержать экспозицию и извлечь из нее пользу); 3) отсутствие заметных положительных или отрицательных последствий от сочетания психотерапии и фармакотерапии. Недостаточное число исследований на эту тему не позволяет прийти к окончательному выводу о взаимном влиянии КПГТ и медикаментозного вмешательства. Еще больше усложняет дело тот факт, что разные типы лекарственных препаратов по-разному взаимодействуют с когнитивно-поведенческой психотерапией.

Мы не требуем от своих пациентов прекращения лекарственной терапии до начала КПГТ (если это не требуется по специальной исследовательской методике). Вместе с тем мы предлагаем им выбрать для себя определенную дозу препарата до начала психологического вмешательства с тем, чтобы во время него воздержаться от коррекции дозы или перехода на новый препарат. Прежде всего мы ожидаем от своих пациентов положительной динамики симптомов вследствие проделанной во время психотерапии работы, а не изменения лекарственной терапии. Пациентам, принимающим лекарства «в случае необходимости», нерегулярно, рекомендуем воздерживаться от приема препаратов перед групповыми сессиями или выполнением домашнего задания на экспозицию.

Диагностическое исследование перед вмешательством

Результаты диагностической оценки играют важнейшую роль в планировании КПГТ. Хотя применение всех перечисленных здесь диагностических методов вряд ли уместно в большинстве случаев, мы настоятельно рекомендуем поведен-

ческое тестирование и использование диагностического инструментария, построенного по типу самоотчетов и клинического опроса интервью (см. подробный обзор диагностических подходов при социальном тревожном расстройстве, Hart, Jack, Turk & Heimberg, 1999).

Первичный визит

Клиническое интервью

Для текущей оценки эффективности КПТ всем пациентам, обратившимся по поводу вмешательства в клинику терапии тревожных состояний для взрослых Темпльского университета, предлагается Диагностическое интервью с целью выявления тревожных расстройств на протяжении жизни для *DSM-IV (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version, ADIS-IV-L*; DiNardo, Brown & Barlow, 1994). Интервью *ADIS-IV-L* позволяет оценить прошлые и текущие тревожные расстройства, распространенную сопутствующую патологию (например, аффективные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами), а также расстройства, имеющие нечто общее с тревожными концептуально или по форме проявления симптоматики (например, ипохондрия). Туда включены также скрининговые вопросы для выявления других серьезных расстройств (например, психотических). В наши исследования мы включаем пациентов с основным диагнозом социального тревожного расстройства, клиническая тяжесть которого по *ADIS-IV-L* составляет 4 балла и выше (по шкале от 0 до 8 баллов), при этом состояние пациента должно отвечать критериям для постановки диагноза социального тревожного расстройства. Интервью *ADIS-IV-L* позволяет с достаточной надежностью (каппа = 0,64) поставить диагноз социального тревожного расстройства (DiNardo, Brown, Lawton & Barlow, 1995). Частично структурированные интервью, подобные *ADIS-IV-L*, имеют ряд преимуществ. Они помогают провести дифференциальную диагностику и дать систематическую оценку широкому спектру сопутствующей патологии, которая может повлиять на ход вмешательства при социальном тревожном расстройстве. Тем не менее диагностические интервью требуют затрат времени и сил. Независимо от того, используется ли частично структурированное или неструктурированное интервью, тщательная диагностическая оценка снижает риск возникновения проблемных ситуаций впоследствии. Если психотерапевт спустя несколько недель после начала группового вмешательства придет к выводу о том, что симптоматика пациента объясняется совершенно другим расстройством или же пациент имеет слишком выраженную сопутствующую патологию, что не позволяет ему работать над своими проблемами в группе, это будет иметь серьезные негативные последствия как для самого пациента, так и для остальных участников группы.

Методики самоотчета

По окончании интервью *ADIS-IV-L* наши пациенты получают пакет бланков самоотчета, которые им предстоит заполнить дома и переслать в клинику. Результаты *ADIS-IV-L* и самоотчетов используются для принятия решения о целесообразности включения данного пациента в КПТ или другие программы вмешательства, проводящиеся в клинике терапии тревожных состояний для взрослых Темпльского университета.

Методики оценки социальной тревоги. Судить о выраженности социальной тревоги и избегания можно благодаря ряду опросников. Шкала тревоги, связанной с социальным взаимодействием (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*) и Шкала социальной фобии (*Social Phobia Scale, SPS*) специально разработаны для диагностики проявлений социального тревожного расстройства и часто используются вместе (Mattick & Clarke, 1998). Шкала *SIAS* предназначена для выявления страха взаимодействия в парах или группах, а шкала *SPS* позволяет оценить боязнь находиться на виду у окружающих. Статья, посвященная разработке этого инструментария, была опубликована недавно (Mattick & Clarke, 1998), хотя эти методики применяются уже не менее 10 лет, поскольку исследователи все это время пользовались неопубликованными данными. Судя по опубликованным результатам, шкалы *SIAS* и *SPS* содержат 20 пунктов каждая; вместе с тем одна из версий шкалы *SIAS* содержит только 19 пунктов (Mattick & Clarke, 1998). Полная версия *SIAS* отличается лишь тем, что содержит обратное утверждение «Я легко завожу друзей своего возраста». Нет данных о том, насколько эти две версии коррелируют друг с другом, хотя можно предполагать, что они позволяют получить сходные результаты, поскольку отличаются лишь одним пунктом. В каждой из методик респонденты оценивают степень соответствия своему состоянию каждого из утверждений по пятибалльной шкале Лайкерта (0 = «абсолютно не соответствует», 4 — «соответствует в высшей степени»). Результаты многочисленных исследований показали, что шкалы *SIAS* и *SPS* — надежный и валидный инструментарий, чувствительный к эффектам когнитивно-поведенческого вмешательства (см., например, Brown et al, 1997; Cox, Ross, Swinson & Dorenfeld, 1998; Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992; Ries et al, 1998).

Другой распространенный инструмент, специально предназначенный для оценки социального тревожного расстройства, — Опросник социальной фобии и тревоги (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*; Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989). Опросник *SPAI* включает под шкалу социальной фобии, подшкалу агорафобии и расчетный общий показатель (показатель различий по подшкалам социальной фобии — агорафобии). Опросник *SPAI* содержит 45 пунктов, 21 из которых требует множественных ответов. Например, для пункта, который начинается словами: «Я стараюсь избегать социальных ситуаций, в которых участвую...» — пациент отдельно оценивает, как часто он избегает ситуаций с участием «незнакомых людей», «авторитетных фигур», «представителей противоположного пола», «людей вообще». Таким образом, всего пациент дает 109 ответов, что делает заполнение и оценку шкалы *SPAI* относительно трудоемкими. Несмотря на недостатки, связанные с длиной шкалы, объем и специфичность получаемой информации позволяют поставить точный диагноз и спланировать вмешательство. Подшкала социальной фобии позволяет оценить соматические, когнитивные и поведенческие реакции на разнообразные межличностные взаимодействия, социальное функционирование и ситуации наблюдения. Подшкала агорафобии дает возможность оценить тревогу в ситуациях, обычно вызывающих страх у лиц с паническим расстройством и агорафобией (например, ожидание в очереди). Показатель различий отражает различия в симптоматике пациента между тревогой и избеганием при социальном тревожном расстройстве и сходными проявлениями агорафобии. Вместе с тем значительная корреляция между показателем различий и показателем по подшкале социальной фобии ($r = 0,91$; Ries et al, 1998)

заставляет предположить низкую эффективность такого подхода. Респонденты оценивают частоту тревоги в каждой из перечисленных ситуаций по семибалльной шкале Лайкерта (0 = «никогда», 6 = «всегда»).

Многочисленные исследования подтвердили надежность и валидность шкалы SPAI как диагностического инструмента (см., например, Beidel, Turner, Stanley & Dancu, 1989; Herbert, Bellack & Hope, 1991; Turner et al., 1989) и ее чувствительность к изменениям вследствие вмешательства (см., например, Cox et al., 1998; Ries et al., 1998; Taylor, Woody, McLean & Koch, 1997).

Хотя оригинальная Шкала страха негативной оценки (*Fear of Negative Evaluation scale, FNE*; Watson & Friend, 1969) и краткая версия этой шкалы (*BFNE*; Leary, 1983) были разработаны на студентах колледжей еще до включения социального тревожного расстройства в *DSM-III*, они продолжают широко использоваться, поскольку направлены на выявление основного компонента социального тревожного расстройства. Шкала *FNE* включает 30 пунктов и предполагает ответы «да/нет». Шкала *BFNE* содержит 12 пунктов, в ней используется формат шкал Лайкерта (1 = «совершенно для меня не характерно», 5 = «в высшей степени характерно»), она хорошо коррелирует с оригинальной шкалой ($r = 0,96$) (Leary, 1983). В исследованиях, посвященных оценке эффективности вмешательств, обнаружено, что изменения по шкале *FNE* соответствуют конечному функционированию (Mattick & Peters, 1988; Mattick et al., 1989). Анализируя публикации, Хеймберг (Heimberg, 1994) пришел к выводу, что шкала *FNE* чрезвычайно чувствительна к внутригрупповым изменениям в результате вмешательства, хотя выраженность этих изменений, как правило, невелика. Шкала *BFNE* с ее пятибалльным форматом типа шкал Лайкерта явно обладает большей чувствительностью.

Другие методики самоотчета. Помимо методик оценки социальной тревоги мы используем инструментарий для оценки других конструктов, например депрессии и нарушения общего функционирования. Обычно мы предлагаем пациентам Опросник депрессии Бека (*BDF*, Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), позволяющий оценить симптомы депрессии, в том числе аффективные, когнитивные, поведенческие, соматические и мотивационные компоненты, а также суицидальные мысли. Мы также применяем Шкалу самоотчета Лейбовица о нарушениях функционирования (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale*; Schneier et al., 1994) для комплексной оценки нарушений функционирования в 11 доменах (например, в школе, на работе, злоупотребление алкоголем), а также Опросник качества жизни (*Quality of Life Inventory*; Frisch, 1994) для оценки общего чувства благополучия пациента и его удовлетворенности жизнью.

Интервью для определения направленности вмешательства

После того как пациент будет сочтен подходящим кандидатом для КПГТ, проводится интервью для выяснения направленности вмешательства. Это делается двумя способами. Сначала психотерапевт обсуждает с пациентом результаты диагностики, отвечает на вопросы и дает рекомендации по вмешательству. Психотерапевт описывает природу вмешательства, а затем разрабатывает совместно с пациентом четкий контракт по вмешательству. Далее психотерапевт обучает пациента применению субъективных единиц шкалы дискомфорта (*subjective units of discomfort scale, SUDS*; Wolpe & Lazarus, 1966), а также помогает ему сформиро-

вать иерархию ситуаций, вызывающих страх и избегание. Наконец, проводится подготовка к оставшимся диагностическим мероприятиям. Далее приведено пошаговое описание интервью для определения направленности вмешательства.

Обсуждение данных диагностического исследования

Психотерапевт предоставляет обратную связь пациенту в отношении информации, полученной во время интервью *ADIS-IV-L* и самоотчетов, и пытается прояснить наиболее важные разночтения в результатах. Обсуждаются все интересующие пациента вопросы, связанные с процедурой и результатами диагностики.

Обсуждение предстоящего вмешательства

Терапия КПГТ требует от каждого пациента значительных затрат времени и сил; соответственно потенциальные участники группы должны представлять себе, в чем будет заключаться вмешательство. Психотерапевт кратко и доступно описывает когнитивно-поведенческую модель социального тревожного расстройства, разъясняет, почему необходимо вступить в конфронтацию со своими страхами, чтобы от них избавиться. Кроме того, следует подчеркнуть значение когнитивных интервенций для извлечения пользы из экспозиции и совладания с тревогой. На этом этапе многие индивиды с социальным тревожным расстройством заявляют, что не раз проводили самостоятельную экспозицию без особого успеха. Как правило, эти попытки не были систематическими, а искаженная когнитивная переработка информации мешала видеть свои успехи. Многие потенциальные участники группы бывают встревожены перспективой группового вмешательства. Обычно их предубеждения удается рассеять, если описать перечисленные выше преимущества группового вмешательства.

Хотя следует избегать чрезмерной пропаганды группового вмешательства, задача психотерапевта — вселить в человека надежду на достижение значимых изменений в результате вмешательства. В действительности исследования показали, что позитивные ожидания связаны с благоприятным исходом КПГТ (Chambless et al., 1997; Safren, Heimberg, & Juster, 1997). Как правило, мы говорим пациентам, что эффективность КПГТ подтверждена эмпирически: исследования, проведенные независимыми клиническими интервьюерами, показывают, что состояние примерно 75-80% пациентов, завершивших 12-недельный курс групповой психотерапии, существенно улучшается, у них также снижается уровень социальной тревоги. Мы также рассказываем своим пациентам о необходимости регулярного посещения сессий, выполнения домашних заданий и поиска новых взглядов на окружающую действительность и самого себя — все это, по нашему мнению, имеет решающее значение для исхода вмешательства и в значительной мере контролируется самим пациентом.

Контракт на вмешательство

Люди с социальным тревожным расстройством часто испытывают страх и стремятся избежать разнообразных социальных ситуаций, которых значительно больше, чем можно охватить при проведении стандартной методики КПГТ продолжительностью 12 недель. Следовательно, необходимо заранее оговорить 2-3 класса ситуаций, которые и станут основным фокусом вмешательства. С помощью психотерапевта пациент выбирает для себя реалистичные цели с учетом собствен-

ных интересов и возможностей. Вполне вероятно, что вследствие вмешательства уменьшится страх и избегание в других социальных ситуациях, особенно если пациент приложит некоторые усилия и попытается применить приобретенные во время вмешательства навыки в этих ситуациях.

Аналогичным образом пациентам с сопутствующей патологией психотерапевт разъясняет, что в фокусе внимания группы будет находиться социальная тревога, а непосредственной работы с другими проблемами проводиться не будет. Улучшение может коснуться и сопутствующей патологии по мере того, как симптоматика социальной тревоги уменьшится или же пациент научится применять приобретенные в ходе вмешательства навыки к другим проблемам (например, к депрессии). Наконец, пациенты должны знать, что после вмешательства обязательно будет проведена оценка выраженности симптомов социальной тревоги и сопутствующих расстройств и в случае необходимости будут даны рекомендации по дополнительному вмешательству.

Тренинг SUDS

Показатели Шкалы дискомфорта (*SUDS*) используются во время поведенческого тестирования и на протяжении всего вмешательства, поэтому есть смысл уделить время повышению их валидности и надежности. Психотерапевт разъясняет пациенту, что шкала *SUDS* включает 0-100 пунктов, причем более высокие показатели соответствуют более выраженной тревоге. Выделяются следующие опорные точки: 25 пунктов (небольшая тревога, оживленность с «незначительной» нервозностью), 50 пунктов (умеренная тревога, появление трудностей с концентрацией внимания), 75 пунктов (выраженная тревога, мысли об избегании) и 100 пунктов (максимально возможная тревога или представления о ней в социальной ситуации). Для этого пациенту предлагают определить специфические социальные ситуации, в которых он испытывает соответствующий уровень тревоги. На последующих этапах вмешательства, если оценки пациента варьируются и/или он пользуется лишь частью шкалы, психотерапевт может вновь обратиться к исходным опорным точкам.

Иерархический перечень ситуаций страха и избегания

Готовый иерархический перечень (см., например, табл. 3.7 в этой главе) должен включать 10 ситуаций, перечисленных в порядке возрастания связанных с ними страха и избегания. Наиболее простой способ — предложить пациенту перечислить все возможные ситуации, а затем их оценить и ранжировать. Иерархический перечень должен включать типичные ситуации, соответствующие контракту на вмешательство и связанные с нарушением функционирования пациента. Этим перечнем психотерапевты руководствуются в процессе вмешательства, определяя последовательность и характер ситуаций для психотерапевтической экспозиции.

Подготовка к последующим процедурам оценки

В нашей клинике проводится одна дополнительная сессия, посвященная тестированию под руководством клинициста и поведенческим тестам. Используемый клиницистом инструментарий может использоваться в любой момент до начала вмешательства. Между тем поведенческое тестирование вызывает у многих пациентов выраженную тревогу, поэтому целесообразно уделить время для обоснова-

ния необходимости такого тестирования как части интервью для оценки направленности вмешательства (см. приведенное ниже обоснование).

Заключительная диагностическая сессия перед вмешательством

Методы оценки социальной тревоги, используемые клиницистом

Наиболее часто клиницисты используют два метода оценки социальной тревоги — это Шкала социальной тревоги Лейбовица (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*; Liebowitz, 1987) и Краткая шкала социальной фобии (*Brief Social Phobia Scale, BSPS*; Davidson et al., 1991, 1997). Шкала *LSAS* позволяет изолированно оценить как страх, так и избегание 11 видов социальных взаимодействий (например, разговор с начальством), 13 видов функционирования (воспроизведения ранее освоенных навыков, например работа под наблюдением) с использованием шкалы, имеющей четыре градации и построенной по типу шкал Лайкерта. Шкала *LSAS* включает четыре подшкалы: связанная с функционированием тревога, избегание функционирования, связанная с социальными взаимодействиями тревога и избегание социальных взаимодействий. Можно также рассчитать показатели субшкал «общий страх» и «общее избегание». Суммируя показатели страха и избегания по всем 24 пунктам, получают общий показатель выраженности тревоги. Шкала *LSAS* считается надежным и валидным инструментом (см., например, Cox et al., 1998; Heimberg et al., 1999). Кроме того, шкала *LSAS* обладает чувствительностью к когнитивно-поведенческим и фармакологическим вмешательствам при социальном тревожном расстройстве (см., например, Heimberg et al., 1998). Шкала *BSPS* (Davidson et al., 1991, 1997) позволяет оценить страх и избегание семи социальных ситуаций и выраженность четырех физиологических симптомов. Все пункты оцениваются по лайкертовской шкале от 0 до 4. Шкала отличается удовлетворительной ретестовой надежностью (Davidson et al., 1997), хорошей надежностью и относительной независимостью от проводящих тестирование (Davidson et al., 1991). Что касается валидности, показатели по шкале позитивно коррелируют с оценками социальной тревоги самого пациента и клинициста (Davidson et al., 1991). Общий показатель по шкале *BSPS* отличается чувствительностью к изменениям в результате лекарственной терапии (Davidson et al., 1993, 1997).

Оценка поведения

В ходе поведенческих тестов пациентам приходится сталкиваться с одной или несколькими вызывающими страх социальными ситуациями, как правило, в контексте ролевой игры. Клиницист выясняет уровень тревоги до выполнения задания, во время и после ролевой игры. Кроме того, в случае необходимости легко использовать другие диагностические приемы, например, предложить пациенту оценить качественную сторону своей ролевой игры или перечислить мысли, которые приходили на ум во время выполнения задания. При наличии специально оборудованного для оценки физиологического состояния (особенно пульсовых мониторов) целесообразно его использовать. Мониторинг частоты сердечных сокращений важно проводить у лиц со страхом публичных выступлений, которым свойственна избыточная реактивность сердечно-сосудистой системы (Heimberg, Nore, et al., 1990). Клиницист может проверить способность пациента удовлетво-

рительно функционировать в состоянии тревоги, предложив на некоторое время остаться в ситуации (обычно не более 4-5 минут). С другой стороны, клиницист может дать пациенту разрешение прекратить выполнение задания (см., например, Ries et al., 1998), когда тревога станет чрезмерной: способность отсрочить уход из ситуации служит показателем выраженности социального избегания.

Поведенческие тесты могут быть как стандартизованными, так и составленными индивидуально. Стандартизованные ролевые игры позволяют выявить различия между пациентами в выполнении конкретного задания. Наиболее распространенные задания включают разговор с незнакомым человеком того же пола (Turner, Beidel, Cooley, Woody & Messer, 1994), разговор с незнакомцем противоположного пола (см., например, Fydreich, Chambless, Perry, Buergner & Beazley, 1998), разговор с двумя и более людьми (см., например, Hope, Herbert & White, 1995), а также выступление с речью перед небольшой аудиторией (например, Beidel, Turner, Jacob & Cooley, 1989). Напротив, преимущество индивидуализированных поведенческих тестов в том, что они точнее направлены на страхи конкретного пациента. Например, человек, испытывающий страх оттого, что другие заметят, как у него дрожат руки во время еды, может совершенно свободно вести разговор с незнакомыми людьми. Вместе с тем, если предложить пациенту вступить в разговор во время еды, скажем супа, вероятность возникновения тревоги многократно возрастает. При использовании индивидуально сконструированных поведенческих тестов следует отбирать ситуации, превосходящие опорную точку 75 в иерархическом перечне ситуаций, вызывающих у данного пациента страх и избегание.

Полученная в результате поведенческого тестирования информация уникальна и крайне важна. Как уже говорилось, исследовательский и клинический опыт говорит о том, что люди с социальным тревожным расстройством склонны описывать свое социальное поведение как неадекватное (см., например, Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993), свою тревогу как хорошо заметную окружающим (см., например, Alden & Wallace, 1995). Поведенческие тесты позволяют уточнить, насколько представления пациентов о себе соответствуют действительности или являются результатом ошибок мышления. Кроме того, уровень тревоги и качество функционирования пациента во время выполнения поведенческих тестов помогают уточнить степень трудности первой экспозиции, чтобы она была достаточно трудна для пациента и в то же время увенчалась успехом. Информация, полученная в результате поведенческого тестирования, позволяет также принять решение, кто из участников группы будет выбран для первой экспозиции. Мы предпочитаем назначать первым пациента с умеренно выраженной тревожностью в социальных ситуациях: он, скорее всего, хорошо справится с заданием и послужит примером для подражания более тревожным участникам группы.

Обзор хода КПП

Сессии 1 и 2

Первые две сессии КППТ посвящены созданию соответствующей атмосферы для вмешательства и обучению пациентов основным навыкам когнитивного реструктурирования. Это дает возможность участникам освоиться в группе, способствует

зарождению чувства групповой сплоченности и получить представление о когнитивном реструктурировании, прежде чем приступить к психотерапевтической экспозиции. Входящие в КПП процедуры детально описаны Хеймбергом и Бекером (Heimberg & Becker, 2001). Модификация когнитивно-поведенческих процедур при социальном тревожном расстройстве для индивидуального формата вмешательства описана в двух работах (Hope et al, 2000; Hope, Turk, & Heimberg).

В самом начале вмешательства пациентам предлагается для заполнения Шкала страха негативной оценки (*BFNE*) с указанием отразить свое состояние на прошлой неделе. Это дает возможность отслеживать прогресс участников группы по одному из важнейших показателей — страху негативной оценки. Другие опросники, например Опросник депрессии Бека, также могут использоваться на этом этапе. После первой недели (когда пациентам объясняют, как заполнять опросники) бланки опросников могут предлагаться для заполнения в любое удобное время, например, когда группа ожидает начала сессии. Психотерапевтам следует давать краткий обзор результатов опроса перед началом каждой групповой сессии, обсуждая с пациентами все заметные изменения либо во время сессии, либо индивидуально.

Сессия 1

В табл. 3.1 перечислены задания для первой сессии. После разъяснения правил и заполнения опросников психотерапевты и участники группы знакомятся, называют свои имена и дают о себе краткую информацию (одно-два предложения). Далее психотерапевты подчеркивают важные моменты вмешательства, в частности регулярное посещение сессий, активное участие в работе группы, выполнение домашних заданий и соблюдение конфиденциальности. Участники группы и психотерапевты подписывают контракт, гласящий о необходимости соблюдать конфиденциальность.

Таблица 3.1. План КПП для сессии 1

1. Заполнить опросник *BFNE* и в случае необходимости — другие опросники.
2. Знакомство.
3. Психотерапевты разъясняют основные правила вмешательства.
4. Каждый из участников рассказывает о своих социальных страхах и стоящих перед ним задачах.
5. Психотерапевты описывают когнитивно-поведенческую модель социального тревожного расстройства и дают обоснование вмешательству.
6. Первичный тренинг когнитивного реструктурирования:
 - а) упражнение 1: пример из жизни психотерапевта;
 - б) упражнение 2: автоматические мысли при первом посещении группы.
7. Домашнее задание.

Примечание. *BFNE* — Краткая шкала страха негативной оценки (*Brief Fear of Negative Evaluation scale*).'

После решения организационных вопросов участникам группы предлагается коротко поделиться своими страхами и сформулировать задачи на предстоящее вмешательство. Психотерапевты помогают высказаться наиболее застенчивым,

указывая на сходство симптоматики с другими участниками (сходные путающие ситуации или проявления тревоги). Это способствует развитию сплоченности, поскольку участники выясняют, что у них общие проблемы.

Следующая часть первой сессии посвящается обсуждению когнитивно-поведенческой модели социального тревожного расстройства. Это продолжение того, что пациенты уже знают из интервью с целью выяснения направленности вмешательства. Модель предлагает общее представление и терминологию для обсуждения социального тревожного расстройства, а также дает обоснование вмешательству. Социальное тревожное расстройство описывается как выученный ответ с интерактивными физиологическим, поведенческим (избегание и нарушение функционирования) и когнитивным компонентами. Когнитивный компонент — это автоматические мысли, которые усиливают и поддерживают тревогу. Три основных составляющих вмешательства — ролевая экспозиция в группе, когнитивное реструктурирование и домашнее задание на экспозицию *in vivo* с соответствующей когнитивной работой — описываются в контексте данной модели.

На заключительном этапе первой сессии проводится тренинг когнитивного реструктурирования. Предлагаются два упражнения на выявление автоматических мыслей и дается обзор стратегий противодействия им, о чем пойдет речь на второй сессии. В первом упражнении один из психотерапевтов на личном примере (обычно ситуация с приемом на работу) перечисляет возникшие у него автоматические мысли и записывает их на доске или листах бумаги. Участникам группы предлагается проанализировать эти мысли, определить, являются ли они иррациональными или ошибочными. Затем их просят задать конкретные вопросы, которые помогли бы психотерапевту более реалистично взглянуть на проблему. Второй психотерапевт помогает группе в случае затруднений с формулированием таких вопросов. После этапа конфронтации психотерапевты совместно с участниками группы подводят итог дискуссии и формулируют рациональный ответ из одного-двух предложений. Данное упражнение позволяет понять, как работают когнитивные техники, не сталкиваясь с необходимостью признать собственные мысли иррациональными или ошибочными. Во втором упражнении участники группы по очереди делятся собственными автоматическими мыслями, возникшими при первом посещении групповой сессии, а один из психотерапевтов тем временем фиксирует их на доске или листах бумаги. В конце сессии оба психотерапевта мягко опровергают эти автоматические мысли. Домашнее задание для сессии 1 включает анализ двух-трех тревожных ситуаций за неделю и перечислением нескольких автоматических мыслей для каждой из них. Участникам группы разъясняют, что в случае отсутствия таких ситуаций в течение четырех-пяти дней необходимо представить себе одну из ситуаций из иерархического перечня поводов для страха и избегания и записать соответствующие автоматические мысли.

Сессия 2

После заполнения опросников группа разбирает домашнее задание на прошлую неделю (табл. 3.2). Две-три автоматические мысли каждого участника записываются на листе бумаги для последующего выполнения упражнений. Затем психотерапевты раздают Перечень ошибок мышления. В настоящее время мы пользуемся адаптированной версией Перечня ошибок мышления, который опубликован

Юдит С. Бек (Judith S. Beck) в вышедшей в 1995 г. книге «Когнитивная психотерапия: основы и развитие» (*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*), базирующейся на работе Аарона Т. Бека (Aaron T. Beck) (табл. 3.3). Психотерапевты кратко характеризуют каждую из ошибок мышления. После этого все участники группы помогают выявить ошибки мышления в каждой автоматической мысли, записанной при проверке домашнего задания.

Таблица 3.2. Схема КПГТ для сессии 2

1. Заполнение шкалы *BFNE* и в случае необходимости — других опросников.
2. Разбор домашнего задания на прошлую неделю.
3. Продолжение тренинга когнитивного реструктурирования:
 - а) психотерапевты представляют концепцию ошибок мышления;
 - б) упражнение 3: группа выявляет ошибки мышления в автоматических мыслях, возникших при выполнении домашнего задания;
 - в) психотерапевты вводят в употребление такие понятия, как оспаривающие вопросы и рациональные ответы;
 - г) упражнение 4: гипотетический сценарий;
 - д) упражнение 5: группа оспаривает автоматические мысли из домашнего задания и формулирует рациональные ответы.
4. Домашнее задание.

Примечание. *BFNE* — Краткая шкала страха негативной оценки (*Brief Fear of Negative Evaluation scale*).

Таблица 3.3. Перечень ошибок мышления

Мышление по типу «все или ничего» (также называется *черно-белым, поляризованным или дихотомическим мышлением*): вы рассматриваете ситуацию только в двух категориях, а не в континууме.

Предвосхищение негативных исходов: вы ожидаете, что произошло или должно произойти нечто плохое. К этой категории относятся два типа ошибок мышления:

- *предсказание будущего*: вы предсказываете неприятности в будущем, словно смотрите в магический кристалл;
- *катастрофизация*: вы говорите себе, что произошло или непременно произойдет *самое плохое*, не рассматривая других возможностей, которые более вероятны и/или менее ужасны.

Отрицание или отклонение позитивного: вы без всяких на то оснований говорите себе, что не следует принимать в расчет позитивный опыт, дела или качества.

Рассуждения, основанные на эмоциях: вы полагаете, что нечто верно только на том основании, что вы это «чувствуете» (на самом деле верите), игнорируя очевидные факты, говорящие о противоположном.

Навешивание ярлыков: вы навешиваете вполне определенный ярлык на себя или окружающих, не учитывая фактов, которые говорят в пользу иного, менее категоричного суждения.

Ментальный фильтр (также называется *избирательной невнимательностью*): вы уделяете неоправданно много внимания одной негативной детали, не воспринимая всю картину в целом.

Чрезмерная генерализация: вы делаете общий негативный вывод, который выходит далеко за рамки текущей ситуации.

Чтение мыслей: по вашему мнению, вы знаете, о чем думают другие люди; вы не рассматриваете других, более вероятных вариантов и не предпринимаете усилий, чтобы проверить правильность своих предположений.

Утверждения «должен» и «следовало бы» (также называемые *императивами*): у вас есть четкие представления о том, как следует вести себя вам или другим людям, и вы переоцениваете негативные последствия от несоблюдения этих правил.

Неадаптивные мысли: у вас возникают тревожные мысли, не содержащие логических ошибок мышления. Сами по себе эти мысли могут быть правильными. Вместе с тем они заставляют вас чрезмерно тревожиться и нарушают ваше функционирование.

Примечание. Воспроизведено с любезного разрешения: Beck (1995, p. 119). Copyright 1995 by The Guilford Press.

Следующий этап когнитивного реструктурирования — оспорить автоматические мысли и сформулировать рациональные ответы или опровержения. Это делается с помощью адаптированного перечня «оспаривающих вопросов» (Sank & Shaffer, 1984) (табл. 3.4). Оспаривающие вопросы — это вопросы общего характера, которые затрагивают автоматические мысли.

Таблица 3.4. Вопросы для оспаривания автоматических мыслей

Используйте перечисленные ниже вопросы для того, чтобы поставить под сомнение свои автоматические мысли. Обязательно дайте *ответ* на каждый заданный себе вопрос. Вы увидите, что каждый из вопросов применим к множеству автоматических мыслей. Ниже приводятся несколько примеров, которые вам помогут.

1. Вы твердо убеждены, что _____?
Пример. Твердо ли я убежден в том, что мне нечего сказать?
2. Уверен ли я на 100% в том, что _____?
Пример. Уверен ли я на 100% в том, моя тревога обязательно проявится внешне?
3. Каковы доказательства того, что верно обратное?
Пример. Каковы доказательства того, что они *не поняли* моей речи?
Каковы доказательства того, что они *поняли* мою речь?
4. Что самое худшее может произойти? Насколько это плохо? Как мне с этим справиться?
5. Есть ли у меня магический кристалл?
6. Существует ли другое объяснение того, что _____?
Пример. Есть ли другое объяснение его отказу выпить со мной кофе?
7. Действительно ли _____ однозначно или может быть приравнено к _____?
Пример. Действительно ли «нервничать» — то же самое, что выглядеть глупо или быть дураком?
8. Можно ли иначе взглянуть на ситуацию?
9. Что означает, что я _____?
Пример. Что означает «глупо выглядеть»? Если я медленно подбираю слова, значит ли это, что я действительно глупо выгляжу?

Примечание. Из Sank & Shaffer (1984, p. 223). Copyright 1984 by Plenum Press. Воспроизведено с разрешения.

Прежде чем предлагать пациентам применить этот подход к собственным мыслям, психотерапевты описывают гипотетическую ситуацию, в которой испытали бы тревогу большинство людей (начальник сообщает, что недоволен вашей работой, и приглашает через пять минут зайти к нему). Автоматические мысли, возникающие при таком повороте событий, фиксируются на листе бумаги. Участники группы совместно выявляют ошибки мышления в каждой из автоматических мыслей, опровергают автоматические мысли при помощи оспаривающих вопросов, а также отвечают на эти вопросы с целью обнаружения альтернативных, более реалистичных взглядов на ситуацию. Ответы на оспаривающие вопросы обобщаются в одно-два утверждения, которые и служат рациональными ответами. Как только участники группы уловили суть процедуры, группа возвращается к автоматическим мыслям, которые возникли во время домашнего задания, и ставит их под сомнение.

Домашнее задание в этой сессии включает регистрацию автоматических мыслей, сопровождающих тревожные ситуации, как и на предыдущей неделе, а также выявление ошибок мышления, оспаривание автоматических мыслей и формулирование рациональных ответов. Таким образом, участники группы приходят на сессию 3 и приступают к первой сессионной экспозиции, имея достаточный опыт использования когнитивных техник.

Сессии 3-11

Сессии 3-11 имеют сходный основной формат (табл. 3.5). После заполнения вопросников проводится разбор домашнего задания. Обычно на сессиях участники группы по очереди проводят экспозиции в форме ролевой игры.

Таблица 3.5. Схема КПП" для сессий 3-11

1. Заполнение шкалы *BFNE* и в случае необходимости — других опросников.
2. Разбор домашнего задания на прошлую неделю.
3. Проведение трех сессионных экспозиций:
 - а) выбор намеченного участника группы и краткое описание экспозиционной ситуации;
 - б) выявление автоматических мыслей;
 - в) отбор одной-двух мыслей для дальнейшей работы;
 - г) выделение ошибок мышления в отобранных автоматических мыслях;
 - д) опровержение отобранных автоматических мыслей при помощи оспаривающих вопросов (пациенты также отвечают на вопросы);
 - е) составление одного-двух рациональных ответов;
 - ж) проработка деталей экспозиционной ситуации;
 - з) постановка неперфекционистских поведенческих задач;
 - и) проведение ролевой игры;
 - к) обсуждение результатов экспозиции.
4. Анализ выполнения задач.
5. Другие виды деятельности в случае необходимости.
6. Домашнее задание.

Примечание. *BFNE* — Краткая шкала страха негативной оценки (*Brief Fear of Negative Evaluation scale*).

В перерывах между сессиями психотерапевты встречаются и обсуждают план экспозиции для каждого из участников, а также порядок проведения экспозиций. Если тот или иной участник по какой-то причине отсутствует, всегда наготове планы проведения экспозиций для других пациентов. Как правило, на каждой сессии проводятся три экспозиции, что позволяет каждому участнику группы из шести человек подвергаться экспозиции через раз. Каждая сессия заканчивается тем, что участники получают домашнее задание на предстоящую неделю. Как правило, речь идет об экспозиции *in vivo* и соответствующем когнитивном реструктурировании. Такое домашнее задание дается только после того, как пациент проходит свою первую сессионную экспозицию. До этого момента ему следует продолжить выполнять когнитивное домашнее задание со второй сессии.

Планирование экспозиционных ситуаций

Сессионная экспозиция включает в себя проигрывание по ролям ситуации, приводящей к появлению тревоги. Психотерапевты, другие участники группы и другой персонал — это партнеры по ролевой игре. Экспозиционные ситуации всегда являются специфическими и варьируются от беседы с незнакомым человеком до представления формального доклада. Первая экспозиция затрагивает ситуацию, которой пациент приписывает показатели по шкале дискомфорта *SUDS* не менее 50, в последующем переходят от пункта к пункту в перечне пугающих ситуаций настолько быстро, насколько выдерживает пациент. Отбирая ситуации для экспозиции, следует учитывать, что каждый из участников будет иметь возможность участвовать в экспозиции на сессии в среднем пять раз за время вмешательства. Экспозиции должны быть максимально приближены к реальности; для этого переставляется мебель, используется реквизит, а партнерам даются подробные инструкции, как себя вести. Небольшие усилия по созданию более реалистичной ситуации отличают экспозицию, способную вызвать значительную тревогу, от чересчур искусственной, которая не пробуждает никаких эмоций. Наиболее распространенные реквизиты включают в себя пищу и напитки для тех, кто боится пить, есть или накрывать на стол в присутствии других людей, а также подготовленные пациентом рекомендации по проигрыванию ситуации. Следует уделять особое внимание тем аспектам ситуации, которые влияют на вызываемую ею тревогу. Например, пациент со страхом публичных выступлений может свободно отвечать на вопросы слушателей, но, выступая без подготовки перед молчащей аудиторией, испытывает тревогу.

Объединение когнитивного реструктурирования и экспозиции

Сущность терапии КППТ заключается в координации работы по когнитивному реструктурированию и экспозиции (см. табл. 3.5). Выбрав участника группы для очередной экспозиции, один из психотерапевтов коротко, двумя-тремя предложениями, характеризует предлагаемую ситуацию. Пациент имеет право внести изменения или предложить для экспозиции другую ситуацию. Когда достигнута договоренность о характере экспозиции, один психотерапевт расспрашивает пациента об автоматических мыслях в данной ситуации, а другой записывает эти мысли на листе бумаги. Когда все мало-мальски значимые мысли будут выявлены, психотерапевт отбирает одну-две для дальнейшей проработки. Отобранные мысли должны содержать одну или несколько явных ошибок мышления, влиять

на переживание индивидом тревоги в данной ситуации и не должны быть общими, чтобы в отведенное для обсуждения экспозиции время их можно было подвергнуть сомнению. Все участники группы помогают выявить ошибки мышления, поставить под сомнение мысли при помощи оспаривающих вопросов и составить рациональные ответы. На первых этапах вмешательства психотерапевты должны руководить этим процессом, применяя сократический подход. Вместе с тем по мере продвижения вперед участники группы постепенно начинают самостоятельно оспаривать собственные и чужие автоматические мысли. Составленный рациональный ответ записывается на новом листе бумаги, чтобы пациент во время экспозиции имел его перед глазами.

После проведения начальной когнитивной работы обсуждаются детали экспозиции. Отобранный для экспозиции пациент сообщает, в какой обстановке лучше провести экспозицию, что должен делать каждый из участников ролевой игры. Далее ставятся поведенческие задачи для экспозиции. Это часто требует некоторых переговоров, поскольку пациенты с социальным тревожным расстройством склонны выбирать нереалистичные, перфекционистские цели (например, «Я не буду тревожиться» или «Я не буду подолгу подбирать слова») или же ставить цели в зависимости от реакции других людей, признавая таким образом собственную невозможность повлиять на этот процесс (например, произвести хорошее впечатление или создать удобную обстановку). Психотерапевты помогают пациентам ставить перед собой задачи в зависимости от своих интересов в данной ситуации (например, задать не менее трех вопросов, чтобы лучше узнать человека, высказать свое мнение, осветить в своей речи три вопроса). Согласованные задачи записываются на листе бумаги под рациональными ответами, чтобы пациент мог в случае необходимости обращаться к ним во время экспозиции.

Во время экспозиции один из психотерапевтов следит за показателями шкалы *SUDS* с интервалом в одну минуту, а также при снижении или усилении тревоги. При каждом напоминании о шкале *SUDS* отобранный для экспозиции участник читает вслух свой рациональный ответ (написанный на листе бумаги). Пациенты быстро приспосабливаются к таким перерывам, особенно участники игры: это помогает им переориентировать вопросы (например, «Вы говорили про...»). Экспозиция должна продолжаться до тех пор, пока тревога не стабилизируется или не начнет снижаться, а пациент выполняет стоящую перед ним задачу, что обычно происходит в течение 10 минут.

Обсуждение экспозиции включает в себя анализ достижения целей, беседу о пользе рационального ответа, а также способы идентификации любых автоматических мыслей, которые неожиданно возникнут в будущем. Целесообразно также обсудить показатели шкалы *SUDS* пациента — активного участника экспозиции (например, возрастание показателей *SUDS* во время паузы, снижение тревоги с течением времени), и предложить участникам группы поделиться впечатлениями о поведении этого пациента во время экспозиции (например, насколько заметными были признаки тревоги, соответствовал ли тон голоса содержанию речи). Одной из главных задач при обсуждении является выявление мыслей, которые способствуют усилению тревоги (иррациональных мыслей) и ее уменьшению (рациональные мысли, направленные на совладание со стрессом). Наконец, пациенту задают вопрос о том, какие из полученных во время экспозиции навыков применимы к реальным жизненным ситуациям. После этого заключительно-

го этапа все остальные участники группы поздравляют данного пациента, который проявил выдержку и мужество в пугающей ситуации, и вся процедура вновь повторяется уже с другим участником.

Сессия 12

Первая половина последней сессии соответствует формату предыдущих девяти сессий, только число экспозиций сокращается с трех до двух или одной. Вторая половина посвящена обсуждению результатов, достигнутых участниками группы, выявлению важных рациональных ответов, которые пригодятся им в будущем, а также постановке задач для самостоятельной работы по завершении вмешательства. Сессия заканчивается непродолжительным фуршетом, чтобы участники могли попрощаться друг с другом, а вмешательство завершилось бы на мажорной ноте.

Случай из практики

Для иллюстрации применения терапии КПГТ приводится пример из практики. Пациент, о котором пойдет речь, получил стандартный курс терапии КПГТ продолжительностью 12 недель. Затем ему дополнительно было назначено групповое вмешательство той же продолжительности и поддерживающие сессии один раз в месяц на протяжении полугода. Предыдущие исследования показали, что у большинства пациентов, проходящих стандартное 12-недельное вмешательство КПГТ, наблюдается заметное снижение симптоматики *во второй половине* курса; следовательно, основные изменения происходят на этапе между сессиями 6 и 12 (Heimberg et al, 1998). Этот факт позволяет предположить, что далеко не все пациенты успевают извлечь из вмешательства максимум пользы по завершении отведенных для этого 12 недель. Пациент в нашем примере участвовал в исследовании с целью выяснить, возрастает ли эффективность терапии КПГТ при увеличении продолжительности вмешательства больше стандартных 12 недель.

Прежде всего излагается предыстория данного случая, затем приводятся результаты диагностического обследования пациента перед вмешательством. Далее идет речь об улучшении состояния пациента на протяжении первых 12 психотерапевтических сессий (острая фаза вмешательства). Здесь показана интеграция когнитивного реструктурирования с экспозицией во время сессий и при выполнении домашнего задания. Что касается фазы интенсивного продолжения (недели 13-24) и поддерживающей фазы (недели 25-52), мы приводим обобщенные данные, а не посессионные отчеты о прогрессе пациента. Кроме того, в описание включены результаты диагностического обследования на 12-й неделе (после острого вмешательства), 24-й неделе (после интенсивного продолжения), 52-й неделе (после поддерживающего этапа) и через шесть месяцев проспективного наблюдения. Имя и некоторая идентификационная информация о пациенте изменены в целях соблюдения конфиденциальности.

Брайан, 22 лет, был направлен в нашу клинику в связи с выраженной тревогой, возникающей в ситуациях социального взаимодействия и при публичных выступлениях. Он учился на фотожурналиста в местном колледже, работал на временной работе кассиром и фотографом и проживал с двумя приятелями. Брайан родился в небольшом городке на западном побережье Орегона и несколько лет

назад переехал в Филадельфию для продолжения образования. Он был единственным ребенком в семье и навещал родителей раз или два в году.

Брайан охарактеризовал себя как тихого и застенчивого человека, полагая, что окружающие никогда не будут знать его хорошо. Он сообщил, что часто отказывается от возможности пообщаться с коллегами или соседями по квартире из-за сильной тревоги. Брайан также выразил озабоченность тем, что тревога мешает ему наладить отношения с представительницами противоположного пола. При необходимости бывать в социальных ситуациях, например на вечеринках, он употреблял алкогольные напитки, чтобы подавить тревогу.

Социальная тревога мешала молодому человеку не только наладить отношения с окружающими, но и препятствовала нормальной работе и учебе. Так, года за два перед вмешательством Брайана уволили с работы официантом за то, что он был недостаточно приветлив с посетителями кафе. На занятиях он обычно отмалчивался, если вопрос не адресовался непосредственно ему, даже в тех случаях, когда активное участие было необходимо для получения хороших отметок. Более того, Брайану требовалось несколько раз в течение семестра представлять свои фотоработы. Хотя он никогда не пытался уклониться от этих презентаций, за несколько недель до этого у него возникало сильное беспокойство, а во время презентаций он страдал от выраженной тревоги. Брайан понимал, что социальная тревога помешает ему нормально работать после окончания колледжа, когда ему придется общаться с широким кругом людей, представляя свои работы начальству, коллегам и клиентам.

Диагностическое обследование перед вмешательством

Во время интервью *ADIS-IV-L* Брайан давал краткие ответы на все вопросы, говорил тихо, редко смотрел на собеседника, выглядел напряженным. Его настроение было слегка подавленным, хотя не соответствовало критериям большой депрессии или дистимии. Не отвечало состояние Брайана и критериям злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости. Ему был поставлен диагноз социального тревожного расстройства генерализованного подтипа, с клинической выраженностью 5 по *ADIS-IV-L*, т. е. симптоматикой от умеренной до тяжелой (см. табл. 3.6, где представлены показатели Брайана по всем диагностическим методикам — от самоотчетов до клинических тестов — перед вмешательством).

По методикам оценки социальной тревоги, показатели Брайана соответствовали о выраженном страхе как при социальном взаимодействии, так и в ситуациях публичного выступления/наблюдения. Хеймберг с коллегами (Heimberg et al., 1992) предложили отрезные точки на уровне 34 для шкалы *SIAS* (страхи взаимодействия) и 24 для шкалы *SPS* (страхи выступлений/наблюдения), чтобы дифференцировать индивидов с социальным тревожным расстройством и без него. Показатели Брайана превышали эти отрезные точки. Аналогичным образом по шкале *LSAS* Брайан продемонстрировал страх и избегание ситуаций социального взаимодействия и выступлений, а его показатели по каждой из шкал точно соответствовали или превышали средние для лиц с социальным тревожным расстройством (Heimberg et al, 1999).

Пациенты с одинаковым уровнем социальной тревоги могут сильно различаться по степени нарушений функционирования; следовательно, методика оценки функционирования, например Шкала самоотчета Лейбовица о нарушениях

функционирования (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale*), может дать ценную информацию помимо собственно показателей социальной тревоги.

Таблица 3.6. Показатели Брайана по самоотчетам и клиническим интервью перед началом вмешательства, на 12-й неделе (после острого этапа вмешательства), на 24-й неделе (после интенсивного продолжения вмешательства), на 52-й неделе (после поддерживающего этапа вмешательства) и в конце полугодового проспективного наблюдения

Диагностическая методика	До вмеша- тельства	12-я неделя	24-я неделя	52-я неделя	Проспек- тивное на- блюдение
<i>Самоотчеты</i>					
Шкала <i>SIAS</i>	64	27	22	17	28
Шкала <i>SPS</i>	29	9	6	5	15
Шкала <i>BFNE</i>	41	19	16	18	25
Опросник <i>BDI</i>	15	6	1	1	Нет тревоги
Опросник качества жизни	0,87	1,5	2,56	3,1	Нет тревоги
Шкала самоотчета Лейбовица о на- рушениях функционирования	15	2	1	2	Нет тревоги
<i>Клинические интервью</i>					
Показатель клинической выражен- ности симптоматики по <i>ADIS-IV-L</i>	5	3	3	2	2
<i>LSAS</i> – Тревога социального взаи- модействия	23	5	6	5	7
<i>LSAS</i> – Избегание социального взаимодействия	21	4	7	6	6
<i>LSAS</i> – Тревога, связанная с воспро- изведением ранее освоенных навы- ков	20	5	6	6	7
<i>LSAS</i> – Избегание воспроизведения ранее освоенных навыков	19	7	6	7	7
<i>Примечание.</i> <i>SIAS</i> – Шкала тревоги, связанной с социальным взаимодействием; <i>SPS</i> – Шкала соци- альной фобии; <i>BFNE</i> – Краткая шкала страха негативной оценки; <i>BDI</i> – Опросник депрессии Бека.					

Шкала Лейбовица позволяет получить интегральный показатель, отражающий общие нарушения функционирования, а также показатели по отдельным пунктам, дающие более точную информацию о природе дисфункции у пациен-та. Общий показатель у Брайана был несколько выше, чем в среднем у пациен-тов с социальным тревожным расстройством ($M = 7,8$, $SD = 6,4$), и значительно превышал средний показатель у здоровых представителей контрольной группы ($M = 0,2$, $SD = 0,6$) (Schneier et al., 1994). Исследование отдельных пунктов шка-лы позволило выяснить следующее: Брайан считал, что социальная тревога ме-

шает ему потреблять алкоголь в умеренных количествах, пребывать в хорошем настроении, хорошо учиться, работать в полную силу, поддерживать добрые отношения с членами своей семьи, любить и быть любимым, иметь друзей и не думать о самоубийстве.

В идеале вмешательство должно привести не только к снижению симптоматики и улучшению функционирования, но и усилить у пациента ощущение общего благополучия и удовлетворенности жизнью. Группа исследователей (Safren, Heimberg, Brown, & Holle, 1997) сообщила, что средний показатель по Опроснику качества жизни для пациентов с социальным тревожным расстройством составляет 0,8, что заметно ниже среднего показателя для открытой взрослой популяции, по данным Фриша (Frisch, 1994; $M = 2,6$, $SD = 1,3$). Таким образом, качество жизни у Брайана можно охарактеризовать как очень низкое, равно и у других пациентов с социальным тревожным расстройством.

Нарушение функционирования, вызванное социальной тревогой, наряду с низким качеством жизни часто приводит к дисфории. Показатель Брайана по Опроснику депрессии Бека составил 15 баллов, что типично для наших пациентов накануне вмешательства (Elting, Hope & Heimberg, 1997). Брайан признал, что время от времени подумывает о самоубийстве, однако отрицал какие-либо планы или попытки привести свои мысли в исполнение. Мы сочли, что дисфория Брайана является вторичной по отношению к его социальной тревоге и вряд ли может сказаться на исходе вмешательства или оказать негативное воздействие на других участников группы.

Во время интервью, посвященного направленности вмешательства КПГТ, Брайан с помощью группового психотерапевта составил иерархический перечень ситуаций, вызывающих у него страх и избегание (табл. 3.7). Ситуации были ранжированы в порядке возрастания их субъективной трудности с наиболее тревожной («публичное выступление перед большой аудиторией») до наименее тревожной («знакомство с незнакомым человеком»). После составления такого перечня Брайан оценил каждую из упомянутых в нем ситуаций по двум шкалам от 0 до 100 (более высокие значения соответствуют большей выраженности): 1) насколько силен его страх в данной ситуации; 2) какова вероятность того, что он будет пытаться избежать этой ситуации. Во время интервью Брайан с психотерапевтом договорились о том, что основной целью начального этапа вмешательства будет уменьшение тревоги и избегания общения со сверстниками (особенно женщинами).

Брайан выполнил два стандартных поведенческих теста. В нашей клинике один поведенческий тест включает неподготовленное выступление перед небольшой аудиторией, а другой — одно-два социальных взаимодействия на «вечеринке». Перед выполнением каждого поведенческого теста пациенту отводится 2,5 минуты на подготовку к соответствующей роли. Собственно тест продолжается четыре минуты. На каждом из этих двух этапов пациентам следует поминутно фиксировать показатели по шкале дискомфорта *SUDS* (показатели Брайана по шкале *SUDS* представлены в формах 3.2 и 3.3). Для своего выступления Брайан избрал тему фотографии. Вначале (на подготовительном этапе) уровень тревоги у него был сравнительно низким ($SUDS = 30$), затем он стал быстро возрастать по мере приближения к этапу выполнения задания ($SUDS = 95$). Тревога у Брайана несколько снизилась, когда он начал говорить, но во время выполнения задания

по-прежнему сохранялась на значительном уровне. Через две минуты после начала речи Брайан заявил, что он не знает, о чем говорить дальше, и смог продолжить свое выступление только после наводящих вопросов от аудитории. Перед тестом интерактивного поведения тревога у Брайана была умеренной выраженности ($SUDS = 65$), затем заметно усилилась ($SUDS = 85$) к концу подготовительного этапа. Во время выполнения задания тревога у Брайана уменьшалась с максимальных значений ($SUDS = 75$) до умеренного уровня спустя три минуты ($SUDS = 30$). В конце задания тревога несколько усилилась, после того как в разговоре возникла пауза. Подобно большинству пациентов с социальным тревожным расстройством Брайан демонстрировал адекватные навыки социального взаимодействия, хотя низко оценивал свое поведение.

Таблица 3.7. Перечень ситуаций, вызывавших у Брайана страх и избегание, перед началом вмешательства, на 12-й неделе (после острого этапа вмешательства), на 24-й неделе (после интенсивного продолжения) и на 52-й неделе (после поддерживающего этапа вмешательства)

Ситуация		До вмеша- тельства	12-я неделя	24-я неделя	52-я неделя
1. Публичное выступление перед большой аудиторией	Страх	1	70	80	80
	Избегание	1	80	80	90
2. Выступление перед классом	Страх	9	60	10	20
	Избегание	8	40	0	0
3. Необходимость представиться группе	Страх	8	20	0	10
	Избегание	7	10	0	0
4. Общение с понравившейся девушкой	Страх	6	20	20	20
	Избегание	7	20	50	40
5. Вызов для ответа на занятии	Страх	6	30	0	0
	Избегание	6	30	0	0
6. Танцы в ночном клубе	Страх	5	20	50	0
	Избегание	7	20	50	0
7. Пребывание в центре внимания группы	Страх	5	10	10	10
	Избегание	6	10	20	0
8. Выступление на собрании персонала	Страх	4	5	10	10
	Избегание	5	10	10	10
9. Приветственное обращение к гостям на ужине	Страх	4	5	20	0
	Избегание	4	4	0	0
10. Необходимость представиться незнакомому человеку	Страх	3	0	0	0
	Избегание	3	10	0	0

Примечание. Показатели приведены по шкалам от 0 до 100 баллов; чем выше показатель, тем более выражены страх и избегание.

Острый этап вмешательства (недели 1-12)

Сессии 1 -2

Как уже говорилось, первые две сессии терапии КПГТ посвящены налаживанию групповой работы, сплочению группы, ознакомлению участников с когнитивно-поведенческой моделью социального тревожного расстройства, а также начальному освоению навыков когнитивного реструктурирования. На первых сессиях Брайан держался натянуто, избегал смотреть в глаза собеседникам, багровел от смущения, когда комментарии адресовались ему, не принимал спонтанного участия в работе группы. В письменной домашней работе Брайан неоднократно упомянул автоматические мысли о боязни проявить свое волнение в присутствии других людей (например, «Я покраснею»), неспособности поддержать разговор (например, «Я не знаю, что сказать»), оказаться в центре внимания (например, «Люди смотрят на меня»). Брайану удалось выявить ошибки мышления в своих автоматических мыслях, но он не смог опровергнуть их и сформулировать рациональные ответы. Подобно многим пациентам, Брайан пытался поставить свои автоматические мысли под сомнение (например, «Уверен ли я на 100%, что покраснею? Нет»), но затем начинал приводить доводы в поддержку этих мыслей (например, «Но мне не раз говорили, что я краснею»).

Сессия 3

На третьей сессии двое участников группы Брайана провели свою первую экспозицию. Брайан не был в первых рядах, потому что психотерапевты надеялись, что еще одна сессия даст Брайану возможность привыкнуть к групповой обстановке, благодаря чему начальная тревога перед первой экспозицией будет менее выражена. Домашнее задание на сессию 3 включало практику когнитивных навыков в процессе анализа автоматических мыслей, вызванных естественно возникающими в течение предстоящей недели тревожными социальными ситуациями.

Сессия 4

Первая экспозиция Брайана состоялась на сессии 4. Как всегда в таких случаях, психотерапевты хотели выбрать ситуацию, которая соответствовала бы целям вмешательства, вызывала бы умеренную тревогу и с которой Брайан должен был бы справиться сравнительно хорошо. На первый раз психотерапевты предложили Брайану пообщаться с женщиной примерно его возраста, которая бы интересовалась его мнением как профессионала о нескольких сделанных ею фотографических снимках. Эта ситуация была выбрана по ряду причин. Во-первых, она соответствовала основной цели вмешательства, т. е. умению свободно общаться с ровесниками. Кроме того, экспозиция касалась темы, которую Брайан хорошо знал и считал интересной. Психотерапевты надеялись, что подобное структурирование экспозиции помешает Брайану сконцентрировать внимание на себе и даст подходящую тему для разговора. Партнершей Брайана по этой игровой ситуации была женщина-психотерапевт, не принимавшая участия в диагностике его состояния и работе группы. Ниже приведены выдержки из когнитивного реструктурирования, предшествовавшего экспозиции. (Т1 и Т2 — групповые психотерапевты; Б — Брайан; УГ1, УГ2 и т. д. — другие участники группы; ТА — терапевт-актер.)

T2: Брайан, мы хотели бы дать вам возможность провести сегодня вечером экспозицию.

Б (*кивает и смотрит в пол*): Хорошо.

T2: Вы говорили о том, как трудно вам разговаривать с незнакомыми людьми, особенно женщинами. Сегодня вечером мы предлагаем вам поговорить с женщиной примерно вашего возраста. Будет ли это вам полезно?

Б: Думаю, да.

T2: Отлично. Для первой экспозиции лучше, если разговор будет идти на интересующую вас обоих тему. Джейн принесет несколько своих фоторабот; ей интересно узнать ваше мнение о них, как профессионала. Любые ваши советы и предложения будут приняты с благодарностью. Итак, вам предоставляется шанс изложить свое мнение другому человеку. Что вы думаете по поводу такого выбора ситуации для вашей первой экспозиции?

Б: Я думаю, это подойдет.

T2: Есть ли в этой ситуации нечто, вызывающее у вас хотя бы умеренную тревогу?

Б: Определенно.

T2: Хорошо, тогда представьте себя в этой ситуации. Какие мысли приходят вам в голову?

Б: Я покраснею. Я буду нервничать.

(*T2 записывает эти мысли на листе бумаги.*)

T2: Хорошо. Какие еще автоматические мысли приходят на ум, когда вы представляете себя в этой ситуации?

Б: Я хотел бы знать, что она думает обо мне.

T2: Хорошо, итак вам хотелось бы знать, что она о вас думает. Что именно вызывает в вас тревогу? Если такая мысль порождает тревогу, думаю, вы вряд ли повторяете себе: «Хотелось бы знать, что она обо мне думает», а затем представляете себе все то хорошее, что она может о вас думать.

Б: Ну, на самом-то деле я думаю, что не нравлюсь ей.

(*T2 записывает: «Я ей не нравлюсь».*)

T2: Отлично, это другое дело. Какие еще автоматические мысли вы можете назвать?

Б: Она подумает, что я дурак.

(*T2 добавляет эту мысль в список.*)

T2: Есть другие мысли? Нет. Я так и думал. Ладно. Этот перечень вполне подходит для работы. Какие ошибки мышления вы видите в этих мыслях? (*Брайан с помощью других участников группы перечисляет несколько возможных ошибок мышления, в том числе предсказание будущего, чтение мыслей и навешивание ярлыков.*) А теперь давайте попытаемся оспорить эти мысли. Может ли кто-нибудь задать оспаривающие вопросы?

T1: Брайан, мысль «Я покраснею», видимо, не нова для вас. Она часто встречается в вашей домашней работе. Давайте начнем с нее. Как можно попытаться оспорить эту мысль?

Б: Знаю ли я наверняка, что покраснею?

T2: Каким же будет ваш ответ?

Б: Нет, я не знаю этого наверняка, но я обычно краснею, когда чувствую себя в центре внимания или когда на меня смотрят.

T2: Вы говорите, что не уверены на сто процентов, что покраснеете, хотя и считаете это вполне вероятным. Хорошо. Теперь, хотя мы и не можем утверждать, что вы обязательно покраснеете во время предстоящего разговора, потому что это будет не что иное, как предсказание будущего, давайте исходить из того, что вы действительно покраснеете. Расскажите нам, пожалуйста, почему краснеть — это плохо. Что для вас значит покраснеть во время разговора?

Б: Я буду глупо выглядеть.

Т2: Понятно. Итак, мысль «Я покраснею» в действительности приводит нас к другой мысли, также уже записанной на бумаге: «Она подумает, что я глупец». Справедливым ли будет считать, что вы ставите знак равенства между способностью краснеть и глупостью?

Б: Да, полагаю, это так.

(Т2 пишет на листе бумаги: «Краснеть = быть глупым».)

Т2: Давайте поставим под сомнение это утверждение.

Б (с сомнением в голосе): Неужели и правда способность краснеть есть признак глупости? Это вряд ли. Не знаю. Но для меня это так.

Т2: Есть другие варианты отношения к человеку, который краснеет, помимо того, чтобы считать его глупцом? Группа, помогите Брайану проработать эту тему.

УГ1: Это правда, Брайан, я заметил, как ты несколько раз покраснел здесь, в группе, но это не произвело на меня большого впечатления. Я никогда не стал бы из-за этого думать, будто ты глуп. Говоришь ты хорошо и интересно.

Т2: Брайан, что вы на это скажете?

Б (глядя на УН): Благодарю вас. Вы меня очень поддержали.

Т1: Группа, когда вы видите, как кто-то краснеет, что вы думаете об этом человеке?

УГ2: Мне кажется, это может быть даже приятно. Словно человек симпатизирует тебе и заботится о том, что ты про него подумаешь.

УГ3: Я могу подумать, что это застенчивый человек, такой же, как я сам. Во всяком случае, мне не придет в голову считать его глупым.

Т1: Или человек только что зашел в помещение с улицы во время жары. Или бежал по лестнице.

Т2: Итак, прилив крови к лицу может означать что угодно. Брайан, не могли бы вы, с учетом всего, что здесь прозвучало, сформулировать рациональный ответ?

Б: Если я краснею, это вовсе не значит, что все сочтут меня глупцом.

Т2: Отлично. Мне нравится ваш ответ. Давайте его немного сократим, чтобы легче было вспоминать во время экспозиции. Например, так: «Краснеть — не значит быть глупым».

Б: Согласен.

(Т2 переворачивает страницу на пюпитре и записывает рациональный ответ вверху, на чистом листе.)

Психотерапевты выбрали именно эту автоматическую мысль для когнитивного реструктурирования, потому что она часто повторялась в домашней работе Брайана и имела прямое отношение к предстоящей экспозиции. Кроме того, психотерапевты приняли предложенный Брайаном рациональный ответ и перефразировали его в более позитивном ключе. Вместе с тем психотерапевты приложили усилия, чтобы сравнительно быстро провести Брайана через когнитивное реструктурирование: чем больше откладывается экспозиция, тем больше становится тревога, и сосредоточиться на когнитивном реструктурировании все труднее. Следующим шагом стал выбор целей экспозиции.

Т2: Прежде чем перейти к экспозиции, нам нужно поставить перед собой цели. Чего вы хотите достичь в процессе экспозиции?

Б: Я не хочу испытывать тревоги.

Т2: Снижение уровня тревоги — хорошая цель для завершающего этапа вмешательства. Я не уверен, что стоит ожидать того, что вы не будете волноваться во время первой экспозиции. Кроме того, лучше ставить перед собой поведенческие цели: что вы можете сделать, не касаясь эмоций и реакций, которых вы

хотели бы избежать. Поведение гораздо лучше поддается контролю. Что бы вы хотели сделать во время экспозиции? Б: Ну, я хотел бы представиться, ведь мы раньше не встречались. *(На той же странице, где вверху записан рациональный ответ Брайана, Т1 пишет*

в качестве заголовка — «Цели», а затем — «1. Представиться».) Т2: Вполне достойная цель. Что еще? Б: Поскольку она интересуется моим мнением, я мог бы похвалить ее работы и высказать свои предложения или советы, если они у меня будут. Т2: Отлично. Давайте дополним перечень. *(Т1 записывает: «2. Сказать один комплимент по поводу ее работ» и «3. Дать один совет или одно предложение».)*

. Брайан занял место за столом. Рядом с ним стоял пустой стул, предназначенный для его собеседницы. Пюпитр с листами бумаги был расположен так, чтобы Брайан мог прочесть свой рациональный ответ и цели. Вошел психотерапевт Т1 в сопровождении женщины-психотерапевта, выбранной на роль собеседницы Брайана. В руках у нее была папка с фотографиями.

Т1: Брайан, какие у вас начальные показатели шкалы дискомфорта?

Б: Сейчас — восемьдесят.

Т1: Хорошо, прочтите и обдумайте свой рациональный ответ.

Б: Краснеть — не значит быть глупым.

Брайан представился своей собеседнице, и они стали рассматривать и обсуждать фотографии. Психотерапевты продолжали экспозицию в течение 10 минут. По просьбе первого психотерапевта (Т1) Брайан каждую минуту сообщал свои показатели шкалы дискомфорта и читал вслух рациональный ответ. После завершения экспозиции психотерапевты предложили собеседнице Брайана остаться и начали разбор экспозиции.

Т2: Удалось ли вам достичь своих целей?

Б: Давайте посмотрим. Я представился, несколько раз похвалил ее работы. Не помню, дал ли я ей какие-то советы.

Т1: Я наблюдал за вашим разговором. Как вы уже сказали, вы представились. Я насчитал шесть комплиментов в адрес вашей собеседницы и четыре предложения, касающиеся ее работ. Например, вы порекомендовали использовать другие фильтры для камеры, помните?

Б: Точно. Мне кажется, я достиг всех своих целей.

Т2: Итак, какие у вас сложились впечатления об экспозиции в целом?

Б: Мне понравилось. Все прошло гораздо лучше, чем я ожидал.

Т2: Что вы имеете в виду?

Б: Ну, в конце я вообще перестал волноваться. Мне это показалось даже забавным.

Т2: Это важно, Брайан. Давайте рассмотрим, как менялась ваша тревога с течением времени. Вы начали экспозицию с показателем шкалы дискомфорта, равным восьмидесяти. Затем тревога снизилась до шестидесяти в конце первой минуты, до пятидесяти к концу второй минуты и до сорока к концу седьмой минуты; этот показатель сохранился до конца экспозиции. О чем это говорит?

Б: Думаю, что я представлял себе все в черных тонах, а на деле вышло гораздо лучше.

Т2: Все дело в попытке предсказать будущее. Кроме того, оставаясь в ситуации, вы начинаете чувствовать себя все лучше и лучше. Надо проверить, не является ли это вашей личной особенностью. Помог ли вам рациональный ответ?

Б: Конечно. Я знаю, что вначале я покраснел. Меня это беспокоило, но не так сильно, как раньше.

УГ3: Вы подумали, что покраснели? Я внимательно следил за вами, но ничего не заметил.

УГ4: Я тоже.

УГ2: Мне кажется, что вначале вы чуть-чуть покраснели, но это было едва заметно. Мне кажется, вы отлично поработали. Мне бы хотелось сидеть с вами рядом и рассматривать эти фотографии, так это было интересно.

УГ5: И мне тоже. *{Другие участники группы кивнули в знак согласия.}*

Т1 *(обращаясь к собеседнице Брайана)*: А вы заметили, что Брайан покраснел?

ТА: Возможно, вначале, но я не уверена. Это было почти не заметно. *(Обращаясь к Брайану.)* Во всяком случае, я не придавала этому большого значения, потому что тема разговора была мне интересна.

Т2 *(обращаясь к Брайану)*: Давайте рассмотрим некоторые другие ваши мысли, которые могли возникнуть во время экспозиции: «Я ей не понравлюсь». «Она подумает, что я глуп». Они приходили вам на ум?

Б *(с сомнением в голосе)*: Не думаю...

Т2 *(обращаясь к собеседнице)*: Вам не понравился Брайан? Или вы сочли его глупым?

ТА: Конечно нет! *(Брайану.)* Вы мне очень симпатичны. Мне было приятно с вами разговаривать. Вы хорошо разбираетесь в фотографии. Я собираюсь последовать некоторым из ваших советов.

Т2 *(Брайану)*: Что вы извлекли из этого опыта и что из услышанного здесь может пригодиться вам в будущем?

Б: Прежде всего, когда я краснею, люди не обязательно думают про меня плохо. То, что я покраснел, вовсе не так уж заметно, как мне казалось. Этот опыт придал мне уверенности в том, что и я могу высказывать дельные замечания и поддерживать разговор.

Домашнее задание Брайана на сессии 4 заключалось в том, чтобы продолжить когнитивное реструктурирование своей привычки краснеть. Брайан дал согласие в течение предстоящей недели, как минимум, дважды высказать окружающим свои предложения и провести когнитивное реструктурирование, связанное с выполнением домашнего задания.

Сессия 5

Разбор домашнего задания показал, что Брайан сдержал обещание. Он был воодушевлен результатами своих усилий. Он попросил прибавки жалованья на временной работе, и ему не отказали. Кроме того, он высказал свое мнение 'во время одного из разговоров на вечеринке, и другие люди отнеслись к нему с интересом. Брайан сформулировал рациональные ответы, в частности: «Если я краснею, это не значит, что я не могу высказать своего мнения» и «Я могу покраснеть, но никто не обратит на это внимания». Брайан получил одобрение от психотерапевта и группы за свои усилия.

Другие участники группы проводили экспозицию на этой сессии. Брайан был слушателем для одного из них, выступавшего с речью. Впервые он без колебаний помог другому участнику провести когнитивное реструктурирование.

В качестве домашнего задания Брайан согласился дважды высказать свое мнение (продолжив работу над одной из тем первой экспозиции) и начать один разговор.

Сессии 6 и 7

Брайан пропустил эти сессии, так как ездил в Орегон к родителям.

Сессия 8

По словам Брайана, его поездка домой удалась. Он сообщил, что старался как можно чаще вступать в разговоры и высказывать свое мнение. Для его экспозиции на сессии психотерапевты выбрали ситуацию, когда Брайан должен был пойти на ланч с двумя своими «коллегами» (мужчиной и женщиной примерно одних с ним лет). Предполагалось, что эта экспозиция создаст определенные трудности, поскольку Брайану придется вступать в разговор двух людей в относительно мало структурированной ситуации. Брайан назвал следующие автоматические мысли, которые пришли ему на ум перед экспозицией.

1. «Я покажусь нервным».
2. «Мои слова внесут диссонанс в разговор».
3. «То, что я скажу, их не заинтересует».
4. «Я буду выглядеть глупо».
5. «Я не смогу поддерживать разговор».

Как и с автоматическими мыслями при первой экспозиции, Брайану удалось выявить ошибки мышления, в частности предсказание будущего, чтение мыслей и навешивание ярлыков.

T1: Брайан, какая из этих мыслей вызывает у вас наибольшую тревогу?

Б: «Я не смогу поддерживать разговор». Мне гораздо лучше удастся справиться с мыслями о том, что я могу покраснеть или буду заметно нервничать во время беседы.

T1: Хорошо. Давайте поработаем над последней мыслью. Как можно ее оспорить? Если надо, взгляните на перечень оспариваемых вопросов.

Б: Уверен ли я на сто процентов, что не смогу поддерживать разговор? Нет, конечно, но, как правило, я быстро исчерпываю все темы.

T1: Брайан, вы так говорите о предстоящем разговоре, словно несете за него полную ответственность. Возможно, это проявление другой автоматической мысли? «Вести разговор — моя и только моя обязанность».

Б: Верно. Мне всегда кажется, что паузы в разговоре случаются только по моей вине.

T1: Понятно, а как насчет двух других людей, ваших собеседников? Несут ли они ответственность за ваш разговор?

Б: Мне представляется, что доля ответственности лежит и на них. Я раньше никогда об этом не задумывался.

T1: Итак, в разговоре с двумя другими людьми какова ваша доля ответственности? Б (*радостно улыбается*): Примерно одна треть.

T1: Верно. А теперь, как вы думаете, удастся ли вам что-нибудь сказать, чтобы внести в разговор свой вклад?

Б: Да, наверняка я смогу сделать пару-тройку комментариев. В последнее время я постоянно тренируюсь разговаривать с другими людьми и высказывать им свое мнение.

T1: Прекрасно, вспомните свой последний разговор. Удалось ли вам в нем поучаствовать?

Б: Это был диалог, причем на мою долю пришлось добрая половина высказываний, а то и больше.

Т1: Хорошо, итак, какой бы вы сформулировали рациональный ответ для этой экспозиции? Б: Поддерживать разговор — не только моя обязанность.

Брайан поставил перед собой цель сообщить четыре факта о себе и задать два вопроса. Показатели Брайана по шкале дискомфорта вначале составили 60 баллов, а затем, к концу четвертой минуты, снизились до 30. В течение последних шести минут экспозиции показатели колебались в пределах 25–30. Брайан вел себя вполне адекватно, видимых проявлений тревоги практически не было; его поведение сильно отличалось от того, как он себя вел во время диагностических процедур до вмешательства и на первых групповых сессиях (например, раньше для Брайана был характерен плохой зрительный контакт, тихий голос, уклончивые ответы). Во время обсуждения результатов экспозиции Брайан получил одобрение от других участников группы и своих партнеров по ролевой игре. Брайан без труда достиг своих целей и, казалось, был доволен собой. Домашнее задание для Брайана заключалось в том, чтобы подойти к своей коллеге по работе, которую он находил весьма привлекательной, и завязать с ней разговор.

Сессия 9

Брайан не сумел выполнить домашнее задание, поскольку женщина уволилась. Тем не менее он сообщил, что принимал активное участие в разговорах. Брайан не участвовал в экспозиции на этой сессии. Домашнее задание для Брайана заключалось в том, чтобы представиться незнакомому человеку и сообщить ему некоторые сведения о себе. Кроме того, ему следовало принимать участие в повседневных разговорах.

Сессия 10

Во время разбора домашнего задания Брайан выглядел взволнованным и подавленным. Он признался, что представился на вечеринке двум разным женщинам, но ни одна не проявила интереса к беседе с ним. Брайан заявил, что ему казалось, будто все проблемы позади; что теперь ему ничуть не лучше, чем в самом начале; что по большому счету ничего не изменилось. Психотерапевты избегали вступать с ним в спор, поскольку было непонятно, действительно ли все было так плохо, как он описывал. Вместо этого они отнеслись сочувственно к его сообщению о неприятных переживаниях, в то же время мягко корректируя ошибки мышления, которые просматривались в выводах Брайана. Психотерапевты признали, что отношения с другими людьми иногда складываются не так, как нам бы того хотелось, что, конечно, не может не огорчать. Вместе с тем они подчеркнули, что Брайану не удалось получить обнадеживающих результатов, однако он приблизился и первым заговорил с двумя привлекательными женщинами, чего и представить себе не мог до вмешательства. Брайану задали вопрос, можно ли утверждать, что всякая привлекательная женщина, к которой он приблизится, не проявит интереса к нему. Брайан с неохотой признал, что с момента начала вмешательства это были первые женщины, с которыми он заговорил, поэтому нет оснований полагать, что все привлекательные женщины будут реагировать подобным образом. Психотерапевты также спросили у Брайана, не умаляет ли он своих успехов, предложив ему вспомнить, что еще он научился делать в процессе вмешательства. После когнитивного реструктурирования Брайан несколько успокоился и приободрился.

Очередная экспозиция Брайана была назначена на эту неделю. Психотерапевты запланировали ситуацию, в которой Брайану предстояло поговорить со знакомой ему женщиной и пригласить ее в театр или ресторан. В экспозиции должна была участвовать женщина-психотерапевт, уже известная Брайану по второй экспозиции с фотографиями. Эта ролевая игра была задумана в качестве шага к достижению основной цели вмешательства — улучшению отношений со сверстниками, особенно женщинами. Брайан согласился с тем, что эта экспозиция тесно связана с его проблемами и скорее всего вызовет сильную тревогу. Брайан сообщил о следующих автоматических мыслях в преддверии экспозиции.

1. «Я ей буду неинтересен».
2. «Ей будут неинтересны мои слова».
3. «Люди думают, что со мной трудно разговаривать».
4. «Я скучен».

Брайан сумел выявить ошибки мышления, в том числе мышление по типу «все или ничего», отрицание положительных моментов, чрезмерную генерализацию, чтение мыслей и навешивание ярлыков. В процессе когнитивного реструктурирования Брайану предложили вспомнить о двух первых успешно проведенных экспозициях, когда у него нашлось что сказать и его слова заинтересовали других людей. Несколько участников группы сообщили Брайану, что разговоры с ним были интересны и полезны. Наконец, психотерапевты отметили, что вначале Брайан практически не участвовал в работе группы, в то время как теперь часто и открыто высказывает свое мнение. Другим участникам группы было предложено поделиться своими соображениями по этому поводу. Брайана заверили в том, что теперь он стал полноправным участником группы и научился выражать свои мысли. С помощью группы Брайан сформулировал свой рациональный ответ: «Многие люди проявят интерес ко мне, если я вступлю в разговор».

В задачи Брайана входило задать три вопроса, рассказать несколько фактов о себе и предложить собеседнице пойти с ним в театр. Показатель Брайана по шкале дискомфорта вначале составил 40 баллов, затем, к концу второй минуты, снизился до 20. Наблюдался некоторый подъем (до 40) после того, как Брайан произнес свое приглашение, который сменился спадом до 10 еще через две минуты. Этот уровень сохранялся до окончания экспозиции. И вновь Брайану без труда удалось достичь своих целей, а его поведение было вполне адекватным. Домашнее задание для Брайана заключалось в том, чтобы при малейшей возможности вступать в разговор и завязать беседу как минимум с одной женщиной своего возраста.

Сессия 11

Во время разбора домашнего задания Брайан сообщил, что был на вечеринке и длительное время беседовал с понравившейся ему женщиной. После этого он уже трижды с ней встречался. Брайан описал эти свидания в самых радужных тонах. Группа поделила его радость, напомнив, сколь сильно отличаются его успехи от тех автоматических мыслей, с которыми он боролся всего несколько недель назад. Брайан не участвовал в экспозиции на этой сессии, но принял участие в когнитивном реструктурировании других участников группы. Домашним заданием Брайана было практиковаться завязывать разговоры и принимать в них активное участие.

Сессия 12

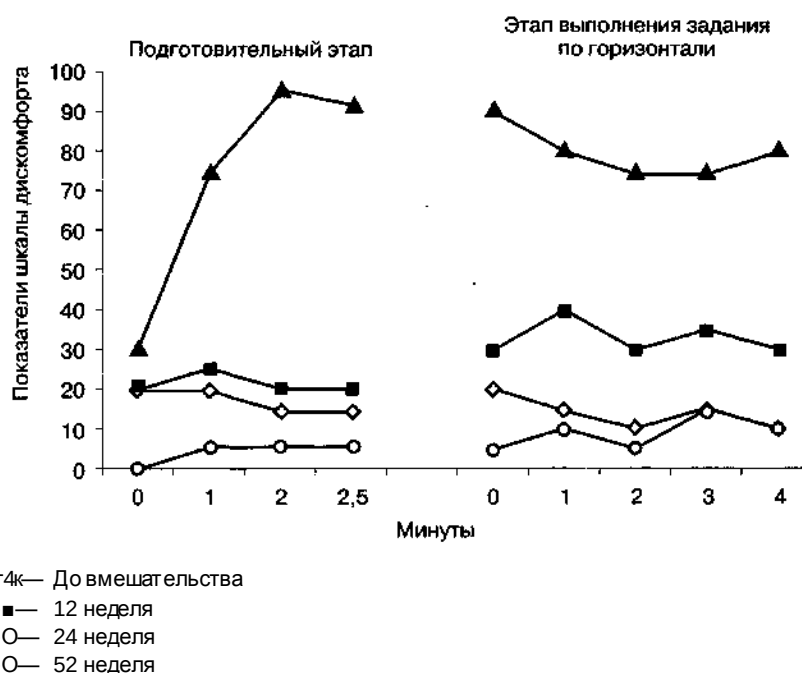
Брайан не принимал участия в экспозиции на этой неделе. Планировалось, что каждый пациент на 12-й неделе вмешательства пройдет диагностическое обследование, что подразумевает повторение большинства диагностических процедур, которые были использованы перед началом вмешательства. Кроме того, каждому пациенту была назначена индивидуальная сессия, во время которой предполагалось оценить достигнутые успехи и наметить цели для интенсивного продолжения вмешательства.

Диагностическое обследование на 12-й неделе (после острого вмешательства)

Брайану был вновь предложен раздел интервью *ADIS-IV-L* для социального тревожного расстройства; опрос проводил независимый исследователь, не осведомленный о динамике состояния пациента. Клиническая тяжесть симптоматики у Брайана составила 3, что означало не более чем умеренную выраженность; этот показатель был определенно ниже отрезной точки 4, после которой можно было ставить диагноз социального тревожного расстройства. Иными словами, социальная тревога Брайана по выраженности была на верхнем пределе нормы. У Брайана также отмечалось заметное снижение страха негативной оценки по результатам самоотчета (шкала *BFNE*), который составляет основу социального тревожного расстройства. Как уже было сказано, изменение выраженности страха негативной оценки является значимым предиктором функционирования после вмешательства.

Хотя на первом этапе вмешательства в фокусе внимания была тревога, связанная с социальным взаимодействием, было отмечено значительное улучшение как в этой сфере, так и в ситуациях воспроизведения ранее освоенных навыков/наблюдения (см. табл. 3.6). По результатам самоотчетов Брайана, страхи социального взаимодействия (шкала *SIAS*) и воспроизведения ранее освоенных навыков/наблюдения (*SPS*) оказались ниже клинической отрезной точки, рекомендованной Хеймбергом с коллегами (Heimberg et al, 1992). Аналогичным образом у Брайана заметно снизились показатели страха и избегания социального взаимодействия и функционирования в ситуации наблюдения со стороны по шкале *LSAS*, и эти показатели оказались на одно стандартное отклонение ниже характерных для пациентов с социальным тревожным расстройством до вмешательства (Heimberg et al, 1999). Во время поведенческих тестов отмечено выраженное улучшение как для ситуаций социального взаимодействия, так и для публичных выступлений (см. форму 3.2 и 3.3). Для заданий, связанных с социальным взаимодействием, тревога у Брайана варьировалась от низкой до умеренной (показатели *SUDS* = 5,40, 30, 30) на подготовительном этапе, однако значительно снижалась к концу этапа функционирования (показатели *SUDS* = 30, 40, 30, 20, 10). На всех этапах задания, связанного с произнесением речи, тревога у Брайана была от низкой до умеренной. Тот факт, что улучшение у Брайана коснулось не только тех сфер, на которые были направлены экспозиции и домашнее задание, отнюдь не редкость. Многие основные концепции, связанные с социальными взаимодействиями, вполне применимы к ситуациям воспроизведения ранее усвоенных навыков/наблюдения (например, вполне нормально выглядеть взволнованным),

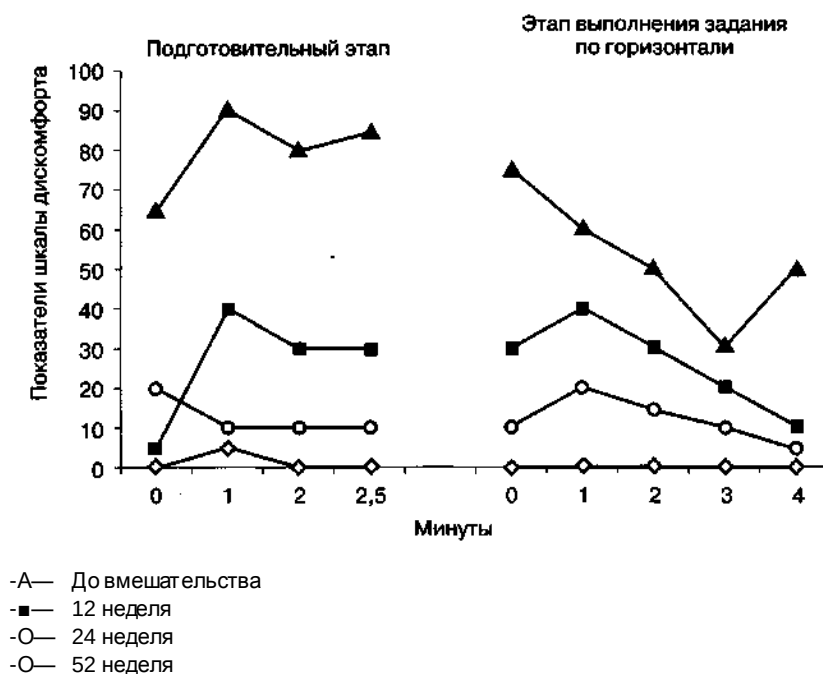
поэтому возможна генерализация. Кроме того, участие в групповых обсуждениях и проигрывание ролей перед группой служат своего рода неформальной экспозицией воспроизведения ранее усвоенных навыков/наблюдения. Наконец, двое из участников группы Брайана на протяжении первых двенадцати недель вмешательства работали преимущественно над страхом публичных выступлений, поэтому не исключено, что викарное научение стало причиной снижения страха публичных выступлений у Брайана.



Форма 32. Показатели шкалы дискомфорта для Брайана на подготовительном этапе и при выполнении задания на публичное выступление перед началом вмешательства, на 12-й неделе (после острого этапа вмешательства), на 24-й неделе (после интенсивного продолжения вмешательства), на 52-й неделе (после поддерживающего этапа вмешательства) (рисунк)

Что касается методов оценки других видов патологии помимо социальной тревоги, у Брайана было также отмечено значительное улучшение. Депрессия по Опроснику депрессии Бека дебыла в пределах нормы. Общее нарушение функционирования в связи с эмоциональными проблемами (по Шкале самоотчета Лейбовица о нарушениях функционирования) снизилось с 15 до 2. Особенно важно, что Брайан избавился от мыслей о самоубийстве и больше не жаловался на плохое настроение, трудности в учебе и невозможность работать в полную силу, плохие отношения с членами семьи и отсутствие друзей. У Брайана оставались небольшие проблемы: он не мог завязать удовлетворительных любовных отношений и умеренно потреблять алкоголь. Брайан сообщил, что качество его жизни (по опроснику качества жизни) существенно повысилось, хотя этот показатель

был по-прежнему ниже, чем в здоровой выборке. Аналогичным образом группа авторов выявила выраженные изменения в показателях качества жизни своих пациентов после 12-й недели терапии КПГТ, отмечая, что эти показатели все же ниже, чем в норме (Safren, Heimberg, Brown, & Holle, 1997). Эти авторы утверждают, что трех месяцев может быть вполне достаточно, чтобы пациенты, не ограничиваясь снижением симптоматики, начали коренным образом менять свою жизнь (например, получить хорошую работу, завести новых друзей), но все-таки мало, чтобы полностью реализовать себя.



Форма 3.3. Субъективные единицы шкалы дискомфорта для Брайана на подготовительном этапе и при выполнении задания во время проведения поведенческого теста социального взаимодействия перед началом вмешательства, на 12-й неделе (после острого этапа вмешательства), на 24-й неделе (после интенсивного продолжения) и на 52-й неделе (после поддерживающего этапа) (рисунок)

На индивидуальной сессии после 12 недель вмешательства Брайан и психотерапевт договорились о направленности следующих 12 недель вмешательства: в центре внимания будет страх и избегание публичных выступлений. Хотя страхи, связанные с публичным выступлением, были у Брайана не столь сильны, как в начале вмешательства, он по-прежнему избегал выступать перед аудиторией.

Интенсивное продолжение вмешательства (недели 12-24)

Сессии КПГТ на протяжении этих дополнительных 12 недель вмешательства проводились в том же формате, что и первые 12 сессий. На сессии перед каждой экспозицией Брайана психотерапевты обсуждали с ним содержание экспозиции и те

материалы, которые следовало принести для ее проведения (например, фотоальбомы, визитки).

На этом этапе Брайан провел четыре групповые экспозиции, связанные с публичным выступлением. Первые три из них напоминали презентации, которые предполагалось делать в колледже несколько раз за семестр. На первой экспозиции аудиторию составляли лишь психотерапевты и другие участники группы. Все проявили интерес к выступлению и задавали несложные вопросы. Вначале Брайан испытывал небольшую тревогу (25), затем, спустя две минуты, уровень тревоги быстро снизился и далее оставался низким (10).

Во время второй экспозиции Брайан представлял свой проект, при этом ситуация была несколько модифицирована, чтобы вызвать более выраженную тревогу. На этот раз аудитория была расширена за счет двух незнакомых Брайану людей. Они совместно с психотерапевтом заняли критическую позицию, что выражалось в комментариях и невербальных знаках, а также пытались задавать каверзные вопросы. Брайан был информирован обо всех этих изменениях заранее, поэтому в процессе когнитивного реструктурирования обсуждались новые автоматические мысли. Брайан сформулировал рациональный ответ: «Вполне нормально сказать, что я не знаю ответа на вопрос». Вначале тревога у Брайана была несколько выше, чем на первой экспозиции, но быстро уменьшилась (40, 50, 40, 30, 30, 20, 20, 20, 20, 10, 10).

Во время первых двух экспозиций, связанных с публичным выступлением, Брайан рассказывал о своей работе в течение двух-трех минут, а оставшееся время отвечал на вопросы. На третьей экспозиции ему предстояло рассказывать о своем проекте до тех пор, пока психотерапевты не подадут знак о том, что можно переходить к вопросам. Предполагалось, что Брайан будет говорить в течение шести-семи минут. В аудитории и на этот раз было двое незнакомых людей, занимавших умеренно критическую позицию. Автоматические мысли у Брайана, помимо уже известных: «Моя нервозность плохо отразится на качестве выступления» и «Мне не удастся понятно изложить свои мысли». Кроме того, чтобы оспаривать эти мысли с использованием специальных вопросов, психотерапевты решили применить процедуру «молчаливой *SUDS*» во время этой экспозиции. Согласно протоколу, по просьбе психотерапевта сообщить показатели шкалы *SUDS* пациент не произносит их вслух, а записывает. После каждого запроса о показателе *SUDS* все участники группы и дополнительные слушатели также записывали свои субъективные впечатления о выраженности тревоги у оратора. После этой экспозиции Брайан сообщил о следующих показателях *SUDS*: 40, 30, 20, 10, 10, 20, 20, 30, 20, 10, 10. Затем участники группы, дополнительные слушатели и психотерапевты огласили результаты своих наблюдений за Брайаном. Ни в одном из случаев эти показатели не превышали оценок самого Брайана, напротив, в большинстве своем они были ниже. Эта информация была дополнена субъективными впечатлениями от выступления Брайана, причем оценки звучали преимущественно позитивные. Таким образом, Брайан имел возможность убедиться в том, что факты подтверждают правильность его рационального ответа, который звучал следующим образом: «Я способен хорошо выступить, даже если немного нервничаю».

Последняя для Брайана экспозиция, связанная с публичным выступлением, состояла из презентации в форме интервью, сделанного в присутствии потенци-

альных работодателей и коллег. При этом присутствовали только незнакомые Брайану люди. Во время экспозиции Брайан испытывал минимальную тревогу и вновь заслужил одобрение аудитории.

Как и на остром этапе вмешательства, Брайан дал согласие выполнять домашнее задание, включавшее когнитивное реструктурирование и экспозицию *in vivo*. Хотя сессионные экспозиции Брайана были на тему публичных выступлений, он каждую неделю выполнял домашние задания, посвященные как социальному взаимодействию, так и страху публичных выступлений. Брайан продолжил работу над умением завязывать разговор, беседовать с незнакомыми людьми, излагать свое мнение.

Домашние задания на тему страха публичных выступлений состояли из обязательного когнитивного реструктурирования до и после выступлений в колледже, формулирования вопросов по поводу выступлений других студентов, пересказа какой-либо истории небольшой группе из двух-трех человек, а также комментария во время собраний на работе. Пациентам, у которых меньше возможностей выступать, чем у Брайана, мы рекомендуем курсы ораторского искусства. Они также помогают освоить навыки выступлений.

Диагностическое обследование на 24-й неделе (после интенсивного продолжения вмешательства)

Что касается симптоматики социальной тревоги, Брайан сохранил или даже улучшил свои результаты по методикам *SIAS*, *SPS*, *BFNE*, *LSAS* и *ADIS-IV-L*. Кроме того, настроение Брайана также стало лучше (Опросник депрессии Бека), сохранялось минимальное нарушение функционирования в связи с симптоматикой. Важно, что Брайан сообщил о дальнейшем повышении качества жизни. Его показатель по Опроснику качества жизни теперь соответствовал показателю нормативной выборки (Frisch, 1994), (см. табл. 3.6).

Хотя в центре внимания на протяжении вторых 12 недель вмешательства была тревога, связанная с публичными выступлениями, поведение при социальном взаимодействии также стало более адекватным: показатели по шкале *SUDS* не превышали 20 баллов (что соответствует небольшой тревоге) на подготовительном этапе и во время выполнения задания (см. форму 3.3). Для поведенческого теста с публичным выступлением показатели по шкале *SUDS* были не выше 15 во время подготовительного этапа и при выполнении задания (см. форму 3.2).

Поддерживающее вмешательство (недели 25-52)

На этапе поддерживающего вмешательства экспозиции преимущественно происходили вне группы. Сессии были посвящены оказанию помощи пациентам в проведении когнитивного реструктурирования в связи с наиболее проблемными социальными ситуациями, в которых они оказывались в течение месяца. Также обсуждались трудности, с которыми столкнулись пациенты при проведении экспозиций и когнитивного реструктурирования со времени последней сессии.

На поддерживающем этапе расписание занятий у Брайана мешало ему посещать групповые сессии. Поэтому его ежемесячные поддерживающие сессии проводились в индивидуальном формате с одним из психотерапевтов. На протяжении поддерживающего вмешательства Брайан продолжал работать над знакомыми

проблемами, связанными с умением начать разговор, высказать свое мнение, представиться незнакомым людям и выступить перед группой. Что касается социального взаимодействия, Брайан сообщил, что по-прежнему не ощущает эмоциональной близости с друзьями и девушкой. Дальнейшее обсуждение показало, что Брайан испытывал значительную тревогу при обсуждении с ними важных, но болезненных для них тем, а также при сообщении информации личного характера. На протяжении поддерживающего этапа Брайан провел ряд экспозиций, посвященных обсуждению своих чувств к любимой девушке с соседом по комнате; обсуждению трудных моментов своего детства с подругой; оказанию поддержки своему другу, у которого были проблемы с матерью-алкоголичкой. Благодаря этим поведенческим экспериментам Брайан получил возможность проверить свои автоматические мысли (например, «Он будет надо мной смеяться», «Он отвернется от меня», «Она плохо обо мне подумает»). Брайан обнаружил, что реальные люди, которым он решил довериться, как правило, поддерживают его, причем чем больше он перед ними открывался, тем ближе к ним себя чувствовал. Брайан также заметил, что они, в свою очередь, также готовы поделиться с ним самым сокровенным; неожиданно для себя он обнаружил, что обсуждать волнующие темы гораздо проще, чем ему представлялось ранее.

Диагностическое исследование на 52-й неделе (после поддерживающего вмешательства)

Независимый исследователь оценил состояние Брайана по интервью *ADIS-IV-L* как соответствующее клинической выраженности 2, т. е. небольшое социальное тревожное расстройство, не приводящее к нарушению функционирования. Брайан сохранял достигнутые результаты, если судить по самоотчетам и клиническим тестам социальной тревоги. Показатель качества жизни по соответствующему опроснику отражал высокую удовлетворенность жизнью (см. табл. 3.6). Показатели Брайана по Шкале дискомфорта свидетельствовали об отсутствии внутреннего напряжения перед и во время поведенческого теста на социальное взаимодействие и небольшую тревогу до и во время теста на публичное выступление (см. формы 3.2 и 3.3). В действительности показатели Брайана по Шкале дискомфорта были ниже, чем у многих представителей контрольной группы, у которых отсутствовал диагноз социального тревожного расстройства и которые принимали участие в поведенческих тестах.

Полугодовое проспективное наблюдение и диагностическое обследование

После шести месяцев, в течение которых вмешательство не проводилось, Брайан сохранил все достигнутые результаты по данным клинических интервью (табл. 3.6). У Брайана обнаружился небольшой подъем социальной тревоги после диагностического обследования на 52-й неделе, по данным самоотчетов. Несмотря на это, его показатели социальной тревоги были гораздо ниже, чем до вмешательства, и соответствовали таковым в контрольной группе.

Оценка качества жизни и функционирования, поведенческие тесты и ранжирование пугающих ситуаций в процессе полугодового проспективного наблюдения не проводились.

Заключение и выводы

Основная цель данной главы — провести пошаговый анализ терапии КПГТ — от первичного скрининга потенциальных участников группы до проспективного наблюдения за результатами вмешательства. Трудности, которые могут возникнуть при проведении терапии КПГТ, подробно обсуждаются в нескольких работах (Heimberg & Becker, 2001; Coles, Hart, & Heimberg). Пациенты, подобные Брайану, добиваются значительного улучшения в своей жизни, что стимулирует дальнейшие исследования, посвященные вмешательству при социальном тревожном расстройстве — весьма неприятном состоянии — с обнадеживающим прогнозом.

Литература

- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 497-505.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.—Revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Amies, P. L., Gelder, M. G., & Shaw, P. M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative interpretation bias in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.
- Asmundson, G. J. G., & Stein, M. B. (1994). Selective attention for social threat in patients with generalized social phobia: Evaluation using a dot-probe paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 107-117.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Jacob, R. G., & Cooley, M. R. (1989). Assessment of social phobia: Reliability of an impromptu speech task. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 149-158.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, A11-21.
- Bond, C. E., Jr., & Omar, A. S. (1990). Social anxiety, state dependence, and the next-in-line effect. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 185-198.
- Boone, M. L., McNeil, D. W., Masia, C., Turk, C. L., Carter, L. E., Ries, B. J., & Lewin, M. R. (1999). Multimodal comprehensive assessment of social phobia subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271—292.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21-27.
- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904-915.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1991). States of mind model and cognitive change in treated social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 429-441.
- Butler, G. (1989). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 181-186.
- Butler, G., Cullington, A., Munby, M., Amies, P., & Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-650.

- Chambless, D. L., Chemey, J., Caputo, G. C., & C Rheinstein, B.J. G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 29-40.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 221-240.
- Chapman, T. F., Mannuzza, S., & Fyer, A. J. (1995). Epidemiology and family studies of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 21-40). New York: Guilford Press.
- Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 7, 113-121.
- Cohn, L. G., & Hope, D. A. (2001). Treatment of social phobia: A treatment by dimensions review. In S. Hofmann & P. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 354-378). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Coles, M. E., Hart, T. A., & Heimberg, R. G. (in press). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia. In R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety*. Chichester, England: Wiley.
- Coles, M. E., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Fresco, D. M. (in press). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.
- Dalgleish, T., & Watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 589-604.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., & Lawrence, S. G. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10, 903-913.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Vaugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L. S., Richichi, E. A., Krishnan, R. R., Ford, S. M., Smith, R. D., & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 48-51.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., Lawton, J. K., & Barlow, D. H. (1995, November). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Lifetime Version: Description and initial evidence for diagnostic reliability*. Paper presented at the 29th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Elking, D. T., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1997). Inter-relationships among measures commonly used 4, 246-248.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Mindlin, M. (in press). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174-184.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Fresco, D. M., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (in press). Social and specific phobias. In M. Gelder, N. Andreasen, & J. Lopez-Ibor (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Fydrich, T., Chaoibless, D. L., Peny, K. J., Buerger, E., & Beazley, M. B. (1998). Behavioural assessment of social performance: A rating system for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 995-1010.
- Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbalic, P., Amkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E., & Bartko, J. J. (1991). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Halford, K., & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British journal of Clinical Psychology*, 21, 17-28.

- Hart, T. A., Jack, M. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (1999). Issues for the measurement of social anxiety disorder (social phobia). In H. G. M. Westenberg & J. A. Den Boer (Eds.), *Focus on psychiatry: Social anxiety disorder* (pp. 133-155). Amsterdam: Syn-Thesis.
- Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 269-280.
- Heimberg, R. G. (1996). Social phobia, avoidant personality disorder, and the multiaxial conceptualization of interpersonal anxiety. In P. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (Vol. 1, pp. 43-62). Chichester, England: Wiley.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2001). *Nature and treatment of social fears and phobias*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issues of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249-269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobias and public speaking phobias. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172-179.
- Heimberg, R. G., Homer, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Campeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallen, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S., & Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332-339.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427-438.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1992). Avoidant personality disorder and the generalized subtype in social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 318-325.
- Holt, C. S., Heimberg, R. G., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63-77.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (client workbook)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Klein, J. R. (1990). Social anxiety and the recall of interpersonal information. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4, 189-199.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-417.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. (1990). Representation of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177-189.

- Hope, D. A., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (in press). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (therapist manual)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Juster, H. R., Brown, E. J., & Heimberg, R. G. (1996). Sozialphobie [Social phobia]. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der verhaltenstherapie [Textbook of behavior therapy]* (pp. 43-59). Berlin: Springer-Verlag.
- Juster, H. R., & Heimberg, R. G. (1998). Social phobia. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 6, pp. 475-498). Oxford: Pergamon Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kimble, C. E., & Zehr, H. D. (1982). Self-consciousness, information load, self-presentation, and memory in a social situation. *Journal of Social Psychology*, 118, 39-6.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22, 308-321.
- Levin, A. P., Saoud, J. B., Strauman, T., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Crawford, R., & Liebowitz, M. R. (1993). Responses of «generalized» and «discrete» social phobics during public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 207-221.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191-192.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., Goetz, D., Juster, H. R., Lin, S.-L., Bruch, M. A., Marshall, R., & Klein, D. F. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.
- Lucas, R. A., & Telch, M. J. (1993, November). *Group versus individual treatment of social phobia*. Paper presented at the 27th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 599-610.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Co-morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. E., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230-237.
- Mattia, J. I., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (1993). The revised Stroop color-naming task in social phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 305-313.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Mattick, R. P., Peters, L., & Clarke, J. C. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- McEwan, K. L., & Devins, G. M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.
- Mullaney, J. A., & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: Clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 565-573.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McARDle, E. T., Rosenbaum, J. F., & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research*, 54, 249-258.

- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E., & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 983-994.
- Roth, D., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (in press). Interpretations for anxiety symptoms in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 126-133.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Client expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698.
- Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups. New York: Plenum Press.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallen, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Homig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia; Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F. R., Martin, L. Y., Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., & Fyer, A. J. (1989). Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 15-23.
- Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Fyer, A. J., & Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 1-5.
- Schwartz, R. M., & Garamoni, G. L. (1989). Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information processing model of positive and negative states of mind. *Clinical Psychology Review*, 9, 271-294.
- Smail, P., Stockwell, T., Canter, S., & Hodgson, R. (1984). Alcohol dependence and phobic anxiety states: I. A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 144, 53-57.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 273-283.
- Taylor, S., Woody, S., Koch, W., McLean, P., Paterson, R., & Anderson, K. W. (1997). Cognitive restructuring in the treatment of social phobia: Efficacy and mode of action. *Behavior Modification*, 21, 487-511.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D., Koch, W. J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment*, 4, 181-191.
- Thyer, B. A., Parrish, R. T., Himle, J., Cameron, O. G., Curtis, G. C., & Nesse, R. M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 357-359.
- Tran, G. Q., & Chambless, D. L. (1995). Psychopathology of social phobia: Effects of subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 489-501.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- Turk, C. L., Coles, M., & Heimberg, R. G. (in press). Psychological treatment of social phobia: A literature review. In D. J. Stein & E. Hollander (Eds.), *Textbook of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Turk, C. L., Lemer, J., Heimberg, R. G., & Rapee, R. M. (2001). An integrated cognitive-behavioral model of social anxiety. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 281-303). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioural treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795-804.

- van Velzen, C. M. J., Emmelkamp, P. M. G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioural treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1991). A comparison of social standards and perceived ability in anxious and nonanxious men. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 237-254.
- Walters, K. S., & Hope, D. A. (1998). Analysis of social behavior in individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. *Behavior Therapy*, 29, 387-97.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my mind's eye?: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 631-634.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1999). The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 653-658.
- Widiger, T. A. (1992). Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: A commentary on three studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 340-343.
- Wolpe, J., & Lazarus A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

Генерализованное тревожное расстройство¹

Тимоти А. Браун,
Трейси А. О'Лири,
Дэвид Х. Барлоу

Генерализованное тревожное расстройство еще называется базисным тревожным расстройством в том смысле, что генерализованная тревога по определению является составляющей других тревожных расстройств. Но природу генерализованного тревожного расстройства мы стали лучше понимать сравнительно недавно. В не столь отдаленном прошлом были предприняты первые попытки разработать методы эффективного психологического вмешательства, и лишь в последние несколько лет появились факты, свидетельствующие о возможности успешной терапии таких расстройств. Это немаловажное достижение, поскольку генерализованное тревожное расстройство является хроническим, несмотря на заметные изменения его выраженности у одного и того же пациента. Некоторые клиницисты даже склонны рассматривать генерализованное тревожное расстройство как расстройство личности, поскольку многие пациенты не могут точно указать, когда и при каких обстоятельствах оно возникло; напротив, они придерживаются мнения, что страдали этим расстройством всю жизнь. Медикаментозная терапия, несмотря на свою популярность, не позволяет добиться стойких результатов. По этой причине настоятельной потребностью остается разработка новых методик вмешательства.

Технология, представленная в данной главе, была разработана в нашем центре. Она включает такие процедуры, как экспозиция к тревоге и профилактика беспокойного поведения. Эти психотерапевтические процедуры вытекают из новых теоретических представлений о генерализованном тревожном расстройстве. Надо сказать, что эти процедуры коренным образом отличаются от более традиционных подходов к вмешательству при генерализованной тревоге.

Дэвид Х Барлоу

Обзор: определение и отличительные особенности

С момента признания в 1980 г. самостоятельности этой диагностической категории критерии генерализованного тревожного расстройства (ГТР) постоянно пересматривались в каждом издании «Руководства по диагностике и статистике

психических расстройств» (*DSM*). В третьем издании *DSM-III* (*American Psychiatric Association*, 1980) диагноз предлагалось ставить по остаточному принципу, т. е. при условии, что состояние пациента не удовлетворяло критериям других расстройств оси I; основным признаком считалось наличие генерализованной, устойчивой тревоги (продолжительностью не менее 1 месяца), что должно было проявляться симптомами, относящимися не менее чем к трем из четырех категорий:

- 1) моторное напряжение, т. е. мышечные боли, двигательное беспокойство;
- 2) гиперактивность вегетативной нервной системы (в частности, потливость, головокружение, учащение сердечного ритма);
- 3) дурные предчувствия (например, в форме тревоги, беспокойства, страха);
- 4) настороженность и сверхбдительность, т. е. трудности концентрации внимания, раздражительность.

Вместе с тем, согласно имеющимся фактам (Barlow & Di Nardo, 1991), значительная часть пациентов сообщала о стойких симптомах тревоги и напряжения вследствие беспокойства и дурных предчувствий, не обусловленных другими эмоциональными расстройствами (например, в связи с материальным положением, неприятностями на работе или мелкими житейскими неурядицами). Соответственно, диагностические критерии ГТР были существенным образом переработаны в третьем, пересмотренном издании *DSM-III-R* (*American Psychiatric Association*, 1987). Главными изменениями в подходе к ГТР были следующие:

- 1) ключевым признаком стало считаться чрезмерное или не соответствующее реальности беспокойство, не обусловленное другим расстройством оси I;
- 2) критерий наличия сопутствующей симптоматики был также пересмотрен: для постановки диагноза требовалось наличие не менее 6 из 18 симптомов, формирующих три группы (моторное напряжение, гиперактивность вегетативной нервной системы, настороженность и сверхбдительность);
- 3) критерий длительности был изменен с 1 до 6 месяцев, чтобы можно было дифференцировать ГТР от преходящих реакций на негативные жизненные события (например, расстройства приспособительных реакций; Breslau & Davis, 1985);
- 4) диагноз ГТР перестали ставить по остаточному принципу.

В четвертом издании *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994) критерии ГТР вновь подверглись пересмотру с целью сделать их более удобными для пользования и подчеркнуть сам процесс беспокойства/дурных предчувствий (Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994). Как показано в табл. 4.1, по *DSM-IV* диагноз ГТР ставится на основании наличия ключевого признака — чрезмерного, не поддающегося контролю беспокойства по поводу тех или иных жизненных событий/видов деятельности, которое сопровождается как минимум тремя из шести сопутствующих симптомов негативного аффекта/напряжения.

Таким образом, из *DSM-III-R* было изъято требование двух и более сфер беспокойства, взамен появилась формулировка чрезмерного беспокойства по поводу ряда жизненных событий/видов деятельности, т. е. интенсивность, продолжительность и частота беспокойства не соответствуют вероятности или потенциальному значению негативного события.

Таблица 4.1. Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства по DSM-IV

- А. Чрезмерная тревога и беспокойство (дурные предчувствия), которые проявляются в большинство дней на протяжении не менее 6 месяцев и связаны с рядом событий или видов деятельности (например, работой или школьной учебой).
- В. Индивид с трудом может контролировать свое беспокойство.
- С. Тревога и беспокойство связаны с тремя (и более) из следующих шести симптомов (причем некоторые из них присутствовали в большинство дней за последние 6 месяцев). *Примечание.* Для детей достаточно одного симптома.
 - 1) двигательное беспокойство или возбуждение или мучительное состояние неопределенности;
 - 2) легкая утомляемость;
 - 3) трудность концентрации внимания или плохая память;
 - 4) раздражительность;
 - 5) мышечное напряжение;
 - 6) расстройства сна (трудности засыпания или раннее пробуждение или беспокойный, не дающий отдыха сон).
- Д. Фокус тревоги и беспокойства не подпадает ни под одно из других расстройств оси I, в частности, речь не идет о приступе паники (как при паническом расстройстве), смущении на людях (как при социальной фобии), заражении (как при обсессивно-компульсивном расстройстве), разлуке с родными и близкими (как при тревоге сепарации), наборе веса (как при нервной анорексии), множественных соматических жалобах (как при соматизированном расстройстве) или серьезном заболевании (как при ипохондрии), причем тревога и беспокойство не приурочены исключительно к проявлению посттравматического стрессового расстройства.
- Е. Тревога, беспокойство и физическая симптоматика вызывают клинически значимый дистресс или нарушение социальной, профессиональной или других важных сфер функционирования.
- Е. Нарушение не обусловлено прямым физиологическим воздействием того или иного вещества (например, лекарственного средства или психоактивного вещества) или общим состоянием здоровья (например, гипертиреозом) и не приурочено исключительно к проявлениям расстройства настроения, психотического расстройства или общего расстройства психологического развития.

Примечание. Воспроизведено с разрешения *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Copyright 1994 American Psychiatric Organization.

Кроме того, содержащееся в *DSM-IV* определение подчеркивает, что беспокойство, с точки зрения индивида, *с трудом поддается контролю*. Это дополнение было сделано, исходя из сравнения пациентов с ГТР и лиц с другими психическими расстройствами и без них: по содержательной стороне беспокойства значительных различий между ними не было (например, пациенты с ГТР и нетревожные представители контрольной группы сообщали о том, что их беспокоят семейные проблемы, работа, материальное положение и т. д.), значительно различались показатели *подконтрольности* самого процесса беспокойства (в частности, удельный вес дней, проведенных в беспокойстве, частота необоснованных случаев беспокойства, представления о возможности взять свое состояние под контроль, число затронутых сфер (Borkovec, 1994; Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991; Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989)). Например, при сопоставлении пациентов с ГТР по критериям *DSM-III-R* и не страдающих тревожным расстройством

лиц из контрольной группы по различным возможным критериям *DSM-IV* оказалось, что 100% пациентов с диагнозом ГТР испытывали субъективные трудности при попытке контролировать свое беспокойство, что отмечали только 5,6% участников группы сравнения (Abel & Borkovec, 1995). Важность критерия неконтролируемости/чрезмерности беспокойства подтверждается и тем фактом, что пациенты с ГТР имеют гораздо более высокие показатели по сравнению со страдающими другими тревожными расстройствами (в том числе обсессивно-компульсивным расстройством, или ОКР) и нетревожными представителями контрольной группы по Опроснику для выявления склонности к беспокойству (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ), психометрическому инструменту для оценки выраженности беспокойства как характерологической черты (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Brown, Moras, Zinbarg, & Barlow, 1993; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

Кроме того, в *DSM-IV* был уменьшен перечень сопутствующих симптомов — с 18 до 6 — за счет сохранения перечисленных в *DSM-III-R* симптомов мышечного напряжения и настороженности и исключения признаков вегетативного возбуждения (см. табл. 4.1). Эти изменения были сделаны потому, что ГТР может быть связано с сопутствующей симптоматикой, что облегчит его дифференциацию от других тревожных расстройств. Например, исследования с использованием критериев *DSM-III-R* показали, что при проведении структурированных интервью пациенты с ГТР отмечали у себя признаки возбуждения вегетативной нервной системы (типа учащенного сердцебиения, нехватки воздуха) гораздо реже по сравнению с симптомами из других кластеров (Brawman-Mintzer et al., 1994; Marten et al., 1993; Noyes et al., 1992). Действительно, сопутствующие симптомы, о которых особенно часто сообщают пациенты с ГТР, включают в себя раздражительность, двигательное беспокойство, мышечное напряжение, быструю утомляемость, расстройства сна и концентрации внимания (Marten et al., 1993). Дополнительные исследования показали, что пациенты с ГТР отмечают вегетативную симптоматику ничуть не реже, однако их все же легко отличить от страдающих другими тревожными расстройствами (паническим расстройством, социальной фобией, специфическими фобиями, ОКР) по частоте и выраженности признаков мышечного напряжения и настороженности (Brown, Marten, & Barlow, 1995). Кроме того, эти же симптомы сильнее коррелируют с показателями беспокойства и выраженностью ГТР, чем признаки вегетативного возбуждения (Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Brown, Marten, & Barlow, 1995).

Результаты самоотчетов пациентов согласуются с данными недавно проведенных психофизиологических исследований. Так, пациенты с ГТР демонстрируют более высокую реактивность по сравнению с нетревожными представителями контрольной группы как до действия стимула, так и в ответ на психологическую нагрузку: у них возрастает мышечное напряжение (которое оценивали посредством электромиографии мышц лба и голени; Hazlett, McLeod, & Hoehn-Saric, 1994; Hoehn-Saric, McLeod, & Zimmerli, 1989; Hoehn-Saric & McLeod, 1988). Вместе с тем не удалось выявить различий между беспокойными и не страдающими беспокойством людьми (или пациентами с ГТР и нормальными людьми из контрольной группы) по сердечно-сосудистым показателям как в состоянии покоя, так и после действия вызывающих беспокойство стимулов в лабораторных условиях (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Таким образом, имеющиеся

данные свидетельствуют о том, что, хотя пациенты с ГТР и люди, склонные к хроническому беспокойству, отличаются повышенным мышечным тонусом (как в покое, так и в ответ на лабораторную нагрузку), для них, в отличие от других тревожных расстройств, не характерно перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы (Hoehn-Saric & McLeod, 1988).

Дальнейшие исследования показали, что ГТР и беспокойство действительно связаны с низкой вегетативной реактивностью (Borkovec & Ни, 1990; Borkovec, Lyonfields, Wiser, & Diehl, 1993; Hoehn-Saric et al, 1989). Это означает, что по сравнению с нетревожными представителями группы контроля лица с ГТР демонстрируют узкий диапазон изменения вегетативных показателей (например, частоты сердечных сокращений) в покое и в ответ на действие стрессоров в лабораторных условиях (например, во время беспокойства или экспозиции к неприятным зрительным образам). Более того, заметное снижение изменений сердечно-сосудистых показателей было отмечено и у нетревожных лиц при переходе от состояния покоя к неприятным зрительным представлениям; вместе с тем особенно резкое снижение вариабельности имело место во время вызывающих беспокойство размышлений (Lyonfields, Borkovec, & Thayer, 1995). Хотя признаки вегетативной ригидности при ГТР поначалу приписывались угнетению симпатического отдела вегетативной нервной системы (Hoehn-Saric et al., 1989), недавние наблюдения показали, что это явление, скорее всего, объясняется хроническим снижением тонуса парасимпатического отдела (Lyonfields et al., 1995). Независимо от лежащих в основе данного феномена механизмов эти наблюдения согласуются с результатами клинических исследований (Brown, Marten, & Barlow, 1995) и свидетельствуют о том, что ГТР сопровождается преобладанием симптоматики негативного аффекта/напряжения (например, мышечного напряжения, раздражительности) и сравнительно низкой частотой вегетативных симптомов (типа учащенного сердцебиения). Кроме демонстрации различий между ГТР и другими тревожными расстройствами эти наблюдения используются в современных концептуальных моделях ГТР и патологического беспокойства, о которых идет речь в данной главе.

Наконец, в соответствии с *DSM-IV*, дифференциальный диагноз с ГТР не следует проводить, если состояние пациента больше отвечает критериям другого психического или соматического расстройства (например, беспокойство, связанное с ожиданием приступа паники при паническом расстройстве, не следует подводить под диагноз ГТР). Кроме того, согласно определению ГТР, приведенному в *DSM-IV*, этот диагноз не следует ставить, если симптоматика проявляется исключительно на фоне расстройства настроения, посттравматического стрессового расстройства, психогических расстройств или общего расстройства психологического развития. Таким образом, хотя формально диагноз ГТР уже не ставится по остаточному принципу, для некоторых расстройств диагностическая иерархия продолжает существовать. Это в известной мере объясняет некоторые разногласия между исследователями по поводу наличия абсолютно специфических симптомов ГТР как самостоятельной диагностической категории (Brown et al., 1994). Вопрос о дифференциальной диагностике стоит особенно остро в случае расстройств настроения (выраженной депрессии, дистимии), в частности из-за наличия общей симптоматики и частого сочетания этих расстройств (см., например, Brown, Marten, & Barlow, 1995; Starcevic, 1995).

Распространенность, клиническое течение и сопутствующие расстройства

Распространенность

Исследование распространенности ГТР в рамках всей популяции на протяжении жизни дает показатели от 1,9 до 5,4%. Самые последние данные по распространенности ГТР получены в Национальном исследовании сопутствующих заболеваний (*National Comorbidity Survey, NCS*), в котором были обследованы более 8000 представителей общей популяции (в возрасте от 15 до 54 лет) в процессе структурированных интервью. Распространенность ГТР на момент обследования и в анамнезе составила соответственно 1,6% и 5,1%, согласно критериям *DSM-III-R* (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). В большинстве популяционных исследований соотношение распространенности ГТР у женщин и мужчин составило 2 : 1 (см., например, Blazer, George, & Hughes, 1991; Wittchen et al, 1994). Распространенность ГТР в старших возрастных группах требует дальнейшего изучения (Beck, Stanley, & Zebb, 1996; Wisocki, 1994). Вместе с тем имеются некоторые данные о том, что ГТР у пожилых людей может быть одним из наиболее распространенных расстройств. Так, было обнаружено, что 17% пожилых мужчин и 21,5% пожилых женщин имеют выраженную тревожную симптоматику, требующую вмешательства, хотя до сих пор неясно, какой процент пожилых людей отвечает критериям для постановки диагноза ГТР (Himmelfarb & Murrell, 1984). Другим свидетельством высокой распространенности симптоматики ГТР у лиц старшего возраста является частое использование малых транквилизаторов (что составляет от 17 до 50%) в этой популяции (Salzman, 1991).

Начало и клиническое течение

Пациенты с ГТР часто сообщают о существовании генерализованной тревоги на протяжении всей своей жизни. Например, в нескольких исследованиях было обнаружено, что значительная часть таких пациентов не может точно указать время появления первых симптомов, полагая, что они страдают этим расстройством с детства (Anderson, Noyes, & Crowe, 1984; Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea, & Di Nardo, 1986; Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Cameron, Thyer, Nesse, & Curtis, 1986; Noyes, Clarkson, Crowe, Yates, & McChesney, 1987; Noyes et al, 1992; Rapee, 1985; Sanderson & Barlow, 1990). Таким образом, если некоторые другие тревожные расстройства (например, паническое) начинаются позднее, как правило, остро и протекают с обострениями и ремиссиями, имеющиеся данные говорят о том, что ГТР имеет более характерное начало (хотя его течение может зависеть от наличия или отсутствия жизненных стрессоров). Эти наблюдения хорошо согласуются с представлениями о ГТР, заложенными в оси II (Sanderson & Wetzler, 1991). Вместе с тем ГТР не всегда возникает в раннем детстве. Например, в исследовании *NCS* самая низкая распространенность ГТР была зафиксирована в возрасте 15-24 лет (Wittchen et al., 1994). Поскольку распространенность расстройства оценивалась по клиническим его проявлениям, эти наблюдения не обязательно противоречат тому, что многие пациенты с ГТР сообщают о существовании симптоматики еще в детском возрасте (в этом исследовании не изучалась распростра-

ненность доклинических признаков ГТР). Тем не менее некоторые лица с ГТР сообщают о появлении симптоматики во взрослом возрасте (Beck et al, 1996; Blazer et al, 1991; Blazer, Hughes, & George, 1987; Brown, O'Leary, Marten, & Barlow, 1993; Ganzini, McFarland, & Cutler, 1990; Hoehn-Saric, Hazlett, & McLeod, 1993). Высказывается предположение, что в сравнении с ранним началом ГТР при возникновении расстройства во взрослом возрасте большую роль играют тяжелые жизненные стрессы. Это предположение подтверждается наблюдениями исследователей (Blazer et al, 1987), которые отметили, что одно (и более) негативное жизненное событие втрое увеличивает риск развития ГТР в течение последующего года. Вместе с тем сопоставление случаев раннего и позднего развития ГТР не позволило выявить различий в выраженности расстройства или наличии тех или иных сопутствующих расстройств и симптомов (Beck et al., 1996; Brown et al., 1993; Hoehn-Saric et al., 1993).

Сопутствующая патология

Хотя ГТР раньше считалось сравнительно несерьезной проблемой, не приводящей к выраженному дистрессу и нарушению функционирования, последние данные показывают, что это не совсем так. В исследовании NCS 82% лиц с ГТР сообщили о том, что их состояние сопровождалось заметным нарушением функционирования, о чем говорят обращения за помощью (в форме медикаментозной или психологической терапии) или серьезные изменения образа жизни (Wittchen et al, 1994; Massion, Warshaw, & Keller, 1993). Кроме того, клинические наблюдения подтверждают, что ГТР редко встречается в изолированной форме. Популяционные исследования свидетельствуют о том, что 90% лиц с ГТР имеют в анамнезе то или иное психическое расстройство (Wittchen et al., 1994); по данным исследования NCS, около 65% лиц с текущим ГТР имели как минимум еще одно расстройство на момент обследования. Исследования клинических выборок показали, что свыше 75% пациентов с основным диагнозом ГТР в стадии обострения имели сопутствующие тревожные расстройства, у них отмечались резкие перепады настроения (Brawman-Mintzer et al, 1993; Brown & Barlow, 1992; Massion et al., 1993). Высокие показатели сопутствующей патологии в действительности могут оказаться заниженными, если учитывать тот факт, что во многих исследованиях наличие некоторых расстройств (например, злоупотребление психоактивными веществами или попытки суицида) исключало постановку диагноза ГТР. В действительности результаты эпидемиологических исследований, например из NCS, подтверждают частые злоупотребления психоактивными веществами у лиц с текущим ГТР (16%). В клинических выборках наиболее частой сопутствующей патологией было паническое расстройство, расстройства настроения (значительная депрессия, дистимия), социальная фобия и специфические (обычно простые) фобии. Некоторые исследователи полагают, что ГТР является наиболее распространенным сопутствующим расстройством у пациентов, обращающихся за помощью по поводу другого тревожного или аффективного расстройства (Brown & Barlow, 1992; Sanderson, Beck, & Beck, 1990). Кроме того, есть данные, что, в отличие от других тревожных и аффективных расстройств, ГТР может быть наиболее распространено у лиц, которым рекомендовано вмешательство в связи с обусловленным стрессом соматическими расстройствами (например, синдромом раздраженного кишечника, хронической головной болью; Blanchard, Scharff, Schwarz, Suls, & Barlow, 1990).

Столь частое сочетание ГТР с другими расстройствами послужило основанием отрицать его самостоятельность: некоторые считают его «продромой» (периодом, предшествующим началу болезни), а симптоматику склонны объяснять другими расстройствами, например выраженной депрессией (Brown et al., 1994). Эта точка зрения отчасти подтверждается тем, что выраженность сопутствующего ГТР нередко уменьшается после фокусированного вмешательства по поводу другого тревожного расстройства (Brown, Antony, & Barlow, 1995). Таким образом, данная проблема требует дальнейшего изучения (в частности, анализа очередности возникновения ГТР по отношению к сопутствующим ему расстройствам).

Концептуальные модели ГТР

Хотя многие из вышеупомянутых наблюдений можно трактовать как свидетельство сомнительной ценности такой диагностической категории, как ГТР, появились концептуальные модели тревожных расстройств, в соответствии с которыми ГТР считается «базисным» тревожным расстройством. Предполагается, что его основные особенности могут быть обусловлены фундаментальным процессом, присущим всем без исключения эмоциональным расстройствам (Barlow, 1988; Barlow, Chorpita, & Turovsky, 1996). Барлоу (Barlow, 1988) назвал этот фундаментальный процесс тревожным ожиданием. Тревожное ожидание — это готовность человека к преодолению последствий грядущего негативного события. Это состояние сопровождается выраженным негативным аффектом и хроническим перевозбуждением, ощущением утраты контроля над ситуацией, концентрацией внимания на угрожающих стимулах (например, повышенное внимание к своему самочувствию, сверхбдительность в отношении признаков опасности). Если процесс тревожного ожидания актуален для всех тревожных расстройств, *содержание* (фокус) тревожного ожидания зависит от типа расстройства (в частности, тревога в связи с возможными приступами паники при паническом расстройстве, тревога из-за возможной негативной социальной оценки при социальной фобии). Тем не менее процесс тревожного ожидания считается ключевым в трансформации первичной симптоматики в выраженное расстройство (например, изолированные внезапные приступы паники имеют тенденцию перерасти в паническое расстройство в контексте беспокойства/тревожного ожидания возможных в будущем приступов паники).

Действительно, признаки ГТР считаются свидетельством склонности человека к эмоциональным расстройствам, согласно общепризнанным взглядам на их этиологию (Clark, Watson, & Mineka, 1994). Так, ГТР сопровождается выраженным негативным аффектом (Brown et al., 1998), который принято считать важнейшей предпосылкой тревожных и аффективных расстройств (Clark et al., 1994). Кроме того, учитывая возникновение ГТР в раннем возрасте, в том числе до сопутствующих расстройств (см. раздел «Распространенность, клиническое течение и сопутствующая патология»), высказываются предположения, что высокая частота сопутствующих ГТР расстройств связана с тем, что особенности ГТР predispose к возникновению других тревожных и аффективных расстройств (Brown et al., 1994). Более того, исследователи часто убеждаются в том, что ГТР сравнительно плохо поддается психосоциальным и фармакологическим вмешательствам; это также согласуется с представлением об этом расстройстве как име-

ющем характерологическую природу или повышающем восприимчивость к другой патологии (Sanderson & Wetzler, 1991).

Что касается этиологии самого ГТР, есть данные в пользу совместного действия генетических, биологических и психосоциальных факторов, как и при других эмоциональных расстройствах. Хотя первым исследователям этой проблемы не удалось обнаружить доказательств вклада в развитие ГТР генетических факторов (Andrews, Stewart, Alien, & Henderson, 1990; Torgersen, 1983), недавние наблюдения свидетельствуют об обратном (Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1992a, 1992b; Kendler et al., 1995; Roy, Neale, Pedersen, Mathfi, & Kendler, 1995; Skre, Onstad, Torgersen, Lygren, & Kringlen, 1993). Так, в исследовании близнецов 1033 пар девочек двойным слепым методом оценки психологического статуса Кендлер с коллегами (Kendler et al, 1992a) выяснили, что ГТР имеет отчасти семейную природу, влияние наследственности оценивается приблизительно в 30% (оставшийся процент дисперсии ГТР может объясняться действием факторов окружающей среды, которые различны у взрослых представителей близнецовых пар). Дальнейшие исследования женских (Kendler et al, 1992) и смешанных (Roy et al., 1995) выборок среди близнецов показали, что, несмотря на явную наследственную предрасположенность к ГТР, генетические факторы имеют такое же значение, как при значительной депрессии. Вместе с тем, несмотря на сходство этих факторов при ГТР и депрессии, внешние факторы при этих расстройствах явно различны. Эти наблюдения согласуются с уже упоминавшимися концептуальными моделями эмоциональных расстройств (Barlow et al., 1996; Clark et al., 1994), в которых тревожные и аффективные расстройства имеют общие предпосылки, но различаются по ряду других важных моментов (например, фокусу внимания, степени психосоциальной уязвимости к внешним переживаниям), что и позволяет их дифференцировать.

По сравнению с генетическими/биологическими психосоциальным факторам уделялось мало внимания при эмпирических исследованиях этиологии ГТР. Согласно современным представлениям, ранние переживания утраты контроля над ситуацией отражают психологическую склонность к этому расстройству (Barlow, 1988; Borkovec, 1994). Например, несмотря на разнообразное происхождение этих ранних переживаний, исследователи выяснили, что серьезная психосоциальная травма (например, смерть одного из родителей, физическое/сексуальное насилие) и неустойчивые отношения с лицом, осуществляющим основной уход за ребенком, являются наиболее важными предшественниками психологической уязвимости (Borkovec, 1994).

Хотя разработанные концепции помогают понять основные причины ГТР и его связь с другими эмоциональными расстройствами, они имеют ограниченную ценность для разработки плана эффективного вмешательства. Поэтому появились психосоциальные модели патологического беспокойства, благодаря которым можно спланировать усилия по оказанию помощи. Наиболее популярная модель такого рода была предложена в середине 90-х гг. (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 1991). Автор рассматривает беспокойство как преимущественно концептуальную, вербальную/лингвистическую попытку избежать в будущем негативных событий и неприятных зрительных образов, т. е. своего рода когнитивное избегание угрозы; этот процесс для самого беспокоящегося сопровождается выраженным негативным аффектом и представляется неконтролируемым. Пато-

логическое беспокойство (ГТР) связано с расплывчатыми представлениями об окружающей действительности как о небезопасной, с сомнениями в своей способности справиться с проблемами или взять под контроль предстоящее негативное событие (Barlow et al., 1996; Borkovec, 1994). В ряде исследований получил подтверждение вывод о том, что беспокойство характеризуется усиленной работой мысли и малым вкладом воображения (Borkovec & Inz, 1990; Borkovec & Lyonfields, 1993; East & Watts, 1994). В подкрепление своей теории Борковец (Borkovec, 1994) утверждает, что беспокойство служит негативным подкреплением, поскольку связано с избеганием или уходом от более пугающих мысленных образов или соматической симптоматики. Подтверждение идеи о том, что беспокойство может предотвращать соматическую симптоматику, получено в ранее упоминавшихся исследованиях, показавших, что беспокойство подавляет вегетативные проявления (Lyonfields et al, 1995).

В соответствии с моделью Борковица связанное с беспокойством избегание хотя и дает кратковременное облегчение, предотвращая эскалацию тревоги, его отдаленными последствиями являются замедление переработки эмоций и поддержание тревожных убеждений (Mathews, 1990). Например, если пациенты с ГТР расценивают беспокойство как эффективную стратегию решения проблем, которая имеет ряд преимуществ (например, предотвращает катастрофу или готовит человека к тому, чтобы справиться с грядущим негативным событием), это по ряду причин способствует поддержанию клинически значимой тревоги. Так, если в связи с беспокойством удастся избежать пугающих мысленных образов, то угрожающий материал не будет эмоционально переработан, поскольку беспокойство подавляет активацию в памяти структур страха, а этот процесс считается *абсолютно необходимым* для устойчивого снижения тревоги (Foa & Kozak, 1986). Невозможностью получить полный доступ к структурам страха можно отчасти объяснить связанное с ГТР угнетение вегетативной нервной системы. Избегание, связанное с беспокойством, мешает человеку отыскать эффективное решение проблемной жизненной ситуации (в частности, потому, что беспокойство нередко заставляет перескакивать с одной темы на другую без разрешения конкретной проблемы). Вместе с тем, поскольку патологическое беспокойство с трудом поддается контролю и нарушает переработку эмоций, индивид склонен переживать выраженный негативный аффект и когнитивные искажения в будущем. Например, результаты исследований показали, что невозможность контролировать негативные мысли коррелирует с их интенсивностью и частотой (Clark & DeSilva, 1985; Parkinson & Rachman, 1981). Более того, хотя лежащие в основе этих процессов механизмы до конца не изучены (Borkovec, 1994), факты доказывают, что волнение и беспокойство непосредственно перед или во время экспозиции к лабораторным стрессорам (например, вследствие просмотра неприятных фильмов, публичного выступления) предотвращают эмоциональную переработку (снижение тревоги) и активизируют в дальнейшем навязчивые размышления об этих стрессорах (Borkovec & Ни, 1990; Butler, Wells, & Dewick, 1995).

Обзор особенностей ГТР: цели вмешательства

С учетом вышеперечисленных фактов основными целями вмешательства при ГТР являются чрезмерное, не поддающееся контролю беспокойство и сопровождающее его стойкое перевозбуждение (преимущественно в виде признаков на-

пряжения центральной нервной системы). Как будет видно из обзора литературы, эти когнитивные и соматические особенности наиболее часто становились целями соответственно когнитивной психотерапии и некоторых видов лечения через релаксацию. Кроме того, современные представления о природе патологического беспокойства (Borkovec, 1994) позволили предложить экспозиционный подход в качестве потенциально эффективного компонента вмешательства при ГТР (Craske, Barlow, & O'Leary, 1992). Как уже говорилось, беспокойство считается негативным подкреплением, которое подавляет физиологическую реакцию на переработку эмоций (Borkovec & Ни, 1990). В этом смысле беспокойство нарушает полную переработку особенно пугающих мыслей и образов. Это хорошо заметно в процессе декатастрофизации — формы когнитивного реструктурирования, которая будет описана далее, когда пациент отказывается представить себе худший из всех возможных сценариев развития пугающего события. Вместо этого он склонен вновь и вновь возвращаться к тревожным размышлениям, отвлекаясь от мыслей и представлений о катастрофе.

В известной мере в силу особенностей ГТР (в частности, его «характерологической» природы наличия сопутствующей патологии) исследователям удалось получить очень скромные результаты в ответ на когнитивно-поведенческое или фармакологическое вмешательство. Это особенно заметно при сравнительном анализе эффективности тех же подходов при других тревожных расстройствах (Brown, Hertz, & Barlow, 1992). Кроме того, хотя в большинстве исследований любые использованные вмешательства были в той или иной степени эффективны, сопоставление собственно результатов различных вмешательств не позволило выявить заметных различий в их эффективности. Еще одним фактором, отчасти ответственным за столь скромные результаты терапии и сходную результативность ряда подходов, является выбор самих типов вмешательства. С учетом того, что отличительная особенность ГТР, т. е. чрезмерное беспокойство, была зафиксирована лишь в *DSM-III-R*, большинство исследователей, интересовавшихся результатами терапии в конце 1980-х гг., изучали эффективность довольно неспецифических интервенций (например, тренинга релаксации). Для сравнения: вмешательства по поводу других тревожных расстройств всегда включали в себя элементы, учитывающие специфические особенности того или иного расстройства. Так, вмешательство по контролю паники при паническом расстройстве состоит из тренинга дыхания и interoцептивной экспозиции с целью соответственно устранить гипервентиляцию и страх физических ощущений (Craske & Barlow, глава 1 «Руководства»). Вместе с тем, как будет показано в данной главе, в последнее время разработаны новые виды вмешательства, нацеленные на ключевую особенность ГТР — чрезмерное, не поддающееся контролю беспокойство. Прежде чем перейти непосредственно к описанию этих вмешательств, мы предлагаем читателю обзор литературы, посвященной терапии ГТР.

Обзор литературы, посвященной оценке результатов вмешательства

В первых исследованиях результативности вмешательства при ГТР, как правило, уделялось внимание изучению эффективности подходов, основанных на релаксации или биологической обратной связи. В большинстве случаев изучались сход-

ные популяции (в частности, студенты колледжей с умеренно выраженной тревогой), хотя в нескольких проектах с привлечением клинических выборок были получены весьма скромные результаты при использовании этих форм вмешательства в отрыве от других процедур. Так, группа исследователей сообщила, что лишь 4 из 26 пациентов показали некоторое улучшение на фоне релаксации (LeBoeuf and Lodge, 1980).

Лишь в последние 15 лет появились исследования, посвященные эффективности вмешательств при ГТР, с тщательно продуманной методологией (в частности, с использованием структурированных интервью для постановки диагноза, включением групп сравнения и контроля, оценкой отдаленных эффектов вмешательства с применением разнообразного инструментария). Так называемые активные виды вмешательства, как правило, включали когнитивную психотерапию, тренинг релаксации, тренинг управления тревогой или некую комбинацию этих процедур. Наиболее часто эти вмешательства сопоставлялись с недирективной терапией и/или контрольной группой пациентов, находящихся на «листе ожидания»¹. При сопоставлении с последней группой обычно оказывалось, что любое активное вмешательство давало лучшие результаты, чем невмешательство (Barlow et al., 1984; Barlow, Rapee, & Brown, 1992; Blowers, Cobb, & Mathews, 1987; Butler, Cullington, Hibbert, Klimes, & Gelder, 1987; Lindsay, Gamsu, McLaughlin, Hood, & Espie, 1987). Кроме того, отдаленные результаты (клиническое функционирование через шесть или более месяцев после вмешательства) были довольно стойкими (Barlow et al., 1992; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al, 1987, 1991).

В ходе последних исследований было сделано и еще одно важное наблюдение: результаты долговременных наблюдений свидетельствуют о заметном снижении потребления анксиолитиков (малых транквилизаторов) в период проспективного наблюдения после психотерапевтического вмешательства (Barlow et al., 1992; Butler et al, 1991; White & Keenan, 1992). Так, Барлоу с коллегами (Barlow et al, 1992) отмечают, что многие их пациенты использовали бензодиазепины до вмешательства (33-55%), но практически никто не пользовался лекарственными препаратами в течение двух лет проспективного наблюдения. Это особенно важно в свете представлений о том, что от бензодиазепинов трудно отвыкать (Schweizer & Rickels, 1991), иначе говоря, психосоциальное вмешательство типа того, которое проводили Барлоу с коллегами (Barlow et al., 1992), может использоваться с целью помочь пациенту отказаться от приема этих препаратов.

Вместе с тем, как уже говорилось, в большинстве исследований не удалось выявить более эффективные виды активного вмешательства (см., например, Barlow et al, 1992; Borkovec & Mathews, 1988; Durham & Turvey, 1987; Lindsay et al, 1987), хотя есть и некоторые исключения (Butler et al., 1991).

Вероятно, наиболее разочаровывает тот факт, что не обнаружено различий в эффективности когнитивно-поведенческих и недирективных видов вмешательства (Blowers et al, 1987; Borkovec & Mathews, 1988; White et al., 1991), кроме одного исследования, которое заслуживает особого внимания (Borkovec & Costello, 1993). Несмотря на отсутствие доказательств в пользу разной эффективности вмешательств, как «активные», так и недирективные подходы дали заметные (по

То есть еще не прошедших терапию. — *Примеч. науч. ред.*

сравнению с контрольной группой «листа ожидания») и стойкие положительные результаты. Тем не менее отсутствие различий в эффективности разного рода вмешательств, систематически обнаруживаемое в большинстве случаев, обеспечивает попытки отыскать наиболее эффективный механизм воздействия (Butler & Booth, 1991).

Вместе с тем имеется острая потребность в оценке эффективности психосоциальных вмешательств при ГТР у детей и подростков. Основная причина отсутствия такого рода исследований заключается в том, что до выхода в свет *DSM-IV* считалось, что дети и подростки не подвержены ГТР (вместо него раньше фигурировало «тревожное расстройство детского возраста»). В настоящее время усилия исследователей, работающих в этой области, сосредоточены на когнитивно-поведенческой и семейной терапии с целью устранения гетерогенной тревоги у детей (Barrett, Dadds, & Rapee, 1996; Kendall, 1994).

Прежде чем наметить основные направления применения конкретных методов оценки и вмешательства при ГТР, мы более подробно остановимся на результатах нескольких заслуживающих внимания исследований, посвященных результатам вмешательств, т. е. исследований, в которых удалось продемонстрировать разную эффективность тех или иных видов активного вмешательства и/или получить особенно хорошие результаты. Например, в первом из серии исследований Батлер и его коллеги (Butler et al., 1987) оценили эффективность пакета вмешательств по контролю тревоги при ГТР, который отчасти базировался на ранее опубликованной работе других авторов (Suinn & Richardson, 1971). Вмешательство состояло из обучения пациентов справляться с разными аспектами своей тревоги посредством таких приемов, как самостоятельно проводимая релаксация или отвлечение внимания для проработки когнитивных аспектов тревоги. Кроме того, вмешательство было также нацелено на минимальные признаки избегания соматических и ситуационных неприятных ощущений, что характерно для пациентов с ГТР. Пациентам предлагалось начать контролировать свою жизнь, сделав акцент на более приятных видах деятельности и отмечая при этом свои успехи. Пациенты, получавшие такое вмешательство, сопоставлялись с контрольной группой «листа ожидания». По сравнению с контрольной группой ($n = 23$), пациенты, получавшие пакет вмешательств по контролю тревоги ($n = 22$), достигли лучших результатов по всем показателям тревоги (при использовании оценочных шкал Гамильтона — *Hamilton rating scales*, Опросника тревожного состояния — *State-Trait Anxiety Inventory*). При полугодовом проспективном наблюдении положительные результаты, судя по этим тестам, сохранялись или даже наблюдалось дальнейшее улучшение. В частности, в группе активного вмешательства показатели по Шкале тревоги Гамильтона (*Hamilton Anxiety Scale*) снизились на 59% непосредственно после вмешательства (со среднего значения 16 до 6,6) и на 69% после шести месяцев проспективного наблюдения (до значения 5,0). Как уже отмечалось, последние показатели превосходят максимальную эффективность бензодиазепинов при генерализованной тревоге, о которой сообщают разные группы исследователей (Barlow, 1988; Brown et al., 1992). Вместе с тем следует учитывать, что прямого сравнения с группой принимавших медикаментозные препараты не проводилось, а к исследованию допускались лишь пациенты, испытывавшие выраженную тревогу в течение двух лет и менее, т. е. пациенты с «хронической» тревогой были исключены.

Во втором исследовании Батлер и его коллеги (Butler et al., 1991) сопоставили эффективность более интенсивной когнитивной психотерапии, предложенной в работе группы авторов (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), с собственной версией вмешательства по контролю тревоги, при котором когнитивная психотерапия вообще не проводится. Исследователи оценивали эффективность когнитивной психотерапии именно так, потому что предположили, что этот подход может оказать заметное влияние на наиболее важный симптом ГТР — беспокойство. Вмешательство включало еженедельные терапевтические сессии и продолжалось в течение 12 недель. Кроме того, проводились поддерживающие сессии через 2, 4 и 6 недель после вмешательства. На этапе проспективного наблюдения обе группы активного вмешательства демонстрировали значительное улучшение по сравнению с контрольной группой ($n = 19$), при этом пациенты после когнитивной психотерапии ($n = 19$) имели лучшие показатели по всем проведенным тестам, чем пациенты, которым когнитивная психотерапия не проводилась ($n = 18$). После шести месяцев проспективного наблюдения в обеих группах активного вмешательства результаты оставались стойкими, однако группа когнитивной психотерапии по-прежнему имела лучшие показатели, чем группа поведенческой психотерапии. В полном соответствии с выводами Барлоу (Barlow et al., 1992), данное вмешательство оказало заметное влияние на использование пациентами медикаментозных препаратов. До вмешательства примерно 40% пациентов из обеих групп пользовались анксиолитическими и снотворными препаратами, а после вмешательства их осталось всего 24%. Спустя 6 месяцев удельный вес лиц, принимавших медикаменты, снизился до 15%, причем каждый пациент заметно уменьшил обычную дозу препаратов.

Батлер с коллегами (Butler et al., 1991) оценивали клиническое значение результатов вмешательства, используя для этого довольно строгие критерии конечного функционирования в итоге терапии (в частности, сопоставляя показатели пациентов с «нормативами» по трем тестам на тревогу: Шкале тревоги Гамильтона, Опроснику тревожности Бека (*Beck Anxiety Inventory*), Шкале тревоги Лидса (*Leeds Anxiety Scale*). После проведенного вмешательства удельный вес пациентов, чьи показатели укладывались в нормативы, составил 32% и 16% в группах когнитивной и поведенческой психотерапии соответственно. По результатам шестимесячного проспективного наблюдения доля таких пациентов в группе когнитивной психотерапии возросла (до 42%), в то время как в группе поведенческой психотерапии заметно снизилась (до 5%). Столь скромные результаты еще раз доказывают, что ГТР может носить хронический характер, а также то, что наше вмешательство в идеале позволяет достичь гораздо более весомых успехов. Кроме того, если Батлер с коллегами (Butler et al., 1991) одни из немногих показали различную эффективность тех или иных видов активного вмешательства, Борковец и Костелло (Borkovec and Costello, 1993) пришли к выводу о том, что, по их данным, поведенческая психотерапия дала минимальный эффект среди других исследований, посвященных ГТР.

Таким образом, независимо от причин низкой эффективности вмешательств, результативность поведенческой терапии считается эталоном, с которым принято сравнивать другие активные вмешательства (лишь 5% пациентов после поведенческой психотерапии способны полноценно функционировать после шести месяцев проспективного наблюдения).

Недавно были опубликованы результаты крупного исследования, посвященного психосоциальной терапии ГТР (Borkovec and Costello, 1993). Авторы проводили сравнение эффективности прикладной релаксации (ПР), когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) и недирективного вмешательства (НВ) в выборке из 55 пациентов, которым после тщательной оценки их состояния был поставлен диагноз ГТР по *DSM-III-R*. Прикладная релаксация заключалась в обучении пациентов прогрессивной мышечной релаксации (ПМР) с медленным дыханием. Вначале ПМР затрагивает 16 групп мышц, это число постепенно уменьшается до четырех, при этом пациентов обучают релаксации в ответ на неприятные стимулы и релаксации по желанию, чтобы облегчить использование этой процедуры при возникновении тревоги. Когнитивно-поведенческая терапия включала в себя также элементы ПР и, кроме того, компоненты десенсибилизирующей копинг-стратегии (*coping desensitization*) и когнитивной психотерапии. Копинг-десенсибилизация подразумевала создание вызывающих тревогу ситуаций, специфических для каждого пациента, в порядке возрастания их негативного воздействия, с соответствующей когнитивной и соматической его реакцией на них. После того как пациент достигал глубокого расслабления, психотерапевт напоминал ему о внешних и внутренних пугающих стимулах, предлагая пациенту создавать мысленные образы этих стимулов, параллельно представляя себе использование навыков релаксации в конкретной ситуации. Каждая сцена из иерархического списка многократно повторялась до тех пор, пока не переставала вызывать тревогу. Когнитивный компонент терапии КПП подключался после всех этих процедур, как описывали Бек с коллегами (Beck et al., 1985), с целью вызвать ситуационно-специфические реакции совладания с ситуацией.

При недирективной терапии пациентам разъяснялись цели вмешательства, а именно поощрение самоанализа и выявления собственными усилиями новых линий поведения для изменения своего самочувствия. Психотерапевты не сообщали специфических сведений о ГТР, не давали прямых советов и не предлагали конкретных способов совладания с тревогой; вместо этого они предоставляли пациентам возможность проанализировать свои ощущения, помогая их прояснить.

Результаты показали, что, несмотря на минимальные различия между вмешательствами по части доверия, ожиданий и восприятия пациентом терапевтических отношений, действенность вмешательств ПР и КПП явно превосходила НВ. Это подтверждалось сравнением групп, данными о внутригрупповых изменениях и удельным весом пациентов, функционирование которых практически нормализовалось. Различия на этапе проспективного наблюдения заслуживают особого внимания, поскольку говорят о том, что вмешательства ПР и КПП содержали активные компоненты, не зависящие от неспецифических факторов. Хотя нет бесспорных доказательств различной эффективности подходов ПР и КПП сразу после завершения вмешательства, 12-месячное проспективное наблюдение позволило установить, что и в том и в другом случае удалось получить стойкие результаты, хотя нормализовать функционирование после КПП удавалось чаще (57,9%), чем после ПР (37,5%). И наоборот, проспективное наблюдение продолжительностью 1 год показало сравнительную нестойкость результатов после вмешательства НВ (удельный вес пациентов с высоким конечным уровнем функционирования = 26,7%); фактически значительная доля пациентов (61,1%) после этого вмешательства по его окончании обратилась с просьбой о продолжении терапии (для

ПР и КПП их доля составила 16,7 и 15,8% соответственно). Борковец и Костелло (Borkovec and Costello, 1993) отметили, что вмешательства ПР и КПП в этом исследовании дали удивительно высокие результаты по сравнению с приведенными в литературе сведениями о терапии ГТР; вместе с тем авторы признали, что, хотя приблизительно треть и половина пациентов из групп ПР и КПП соответственно хорошо функционировали после 12-месячного проспективного наблюдения, разработка новых, более эффективных видов психосоциального вмешательства при ГТР должна быть продолжена.

Тем не менее в самостоятельном сообщении на базе той же выборки группа авторов (Borkovec, Abel, & Newman, 1995) отметила, что психосоциальное вмешательство при ГТР привело к заметному снижению сопутствующей патологии (в частности, социальной фобии и специфических фобий, которые встречались наиболее часто). Хотя разные виды вмешательства (ПР, КПП, НВ), вероятно, оказали сходный эффект на сопутствующие заболевания, у пациентов, добившихся особенно хороших результатов, сопутствующая патология явно уменьшилась. В частности, если 45% представителей группы, успешно закончившей терапию, имели по меньшей мере один сопутствующий диагноз, их доля снизилась соответственно до 14, 4 и 4% сразу после терапии, спустя 6 и 12 месяцев. В отличие от них 83% представителей группы, в которой вмешательство было практически безрезультатным, также имели не менее одного сопутствующего диагноза в начале исследования; сразу после терапии, спустя 6 и 12 месяцев их удельный вес составил 67, 40 и 10% соответственно.

Нами разработан подход к вмешательству при ГТР, который непосредственно нацелен на основную составляющую этого расстройства (экспозиция к воздействию беспокойства¹), при этом мы учитывали опыт, полученный при создании основанных на экспозиции вмешательств при паническом расстройстве. В пилотном исследовании (O'Leary, Brown, & Barlow, 1992) эффективность экспозиции к беспокойству в чистом виде, т. е. без каких-то иных элементов типа тренинга релаксации или когнитивной психотерапии, оценивалась у трех пациентов с проведением сравнения между ними. Экспозиция к беспокойству осуществлялась как на сессиях, так и в промежутках между ними. Пациенты ежедневно вели самонаблюдение за уровнем своего настроения и беспокойства; кроме того, они еженедельно заполняли несколько опросников, в частности опросник *PSWQ* (Meyer et al., 1990), Шкалы депрессии, тревожности, стресса (*Depression Anxiety Stress Scales*, DASS; Lovibond & Lovibond, 1995) раннюю версию Опросника по контролю тревоги (*Anxiety Control Questionnaire*, ACQ, Rapee, Craske, Brown, & Barlow, 1996).

Согласно полученным результатам, у двух из трех пациентов отмечено заметное клинически значимое снижение уровня повседневной тревоги и депрессии наряду с выраженным уменьшением показателей по опроснику *PSWQ*. Хотя третья пациентка не добилась заметных результатов по снижению уровня беспокойства и тревоги, повышение показателей по опроснику *ACQ* за время вмешательства свидетельствует об усилении субъективного контроля над беспокойством и другими сильными эмоциями. Кроме того, изучение показателей тревоги у паци-

¹ То есть поведенческие эксперименты по тренировке переносимости беспокойства. — *Примеч. науч. ред.*

ентов после того, как они представят себе худший из возможных вариантов развития событий (пиковая тревога), а также после обсуждения альтернативных исходов (после ослабления тревоги), позволило выявить эффект привыкания: показатели пиковой тревоги были гораздо выше по сравнению с посттревожным состоянием, что свидетельствует об эффективности использованной стратегии, которая, как и предполагалось, разрушала образовавшийся условный рефлекс. В последние несколько лет мы сосредоточили свои усилия на ряде факторов, имеющих то или иное отношение к беспокойству (речь идет о негативном аффекте, переключении внимания, концентрации внимания на себе, вегетативной симптоматике), а также методах эффективного устранения беспокойства и других симптомов ГТР (Brown, Marten, & Barlow, 1995; Brown et al, 1998; DiBartolo, Brown, & Barlow, 1997). Параллельно мы продолжали использовать разработанный нами протокол вмешательства для терапии пациентов с основным диагнозом ГТР.

Оставшаяся часть главы посвящена описанию этого вмешательства и нашего подхода к оценке ГТР. Приводится подробное изложение комбинированного протокола вмешательства при ГТР, который включает экспозицию к беспокойству, а также когнитивную психотерапию, тренинг релаксации и другие стратегии (в частности, профилактику беспокойного поведения, тренинг решения проблем).

Содержание психотерапии

Условия проведения

Оценка и вмешательство у пациентов с ГТР проводились на базе центра тревоги и связанных с ней расстройств Бостонского университета. В настоящее время в центре ежегодно проходит терапию около 400 пациентов. ГТР в качестве основного диагноза занимает четвертое место по распространенности у пациентов нашего центра (его опережают паническое расстройство с агорафобией, социальная фобия и специфические фобии, ГТР встречается практически так же часто, как тяжелая депрессия), т. е. им страдают приблизительно 8% вновь поступивших пациентов. Когда речь идет об основном диагнозе, имеется в виду, что у пациента — несколько сопутствующих заболеваний, но ГТР среди них наиболее выражено. Пациенты, состояние которых требует оценки и/или проведения вмешательства в нашем центре, сначала проходят предварительное тестирование (обычно по телефону), чтобы можно было сделать вывод о том, подлежат ли они наблюдению в нашем центре (в силу своего состояния). На этом этапе пациентам назначают время стандартного собеседования для оценки их состояния. Сюда входят одно из двух структурированных интервью, в частности Интервью с целью выявления тревожных расстройств в течение жизни (Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994), и набор опросников. По завершении процедуры оценки пациенту ставится основной диагноз (который формулируется по результатам еженедельных совещаний персонала и принимается на основании консенсуса). Затем с пациентом встречается сотрудник центра, который проводил интервью *ADIS-IV-L*. На этом этапе пациенту сообщают результаты оценки его состояния и дают направление для вмешательства. Большинству пациентов с основным диагнозом тревожного или аффективного расстройства, поставленным в соответствии с критериями *DSM-IV*, пред-

лагаются те или иные программы вмешательства на базе нашего центра. После включения в программу пациенты, как правило, проходят дополнительные процедуры оценки в соответствии с направленностью вмешательства и своим основным расстройством (например, предварительное самонаблюдение за уровнями тревоги и беспокойства; см. ниже). Раньше наши программы вмешательства при ГТР проводились как в индивидуальном формате, так и в небольших группах (численностью от пяти до восьми пациентов). Хотя описанная в данной главе технология вмешательства при ГТР применялась в обоих форматах, в настоящее время нам представляется, что она наилучшим образом подходит для индивидуальных вмешательств с продолжительностью сессии не более часа, если учитывать определенные трудности, которые могут возникнуть при проведении экспозиции к воздействию беспокойства, например, в небольших группах (см. ниже). Мы обнаружили, что релаксация и когнитивное реструктурирование вполне применимы в формате небольшой группы; в действительности иногда этот формат может даже иметь некоторые преимущества в зависимости от состава группы (например, благодаря помощи группы при когнитивном реструктурировании). Тем не менее взаимосвязь между форматом вмешательства и потенциальным его исходом требует дальнейшего изучения.

Особенности пациента

Один из предшествующих разделов, посвященный природе ГТР, дает некоторую информацию об особенностях пациентов с ГТР, которые могут влиять на ход вмешательства. Помимо критериев данного расстройства по *DSM-IV*, особое значение имеет большое число сопутствующей патологии у пациентов с основным диагнозом ГТР. Хотя исследователи до сих пор уделяли этому вопросу сравнительно мало внимания (Brown & Barlow, 1992), психотерапевту при планировании вмешательства следует обязательно принимать во внимание наличие у пациента сопутствующих психологических расстройств. Например, учитывая тесную взаимосвязь между генерализованной тревогой, беспокойством и депрессией (Andrews & Borkovec, 1988; Zinbarg & Barlow, 1991), необходимо учитывать выраженность у пациента с ГТР депрессии в качестве симптома или синдрома, поскольку депрессия имеет определенную связь с плохим откликом на когнитивно-поведенческое вмешательство при ГТР (Barlow et al, 1992). Кроме того, принимая во внимание частое сочетание панического расстройства и ГТР (Brown & Barlow, 1992), наличие и выраженность панического расстройства также нельзя недооценивать из-за возможного возникновения тревоги на фоне релаксации.

Еще одной особенностью пациентов, которая может повлиять на исход вмешательства, является «эго-синтонность» (восприятие пациентом своего заболевания как неотделимого от собственной личности феномена, убежденность в невозможности самостоятельного совладания с симптомами заболевания) проявляемого пациентом беспокойства. В подтверждение представлений о ГТР как расстройстве характера (Sanderson & Wetzler, 1991) мы обратили внимание на то, что некоторые наши пациенты с ГТР сопротивляются снижению беспокойства либо потому, что считают его адаптивным, т. е. беспокойство, по их мнению, снижает вероятность того или иного негативного события, либо потому, что относят к беспокойству как к неотъемлемому свойству своего «я», не представляя, как

жить, если не о чем будет беспокоиться. Часто эти пациенты обращаются за помощью, чтобы устранить соматический компонент своего расстройства, не замечая, что их склонность беспокоиться имеет непосредственное отношение к постоянному напряжению и чрезмерному возбуждению. Это, конечно, не более чем клиническое наблюдение, и, с нашей точки зрения, пока нет веских доказательств того, что эта особенность оказывает какое-либо влияние на исход вмешательства.

Особенности психотерапевта

Поскольку исследования эффективности когнитивно-поведенческого вмешательства при ГТР до сих пор находятся на начальном этапе по сравнению с изучением таких состояний, как паническое расстройство, в настоящее время нет надежной информации о взаимосвязи личных особенностей психотерапевта с исходом вмешательства. Хотя пока трудно судить о необходимости тех или иных качеств психотерапевта, можно с уверенностью сказать, что терапевт должен хорошо владеть когнитивно-поведенческими техниками и, кроме того, быть знакомым с современными представлениями о беспокойстве и ГТР. Более того, поскольку когнитивная психотерапия представляет собой один из ключевых компонентов разработанного нами вмешательства при ГТР, психотерапевтам следует владеть навыками активного проведения этого вмешательства (Beck et al., 1985; Young, Weinberger, & Beck, глава 6 «Руководства»), например, сократическим методом (метод последовательно и систематически задаваемых вопросов), умением сотрудничать и помогать пациенту в выявлении и противодействии автоматическим (непроизвольно возникающим) мыслям. В идеале желательно обладать личностными качествами, присущими эффективным когнитивным психотерапевтам (например, способностью внушать доверие, эмпатией и теплотой; способностью логически рассуждать и адаптировать принципы и техники когнитивной психотерапии к индивидуальным потребностям пациента).

Мы обнаружили, что из многочисленных компонентов нашего вмешательства при ГТР пациенты испытывают наибольшие трудности при освоении и эффективном практическом применении когнитивных техник. Психотерапевты, специально обученные проведению вмешательства при ГТР по нашему протоколу, могут осуществлять эффективное руководство при освоении пациентами приемов когнитивной психотерапии. В том случае, если с пациентами работают не очень подготовленные психотерапевты, иногда нарушается последовательность выявления и/или противодействия тревожным убеждениям (в частности, противодействие оказывается до того, как выявляются наиболее значимые автоматические мысли; слишком слабое противодействие автоматическим мыслям за счет выдвижения неубедительных или неполных контраргументов). Мы вернемся к этому вопросу в последнем разделе.

Как будет показано ниже, хорошая подготовка в области когнитивно-поведенческой теории и психотерапии является совершенно необходимой, если речь идет об эффективном применении основанных на экспозиции вмешательств из нашего пакета для ГТР. Такая подготовка позволяет обеспечить эффективную интеграцию параметров терапевтической экспозиции (например, распознавание и предотвращение попыток пациента отвлечься, обеспечение должной продолжительности экспозиции для привыкания пациентов к тревожным образам с учетом проявляемого ими беспокойства).

Оценка состояния пациента

Классификация

На фоне других тревожных расстройств поставить диагноз ГТР с достаточной надежностью труднее всего (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). Изменение диагностических критериев ГТР, введенное в *DSM-III-R*, в известной мере позволило упростить постановку этого диагноза и повысить его надежность; в нашем исследовании надежность диагностики тревожных расстройств в соответствии с *DSM-III-R* перепроверялась путем проведения двух независимых интервью *ADIS-R*, при этом должную величину имела только каппа для ГТР как основного диагноза (каппа = 0,57; Di Nardo et al., 1993). В нашем текущем исследовании, посвященном тревожным и аффективным расстройствам по *DSM-IV*, диагностированным при помощи интервью *ADIS-IV-L*, надежность основного диагноза ГТР несколько возросла (каппа = 0,67; Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell). Тем не менее устойчиво низкая диагностическая надежность ГТР по сравнению с другими тревожными расстройствами привела к призывам узаконить в качестве критерия для включения пациента с ГТР в исследование подтверждение диагноза ГТР путем проведения двух независимых диагностических интервью (Borkovec & Costello, 1993).

Как уже неоднократно говорилось (Brown et al, 1994; Di Nardo et al, 1993), низкая подтверждаемость диагноза ГТР может объясняться многими факторами. Например, согласно современным представлениям, о которых шла речь выше, ГТР считается «базисным» тревожным расстройством, поскольку его особенности отражают фундаментальные процессы тревоги (Barlow, 1988, 1991; Rapee, 1991). Если эти представления имеют под собой основу, трудно будет провести точную диагностику, поскольку присущие ГТР особенности в той или иной степени будут присутствовать в большинстве тревожных и аффективных расстройств. Кроме того, критериями ГТР являются внутренние процессы (в частности, чрезмерное беспокойство, устойчивые симптомы напряжения или перевозбуждения центральной нервной системы). Таким образом, отсутствие четкого критерия, который бы позволял выявить объективный характер расстройства, также отчасти объясняет низкую надежность диагноза, в отличие от высокой диагностической надежности критериев других расстройств, при которых присутствует объективная симптоматика (например, проявления навязчивости при обсессивно-компульсивном расстройстве, фобическое избегание при специфических фобиях; Di Nardo et al, 1993).

Следует принимать во внимание и другие аспекты диагностических критериев для ГТР, когда речь идет о причинах их невысокой диагностической надежности. Так, согласно *DSM-IV*, диагноз ГТР не ставится, когда соответствующая симптоматика имеет место лишь на фоне аффективного расстройства, психотического расстройства, общего расстройства психологического развития (см. критерий *FV* табл. 4.1). Это уточнение было введено отчасти для того, чтобы облегчить и упростить постановку диагноза (в частности, предотвратить одновременную постановку диагнозов А и В, когда имеющиеся критерии диагноза В могут быть полностью поглощены соответствующими критериями диагноза А, который говорит о более тяжелой патологии). Вместе с тем, особенно в случае аффективных

расстройств (например, тяжелой депрессии, дистимии), многие пациенты сообщают о хронической патологии, когда эпизоды депрессии перемежаются или перекрываются с устойчивой тревогой (Zinbarg & Barlow, 1991). Таким образом, клиницист может оказаться в трудном положении, если станет полагаться на ретроспективный отчет пациента о временной последовательности и продолжительности тревоги и депрессивных эпизодов, чтобы определить, отвечает ли состояние пациента диагностическим критериям для ГТР в отсутствие аффективного расстройства.

Помимо всего прочего, критерии *DSM-IV* для ГТР гласят, что «фокус тревоги и беспокойства не подпадает ни под одно из других расстройств оси I» (см. критерий D в табл. 4.1). Во многих случаях довольно легко определить, относится ли беспокойство пациента к сфере другого расстройства (например, для пациента с сопутствующим паническим расстройством можно смело считать, что беспокойство по поводу возникновения неожиданного приступа паники не является проявлением ГТР). Тем не менее, особенно в свете высокой распространенности сопутствующих тревожных и аффективных расстройств при ГТР (Brawman-Mintzer et al., 1993; Brown & Barlow, 1992; Sanderson et al., 1990), принять правильное решение бывает чрезвычайно трудно. Например, является ли постоянное беспокойство по поводу возможных опозданий на встречи проявлением страха негативной социальной оценки (присущим социальной фобии) или отражением общей склонности к беспокойству по поводу малозначительных проблем (часто характеризующим ГТР)? (Chorpita, Brown, & Barlow, 1998). Кроме того, может потребоваться детальный разговор с целью выяснить основания для беспокойства, типичные для ГТР или другого расстройства. Например, можно ли считать обеспокоенность по поводу своей работоспособности и материального положения признаком длительного, стойкого беспокойства, или эта обеспокоенность возникла только после внезапных приступов паники и в настоящее время пациент обеспокоен, что эти приступы могут возникнуть на работе или при выполнении им своих служебных обязанностей?

Согласно *DSM-III-R*, другим потенциальным источником диагностических расхождений становится условие наличия двух очерченных сфер беспокойства. Пытаясь выявить возможные причины ненадежности диагноза ГТР, Ди Нардо с коллегами (Di Nardo et al., 1993) отметили, что клиницисты иногда расходятся во мнениях, следует ли ставить знак равенства между темой и сферами беспокойства (в частности, интервьюер А считает обеспокоенность пациента здоровьем своей жены и здоровьем и безопасностью своих детей одной сферой «семейных забот», в то время как интервьюер В полагает, что это две четко очерченные сферы беспокойства). В *DSM-IV* этот вопрос менее актуален, поскольку включенные туда критерии ГТР не требуют наличия двух отдельных сфер для беспокойства (см. критерий A в табл. 4.1). Вместе с тем по *DSM-IV* клиническая диагностика должна учитывать наличие чрезмерного беспокойства по поводу «ряда событий или видов деятельности» (критерий A; курсив наш. — Авт.).

Наконец, чтобы критерии ГТР были достаточно надежными, они должны позволять отличить «нормальное» беспокойство от «патологического». С этой целью критерии беспокойства по *DSM-IV* содержат указание на то, что беспокойство должно быть «чрезмерным» и «наблюдаться чаще (в днях), чем отсутствовать в течение не менее шести месяцев», кроме того, беспокоящийся должен субъек-

тивно ощущать, что его переживания «трудно контролировать» (см. критерии *A* и *B*, табл. 4.1). Как указывалось ранее, критерий продолжительности расстройства не менее шести месяцев был предложен отчасти для того, чтобы дифференцировать ГТР от транзиторных реакций на психосоциальные стрессоры и преимущественно диагностируемых как формы расстройства адаптации.

Мы уже обсуждали некоторые факторы, позволяющие отличить нормальное беспокойство от патологического. Это, например, продолжительность времени, затраченного на беспокойство, и субъективное представление о невозможности контролировать беспокойство (Borkovec et al, 1991; Craske, Rapee et al., 1989; Di Nardo, 1991). Несмотря на имеющиеся факты, Ди Нардо с коллегами (Di Nardo et al, 1993) в исследовании, в котором использовались критерии *DSM-III-R*, отметил, что требование чрезмерности/несоответствия реальности дало почву для расхождений в диагнозах. Возможно, теперь удалось устранить этот повод для диагностических ошибок благодаря внесенным в *DSM-IV* коррективам критериев беспокойства (критерии *A* и *J5*), которые более точно определяют возможность контролировать и устойчивость беспокойства, однако это требует специального исследования.

Приведенные выше соображения в целом позволяют судить, насколько трудно, практически невозможно поставить точный диагноз ГТР и связанного с ним беспокойства. Несмотря на это, в нескольких исследованиях обнаружено, что содержание и наличие связанного с ГТР беспокойства довольно легко установить (Barlow & Di Nardo, 1991; Borkovec et al, 1991; Craske, Rapee et al., 1989; Sanderson & Barlow, 1990). Более того, в процессе пересмотра диагностических критериев для *DSM-IV* исследователи отметили возможные трудности дифференцирования ГТР и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) (Turner, Beidel, & Stanley, 1992). Это соображение было выдвинуто после того, как обнаружилось, что симптоматика ОКР чаще всего пересекается с признаками ГТР (например, устойчивое беспокойство/навязчивость, характерологические особенности).

Помимо этого, наблюдения группы исследователей (Craske, Rapee et al., 1989) свидетельствуют о том, что многие виды беспокойства в рамках ГТР тесно связаны с поведенческими актами, целью которых является уменьшение вызванной беспокойством тревоги (например, проверка, все ли в порядке с ребенком, ожидающим автобус), что может пересекаться с навязчивыми действиями при ОКР. Тем не менее результаты других исследователей (Brown, Moras et al, 1993) доказывают, что низкая диагностическая надежность критериев ГТР не имеет отношения к дифференциальной диагностике с ОКР. Доводы в пользу этого положения были получены при сопоставлении 46 пациентов с ГТР и 31 пациента с ОКР на основе интервью (*ADIS-R*) и ответов на вопросы. Среди 55% пациентов, с которыми были проведены два независимых интервью *ADIS-R*, не было ни одного, кому один из интервьюеров поставил бы основной диагноз ГТР, а другой интервьюер — ОКР; это свидетельствует о том, что отличить ГТР от ОКР не так уж сложно. Более того, изучение спектра сопутствующей патологии показало, что ГТР и ОКР редко встречаются вместе (ОКР с сопутствующим ГТР = 6,5%; ГТР с сопутствующим ОКР = 2%). Как уже говорилось, показатели по опроснику *PSWQ*, состоящему из 16 пунктов и предназначенному для оценки беспокойства как черты характера (Meyer et al., 1990), также позволяют успешно разделять

пациентов с ГТР и ОКР. Хотя различные тесты на беспокойство позволяют отличить ГТР от других тревожных расстройств (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Brown, Moras et al., 1993; Di Nardo, 1991; Meyer et al., 1990; Sanderson & Barlow, 1990), есть предварительные данные, что в случае значительной депрессии могут возникнуть трудности (Starcevic, 1995). Действительно, аффективные расстройства представляют куда более серьезную проблему для дифференциальной диагностики, чем тревожные расстройства.

В *DSM-IV* критерий сопутствующей симптоматики был значительно пересмотрен: число симптомов в списке снизилось с 18 (в *DSM-III-R*) до 6 (при этом у пациента должно быть не менее трех из них; см. критерий C в табл. 4.1). Предварительные данные свидетельствуют о трудностях при оценке симптоматики по *DSM-III-R* (Barlow & Di Nardo, 1991; Fyer et al., 1989), однако есть сведения о получении достаточно надежных результатов, при этом следует ориентироваться на наличие или отсутствие симптома (входящего в список по *DSM-III-R*), а не пытаться сопоставить выраженность того или иного симптома по разным оценкам (Marten et al., 1993). Вместе с тем, как отмечалось ранее, исследователи (Marten et al., 1993) обратили внимание на то, что симптомы «сверхбдительность и напряженность» и «мышечное напряжение» из кластеров сопутствующей симптоматики по *DSM-III-R* оказались наиболее информативными; именно они наиболее часто встречались у пациентов с ГТР. Соответственно, из шести перечисленных в *DSM-IV* симптомов все представляют эти два кластера.

При клинической оценке выраженности симптоматики необходимо провести подробное интервью с целью выяснить, связан ли симптом, о котором сообщает пациент, с чрезмерным беспокойством или он обусловлен сопутствующей патологией (например, часто ли пациент испытывает проблемы с концентрацией внимания, когда тревожится о своем материальном положении, или этот симптом появляется исключительно во время приступов паники?). Иногда это довольно сложная задача, особенно в свете значительной распространенности сопутствующей ГТР патологии в виде других тревожных и аффективных расстройств (Brown & Barlow, 1992). Есть данные (Marten et al., 1993), что различить эти расстройства гораздо легче, если пользоваться критерием сопутствующей симптоматики по *DSM-IV*; действительно, эти симптомы имеют дискриминантную валидность, во всяком случае при сравнении с другими тревожными расстройствами (Brown, Antony, & Barlow, 1992; Brown, Marten, & Barlow, 1995; Hoehn-Saric et al., 1989). Однако предварительные результаты говорят о том, что эти симптомы не позволяют отличить ГТР от аффективных расстройств (Brown, Marten, & Barlow, 1995).

Клиническое интервью

Раздел интервью *ADIS-IV-L* (Di Nardo et al., 1994), посвященный клинической оценке текущего ГТР, представлен в форме 4.1. В предшествующем разделе были отмечены некоторые вопросы и потенциальные трудности, с которыми может столкнуться клиницист при постановке диагноза ГТР. В отношении критериев беспокойства это следующие вопросы.

1. Является ли беспокойство чрезмерным?
2. Является ли беспокойство устойчивым (иначе говоря, имеет ли место тревога по поводу «ряда событий или действий»)?

3. Воспринимает ли сам индивид свое беспокойство как плохо поддающееся контролю?
4. Не связаны ли сферы беспокойства с существованием другого расстройства оси I?

После того как будут заданы вопросы первичного скринингового тестирования на возможное наличие ГТР (например, пункты 1а и 2а «Первичного опроса»), содержание беспокойства и его параметры, в частности чрезмерность, устойчивость и субъективная невозможность контроля, оцениваются при помощи пунктов 3а-3j раздела «Первичный опрос». Отметим, что всем без исключения пациентам, заподозрил ли клиницист у них ГТР или нет, предлагается раздел ГТР до пункта 3j. В дополнение к этому при постановке диагноза ГТР рекомендуется руководствоваться тем, что психопатологические феномены лучше оценивать в некоем континууме, чем судить о них по принципу «да/нет» (Brown et al., 1998).

Если у пациента налицо признаки чрезмерного, не поддающегося контролю беспокойства на этапе заполнения «Первичного опроса», клиницист переходит к разделу «Текущий эпизод» с целью более точно оценить признаки, необходимые для постановки диагноза ГТР по критериям *DSM-IV*. Этот опросник включает пункты, касающиеся продолжительности и начала расстройства (пункты 1 и 8), чрезмерности беспокойства (пункт 2), сопутствующей симптоматики (пункт 4), дистресса (пункт 5), а также пункты, позволяющие судить о возможности приписать симптоматику существованию другой патологии (пункты 3, 6 и 7). Вместе с тем дифференциальный диагноз невозможен на основании одной лишь информации из раздела ГТР. В частности, необходимы данные из разделов *ADIS-IV-L*, посвященных выраженной депрессии, дистимии и биполярному расстройству, чтобы делать вывод о том, не приурочены ли проявления ГТР к обострению аффективного расстройства, что заставляет исключить ГТР как самостоятельный диагноз.

Хотя структурированное интервью *ADIS-IV-L* — весьма полезный инструмент, пользуясь которым клиницист может судить о том, является ли беспокойство чрезмерным и не поддающимся контролю, опыт показывает, что часто приходится продолжать опрос, чтобы поставить правильный диагноз. Несмотря на то что пациенты с четко выраженным ГТР выявляются уже при первичном опросе (поскольку тревожатся буквально обо всем), некоторые из них считают свое беспокойство адаптивным или продуктивным, поэтому отрицают его чрезмерность, хотя оно связано со значительным напряжением и перевозбуждением центральной нервной системы (в частности, избыточная обеспокоенность своим материальным положением, по мнению клиента, позволяет ему всегда иметь достаточно средств для оплаты своих счетов или покрытия непредвиденных расходов). В таких случаях полезными могут оказаться следующие вопросы.

1. Трудно ли вам прекратить беспокоиться или же вам легко при необходимости сосредоточиться на чем-то другом?
2. Не кажется ли вам, что, пытаясь сосредоточиться, например, на чтении, выполнении работы или просмотре телепередач, вы часто не можете этого сделать из-за возникшего беспокойства?
3. Не склонны ли вы проявлять беспокойство по поводу таких вещей, о которых другие люди, по-вашему, не тревожатся?

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО

I. ПЕРВИЧНЫЙ ОПРОС

1а. За последние несколько месяцев бывало ли так, что вы подолгу испытывали беспокойство или тревогу по поводу тех или иных событий или видов деятельности в повседневной жизни?

ДА_ НЕТ_

Если «НЕТ», переходите к пункту 1б.

О чем конкретно вы беспокоились? _____

Переходите к пункту 2а.

1 б. Доводилось ли вам когда-либо испытывать беспокойство или тревогу в течение более или менее продолжительного времени по поводу тех или иных событий или видов деятельности в повседневной жизни?

ДА_ НЕТ_

Если «НЕТ», переходите к пункту 3.

О чем конкретно вы беспокоились? _____

Когда это было в последний раз? _____

2а. Помимо текущего/недавнего периода, когда вы длительное время испытывали беспокойство по поводу различных сфер своей жизни, были ли другие периоды, когда вы испытывали беспокойство по поводу разных жизненных событий?

ДА_ НЕТ_

Если «НЕТ», переходите к пункту 3.

2б. Существовал ли значительный период времени, когда вы не испытывали постоянного беспокойства, до этого текущего/недавнего периода времени, когда вы тревожились по поводу различных сфер своей жизни?

ДА_ НЕТ_

2в. Какой по продолжительности промежуток времени разделял эти периоды? Когда этот/эти очерченный (ые) период (ы) времени имели место?

3. Теперь мне хотелось бы задать вам ряд вопросов по поводу беспокойства в следующих сферах вашей жизни.

Если пациент не подтверждает наличия постоянного беспокойства в прошлом или настоящем, т. е. отвечает «НЕТ» на пункты 1а и 1б, задавайте вопросы только о ТЕКУЩИХ сферах беспокойства. Если пациент сообщает о постоянном беспокойстве в настоящем или прошлом, т. е. отвечает «ДА» на пункт 1а или 1б, спрашивайте его о сферах беспокойства как в НАСТОЯЩЕМ, так и в ПРОШЛОМ. В частности, при наличии очерченных эпизодов беспокойства, задавайте вопросы на наличие предшествовавших им разрозненных эпизодов (например: «С тех пор, как у вас появилось беспокойство, были ли периоды,

Форма 4.1. Раздел генерализованного тревожного расстройства, структурированное интервью на тревожные расстройства в течение жизни (для *DSM-IV: Lifetime Version, ADIS-IV-L*). Из Di Nardo, Brown, & Barlow (1994). Copyright 1994 by the Psychological Corporation. Воспроизведено с разрешения

когда оно не проявлялось?»). Используйте пространство под каждой из нижеперечисленных сфер беспокойства для фиксации специфического содержания беспокойства данного пациента (в том числе информации, ранее полученной из пунктов 1а и 1б). Часто необходим более детальный расспрос для выяснения, не относятся ли сферы беспокойства, о которых сообщил пациент, к сопутствующему расстройству оси I. Если окажется, что сфера беспокойства может быть полностью обусловлена другим расстройством оси I, оцените эту сферу как «О». Используйте раздел комментариев для записи полезной с клинической точки зрения информации (например, данных, подтверждающих наличие дискретных эпизодов, сопутствующих расстройств, к которым относится та или иная сфера беспокойства). Для каждой из сфер беспокойства дайте самостоятельные оценки чрезмерности, т. е. частоты и интенсивности и субъективной невозможности контроля, используя предлагаемые ниже шкалы и вопросы.

ЧРЕЗМЕРНОСТЬ

О	1	2	3	4	5	6	7	8
Отсутствие беспокойства/отсутствие напряжения	Редкое беспокойство/слабое напряжение	Периодическое беспокойство/умеренное напряжение	Частое беспокойство/выраженное напряжение	Постоянное беспокойство/крайнее напряжение				

КОНТРОЛИРУЕМОСТЬ

О	1	2	3	4	5	6	7	8
Никогда/без труда	Редко/небольшие затруднения	Периодически/умеренные затруднения	Часто/выраженные затруднения	Постоянно/крайние затруднения				

ЧРЕЗМЕРНОСТЬ

Как часто вы испытывали/испытываете беспокойство по поводу _____? Если все шло/идет хорошо, продолжали/продолжаете ли вы беспокоиться по поводу _____? Какой выраженности напряжение и тревогу вызывало/вызывает у вас беспокойство по поводу _____?

НЕКОНТРОЛИРУЕМОСТЬ

Испытываете/испытывали ли вы трудности при попытке контролировать свое беспокойство по поводу _____, в чем состояли эти трудности? Бывает/было ли вам трудно контролировать беспокойство по поводу _____, что проявлялось в невозможности сконцентрироваться на чем-то другом без навязчивого появления мыслей о беспокоящей вас проблеме?

	В настоящее время		Комментарии	В прошлом	
	Чрезмерность	Контроль		Чрезмерность	Контроль
а. Минимальные проблемы (например, пунктуальность, небольшие неполадки)	_____	_____	_____	_____	_____
б. Работа/школа	_____	_____	_____	_____	_____
в. Семья	_____	_____	_____	_____	_____
г. Финансы	_____	_____	_____	_____	_____

Продолжение ➤

	В настоящее время		Комментарии	В прошлом	
	Чрезмерность	Контроль		Чрезмерность	Контроль
д. Социальные/межличностные отношения	_____	_____	_____	_____	_____
е. Здоровье (собственное)	_____	_____	_____	_____	_____
ж. Здоровье (значимых других)	_____	_____	_____	_____	_____
з. Общественные дела	_____	_____	_____	_____	_____
и. Другое	_____	_____	_____	_____	_____
к. Другое	_____	_____	_____	_____	_____

Если отсутствуют признаки чрезмерного/не поддающегося контролю беспокойства, переходите к разделу «Обсессивно-компульсивное расстройство».

II. ТЕКУЩИЙ ЭПИЗОД

Если есть данные о дискретном эпизоде в прошлом, предварите опрос по данному разделу следующим вступлением: «Теперь мне хотелось бы задать вам ряд вопросов по поводу этого текущего, связанного с определенными проблемами периода беспокойства, который начался приблизительно в _____ (указать месяц/год).

Перечислите основные темы для беспокойства: _____

1. За прошедшие 6 месяцев вы больше дней испытывали, чем не испытывали беспокойство по этом поводу?

ДА __ НЕТ __

2. Если взять типичный день за прошлый месяц, какую часть дня вы испытывали беспокойство?

3. В частности, что служит причиной вашего беспокойства _____ (выясните этот вопрос для каждой из основных тем для беспокойства)?

4. За последние 6 месяцев часто ли вы испытывали беспокойство по поводу _____? Можно ли утверждать, что беспокойство не покидало вас большую часть дней за последние 6 месяцев? (Не фиксируйте симптомов, связанных с другими состояниями, например паникой, социальной тревогой и т. д.)

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8

Отсутствие Редкое Умеренное Выраженное Крайнее

беспокойство беспокойство беспокойство беспокойство беспокойство

Форма 4.1. Продолжение

О	Выражен-	Чаше	«да»,
ц	ность	чем «не	т»,
е		да да да	дни
н			нет
к		да да	нет
а		да	нет
с			нет
о			нет
с			нет
т			нет
о			нет
я			
н			
ия пациента	263		

- а. Двигательное беспокойство; состояние «на взводе»
- б. Быстрая утомляемость
- в. Трудность концентрации, внимания, плохая память
- г. Раздражительность
- д. Мышечное напряжение
- е. Проблемы с засыпанием/сном; беспокойный/не приносящий отдыха сон

5. Каким образом это беспокойство и связанное с ним напряжение/тревога нарушали вашу жизнь (например, домашние дела, работу, общение с людьми)? Насколько вы обеспокоены тем, что испытываете эти переживания?

Оцените интерференцию: _____ дистресс: _____

О
Отсутствие Редко Умеренно Выражено Крайне
выражено

6. В последнее время, когда вы испытывали беспокойство и сопутствующее напряжение/тревогу, приходилось ли вам регулярно принимать какие-либо препараты (например, алкоголь, наркотики, лекарства)?

ДА_ НЕТ_

Укажите (тип; количество; даты приема): _____

7. За текущий период времени, когда вы испытывали беспокойство и сопутствующие чувства напряжения/тревоги, не было ли у вас соматической патологии (например, гипертиреоза)?

ДА_ НЕТ_

Укажите (тип; дату начала/ремиссии): _____

- 8а. За текущий период времени, когда это беспокойство и симптомы напряжения/тревоги переросли в проблему, то есть стали устойчивыми, их стало трудно контролировать и они тем или иным образом нарушали вашу жизнь?

(Примечание. Если пациент сомневается в дате начала, попытайтесь уточнить информацию, например связав начало беспокойства с объективными жизненными событиями.)

Дата начала: _____ Месяц: _____ Год: _____

- 8б. Могли бы вы припомнить что-либо, что могло послужить причиной этой проблемы? _____

Испытывали ли в тот момент какой-либо стресс?

ДА_ НЕТ_

Что происходило тогда в вашей жизни? _____

Окончание i&

Испытывали ли вы какие-либо трудности или перемены:

- 1) в семье/близких отношениях? _____
- 2) на работе/в школе? _____
- 3) в финансовых вопросах? _____
- 4) в юридических вопросах? _____
- 5) в здоровье (собственном/значимых других)? _____

9. Помимо текущего периода беспокойства и напряжения/тревоги существовали ли другие очерченные периоды времени до этого, когда у вас были те же проблемы?

ДА_ НЕТ_

Если «ДА», возвращайтесь назад и задавайте вопросы из пунктов 26 и 2в «Первичного опроса».

Если «НЕТ», переходите к «Исследованию» или «Обсессивно-компульсивному расстройству».

Форма 4.1. Окончание

4. Когда все идет хорошо, вам по-прежнему удастся находить причины для тревог и беспокойства?
5. Как часто ваша обеспокоенность помогает вам найти решение проблемы, которая вас тревожит?

С особой осторожностью надо подходить к выводу о том, не является ли выказываемое пациентом беспокойство отражением сопутствующего заболевания или, при отсутствии такого заболевания, не соответствует ли оно другому расстройству помимо ГТР. Как уже было сказано, часто необходима дифференциальная диагностика связанного с ГТР беспокойства:

- 1) с предвосхищением приступов паники или страхов ее последствий;
- 2) с проявлениями обсессивно-компульсивного расстройства;
- 3) с опасениями, связанными с негативной социальной оценкой.

Иногда довольно сложно бывает отличить чрезмерное беспокойство по поводу собственного здоровья или возможности заболеть от проявлений ипохондрии. Для этого часто приходится задавать пациенту наводящие вопросы уже после завершения интервью *ADIS-IV-L*. Конечно, наиболее важным требованием к клиницисту является хорошее знание диагностических критериев всех расстройств, при которых требуется проводить дифференциальную диагностику с ГТР. Хотя иногда не так-то просто бывает прийти к тому или иному заключению (особенно когда пациент сообщает о двух и более длительно существующих расстройствах), временная последовательность появления симптоматики часто помогает сориентироваться, не кроется ли причина беспокойства (а также сопутствующих ему соматических симптомов) в другом расстройстве. Как указывалось ранее, сведения о временной последовательности и продолжительности симптоматики особенно важны при наличии признаков сопутствующего аффективного расстройства.

Пункт 4 раздела «Текущий эпизод» позволяет выявить наличие шести сопутствующих симптомов. Пациент должен признать, что за последние шесть месяцев три или более из этих симптомов сопутствовали беспокойству в течение большего числа дней. Задача выяснения этих сведений при проведении клинического

интервью, как правило, довольно проста. Вместе с тем следует убедиться в том, что симптомы, о которых идет речь:

- 1) часто возникали за последние шесть месяцев, т. е. были стойкими;
- 2) не возникают исключительно или преимущественно как признаки другого расстройства (в частности, не сопутствуют приступам паники, генерализованной социальной тревоге или злоупотреблению психоактивными веществами).

Часто в клинических условиях нецелесообразно использовать все пункты такого объемного интервью, как *ADIS-IV-L*. Тем не менее клиницисту следует тщательно анализировать информацию с целью выявления сопутствующей патологии (используя для этого, например, части структурированных интервью типа *ADIS-IV-L*). При этом надо учитывать два момента:

- 1) возможно, что признаки ГТР объясняются другим расстройством;
- 2) частое наличие у пациентов с ГТР сопутствующих диагнозов.

Что касается последнего наблюдения, наличие сопутствующей патологии оказывает, по-видимому, большое влияние на восприимчивость пациента к вмешательству (Brown & Barlow, 1992). Кроме того, необходимо собрать краткий медицинский анамнез, чтобы оценить вклад соматической патологии и приема медикаментов в имевшуюся в прошлом и наблюдаемую сейчас симптоматику (в частности, гипертиреоз, нарушение функции височно-челюстного сустава). Часто пациентам приходится рекомендовать пройти медицинское обследование, если со времени последнего прошло более двух лет. Помимо этого, необходимо оценить привычное потребление алкоголя и других психоактивных веществ, поскольку их избыточное потребление или отказ от них сам по себе может вызвать симптоматику, сходную с таковой при ГТР и других тревожных расстройствах (Chambless, Cherney, Caputo, & Rheinstein, 1987).

Опросники

Использование ряда опросников-самоотчетов в клинической практике вполне оправдано, поскольку позволяет поставить предварительный диагноз, а также отслеживать состояние пациента в процессе вмешательства. В своей клинике мы обычно применяем батарею опросников на этапе первичной оценки; они были отобраны для оценки ключевых и сопутствующих симптомов тревожных и аффективных расстройств в соответствии с критериями *DSM-IV* (в частности, восприимчивости к тревоге, социальной тревоги, проявлений навязчивости, беспокойства, негативного и позитивного аффекта, депрессии). Хотя эта обширная батарея тестов отчасти проводится в исследовательских целях, в обычных клинических условиях также целесообразно оценивать несколько параметров эмоциональных расстройств, используя ряд опросников. Например, особенности тревоги или настроения, выявленные в результате дополнительного опроса, наряду с основными жалобами пациента могут накладывать отпечаток на ход вмешательства и оценку его эффективности. Это особенно важно в случае ГТР, которому часто сопутствуют другие патологии, например паническое расстройство и социальная фобия (Brown & Barlow, 1992).

Отметив тот факт, что тщательно подобранная батарея тестов может быть важным компонентом диагностики и вмешательства, перейдем к обсуждению наибо-

более эффективных методов оценки ГТР. Ранее уже говорилось об опроснике *PSWQ* (Meyer et al., 1990), который мы часто используем в работе с ГТР. Опросник *PSWQ* был разработан в Университете штата Пенсильвания в качестве простого и надежного средства для выявления склонности к беспокойству (Borkovec et al.). Действительно, опросник *PSWQ* включает 16 пунктов и удобен в использовании (диапазон возможных значений показателя от 16 до 80). В своем первом исследовании, посвященном использованию опросника, его авторы обнаружили, что *PSWQ* обладает внутренней согласованностью и временной стабильностью, имеет высокую дискриминантную и конвергентную валидность (различительную и согласованную достоверность), а также не коррелирует с социальной желательностью (Meyer et al., 1990). При работе с большой выборкой пациентов, страдающих тревожным расстройством ($n = 436$), и 32 нетревожными лицами из контрольной группы (Brown, Antony, & Barlow, 1992) мы получили те же результаты, что и Мейер с коллегами относительно хороших психометрических качеств *PSWQ* (Meyer et al., 1990). Наиболее обнадеживающим наблюдением в этом исследовании было то, что показатели по *PSWQ* позволяли отделить пациентов с ГТР ($n = 50$) от пациентов с любым другим тревожным расстройством, в том числе обсессивно-компульсивным. Средний показатель по *PSWQ* для пациентов с ГТР составил 68,11 ($SD = 9,59$). Средние показатели и стандартные отклонения для некоторых других состояний: паническое расстройство с агорафобией — $M = 58,30$, $SD = 13,65$; социальная фобия — $M = 53,99$, $SD = 15,05$; ОКР — $M = 60,84$, $SD = 14,55$; при отсутствии тревожных расстройств — $M = 34,90$, $SD = 10,98$. Есть и другой подход к оценке ГТР, хотя и менее известный, чем предыдущий, но позволяющий получить хорошие результаты при работе с пациентами, — это шкалы *DASS* (Lovibond & Lovibond, 1995). Тест *DASS* включает 42 пункта, из которых формируются три психометрически различные подшкалы, отражающие текущую, т. е. недельной давности и позже, симптоматику. Из этих трех подшкал особенно помогает в оценке ГТР подшкала стресса. Например, в одном из исследований (Brown, Antony, & Barlow, 1992) шкала стресса *DASS* позволяла дифференцировать пациентов с ГТР от лиц с симптоматикой любых других тревожных расстройств по *DSM-III-R*, за исключением обсессивно-компульсивного расстройства. Из множества подходов к оценке симптоматики (в частности, опросников и клинических тестов на тревогу, депрессию, стресс/напряжение), результаты которых сопоставлялись в этом исследовании, только шкала стресса *DASS* хорошо коррелировала с показателями *PSWQ* (Brown, Marten, & Barlow, 1995).

Самонаблюдение

Как станет понятно в дальнейшем, самонаблюдение — неотъемлемая составляющая разработанной нами программы вмешательства при ГТР. Если пациента обучить правильно заполнять анкеты самонаблюдения, содержащаяся в них информация становится весьма ценной для клинициста при оценке состояния пациента и разработке программы вмешательства. На это есть веские основания.

1. Представляется возможным оценить реакцию пациента на вмешательство благодаря точной информации о важнейших клинических параметрах (например, ежедневных уровнях тревоги, депрессии, позитивного аффекта, продолжительности беспокойства).

2. Можно проанализировать естественно возникающие у пациента эпизоды тревоги и беспокойства (в частности, ситуационные или разрешающие факторы, природу тревожных убеждений, виды поведения, направленные на снижение беспокойства или тревоги).
3. Можно оценить полноту выполнения межсессионных домашних заданий и реакцию на них пациента. Пример заполненной анкеты самонаблюдения, которую мы часто используем при вмешательстве по поводу ГТР, — «Еженедельный отчет о проявлениях тревоги и депрессии», представлен в форме 4.2.

С самого начала психотерапии пациенту разъясняют, что самоотчеты — важная составляющая процесса вмешательства. В русле коллаборативного эмпирического подхода (Young et al., глава 6 «Руководства») пациенту говорят, что ему предстоит совместная работа с психотерапевтом над выявлением факторов, влияющих на естественно возникающие у пациента тревогу, напряжение и беспокойство. Соответственно проявляется роль самонаблюдения как одного из наиболее эффективных способов получения точной информации об этих процессах. Если же целиком полагаться на ретроспективные сведения о симптоматике, наиболее важная информация может быть утрачена или искажена.

Имя: Клэр Т.

Каждый вечер, прежде чем лечь спать, пожалуйста, оценивайте свое состояние, используя приведенную ниже шкалу.

1. СРЕДНИЙ уровень тревоги (с учетом всех обстоятельств).
2. МАКСИМАЛЬНЫЙ уровень тревоги за день.
3. СРЕДНИЙ уровень депрессии.
4. СРЕДНИЙ уровень положительных эмоций.
5. Какую часть дня вы ощущали беспокойство по шкале 0-100%, где «0» соответствует полному отсутствию беспокойства, а «100» означает беспокойство в течение всего периода бодрствования?

Уровень тревоги/депрессии/удовольствия								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Полное отсутствие		Невысокий		Умеренный		Значительный		Максимально возможный
Дата	Средний уровень тревоги	Максимальный уровень тревоги	Средний уровень депрессии	Средний уровень положительных эмоций	Беспокойство в течение дня			
9/17	4	6	4	2	60%			
9/18	5	5	4	3	60%			
9/19	4	5	3	3	65%			
9/20	6	6	4	2	75%			
9/21	6	8	5	1	80%			
9/22	7	8	5	1	90%			
9/23	5	7	4	2	75%			

Форма 4.2. Еженедельный отчет о проявлениях тревоги и депрессии (таблица)

Анкеты самоотчета впервые предлагаются пациенту с целью собрать именно те сведения, которые наиболее важны на данном этапе (в частности, для разграничения тревоги и депрессии). После того как пациенту будут подробно разъяснены общие правила заполнения анкеты, мы и в дальнейшем продолжаем давать рекомендации по поводу того, что именно следует отражать в той или иной анкете (текущий день или последний эпизод тревоги/беспокойства в зависимости от типа анкеты), с целью обеспечить правильность заполнения анкет в перерывах между сессиями. Это особенно важно на первых этапах, пока пациент еще не научился правильно заполнять анкеты, но целесообразно периодически это делать и на протяжении вмешательства для предотвращения систематических искажений.

Обзор методики вмешательства

Методика разработанного нами вмешательства при ГТР обычно предполагает проведение 12-15 сессий продолжительностью 1 час с промежутком в одну неделю, за исключением последних двух сессий, перерыв между которыми составляет две недели. Хотя по упомянутым ранее причинам вмешательство при ГТР проводится в формате небольшой группы (см. наш обзор литературы, посвященной вмешательству при ГТР), на этом этапе мы предпочитаем работать с пациентом индивидуально. По современным представлениям (Craske et al., 1992), наша методика для ГТР содержит компоненты, нацеленные на каждую из трех составляющих тревоги:

- 1) физиологическую (тренинг прогрессивной мышечной релаксации);
- 2) когнитивную (когнитивное реструктурирование);
- 3) поведенческую (профилактика тревожного поведения, решение проблем, распределение времени).

Важнейшим компонентом нашего нового протокола вмешательства при ГТР является экспозиция к беспокойству, при которой пациенту рекомендуется проводить ежедневно некоторое время (обычно час), анализируя причины и содержание своего беспокойства.

Хотя в настоящее время есть некоторые данные о низкой эффективности многокомпонентных вмешательств, возможно, за счет разбавления элементов вмешательства (Barlow et al., 1992), мы продолжаем придерживаться многокомпонентной методики по ряду причин (в частности, как показывает наш опыт, однокомпонентные вмешательства не очень эффективны; согласно *DSM-IV*, ГТР считается многоаспектным расстройством). Более того, если эффект разбавления отчасти объясняет низкую эффективность многокомпонентного вмешательства, то этот фактор приобретает меньшее значение, когда такое вмешательство используется в клинических условиях без временных и методологических ограничений, с которыми часто сталкиваются исследователи в проектах, посвященных оценке результативности контролируемого вмешательства.

Процесс вмешательства

Начальные сессии

В табл. 4.2 представлены общие положения нашей комплексной программы вмешательства при ГТР. Наиболее важными считаются первые сессии, поскольку на

них закладывается фундамент и дается обоснование дальнейшего вмешательства. Первые две сессии содержат следующие элементы:

- 1) выяснение ожиданий пациента и психотерапевта;
- 2) описание трех компонентов тревоги (в частности, физиологического, когнитивного и поведенческого) и применение этой трехкомпонентной модели к симптоматике пациента (например, обсуждение имеющихся у пациента соматических симптомов тревоги, содержания тревоги и тревожного поведения);
- 3) обсуждение природы тревоги (в частности, природы адаптивной и неадаптивной тревоги, «нормализация», т. е. разъяснение правомерности имеющейся у пациента симптоматики);
- 4) обоснование и описание компонентов вмешательства;
- 5) инструктаж по использованию анкет самонаблюдения.

Таблица 4.2. Схема методики вмешательства при ГТР

Сессия 1

- « Описание пациентом своей тревоги и беспокойства. Введение в природу тревоги и беспокойства.
- Трехкомпонентная модель тревоги.
- Обзор предстоящего вмешательства (например, важность самонаблюдения, выполнения домашнего задания, регулярное посещение).
- Обоснование вмешательства.
- Домашнее задание: самонаблюдение.

Сессия 2

- Обзор результатов самонаблюдения.
- Обзорное сообщение о природе тревоги, трехкомпонентная модель.
- Обсуждение физиологических механизмов тревоги.
- Обсуждение поддерживающих факторов при ГТР.
- Домашнее задание: самонаблюдение.

Сессия 3

- Обзор анкет самонаблюдения.
- Обоснование прогрессивной мышечной релаксации (ПМР) для 16 групп мышц.
- ПМР на сессии с аудиозаписью для домашней практики.
- Домашнее задание: самонаблюдение, ПМР.

Сессия 4

- Обзор анкет самонаблюдения, практика ПМР.
- Сессионная практика прогрессивной мышечной релаксации для 16 групп мышц с тренингом различения.
- Разъяснение роли убеждений при стойкой тревоге (например, природа автоматических мыслей, разбор приведенных пациентом примеров).
- Описание и опровержение убеждений, связанных с завышением вероятности негативного события.
- Введение в анкету когнитивного самонаблюдения.
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие иррациональным убеждениям), ПМР.

Таблица 4.2. Окончание

Сессия 5

- Обзор результатов самонаблюдения, ПМР, противодействие завышению вероятности негативного события.
- Внутрисессионная ПМР для восьми групп мышц и тренинг различения.
- Описание катастрофических убеждений и противодействие им.
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие иррациональным убеждениям), ПМР.

Сессия 6

- Обзор результатов самонаблюдения, ПМР, когнитивное противодействие (переоценка вероятности события, декатастрофизация).
- Внутрисессионная ПМР для восьми групп мышц с тренингом различения, введение практики генерализации.
- Обзор типов тревожных убеждений и методов противодействия им.
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие иррациональным убеждениям), ПМР.

Сессия 7

- Обзор результатов самонаблюдения, ПМР, когнитивное противодействие.
- Внутрисессионная ПМР для четырех групп мышц.
- Введение в экспозицию к тревоге (например, тренинг воображения, иерархия сфер беспокойства, внутрисессионная экспозиция к беспокойству).
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие иррациональным убеждениям), ПМР, ежедневная экспозиция к беспокойству.

Сессия 8

- Обзор результатов самонаблюдения, ПМР, когнитивное противодействие, практика экспозиции к беспокойству.
- Введение релаксации по памяти.
- Обоснование экспозиции к беспокойству.
- Внутрисессионная экспозиция к тревоге.
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие), экспозиция к беспокойству, релаксация по памяти.

Сессия 9

- Обзор результатов самонаблюдения, когнитивное противодействие, экспозиция к беспокойству, релаксация по памяти.
- Практика релаксации по памяти.
- Введение профилактики тревожного поведения (например, обоснование, составление списка видов тревожного поведения, разработка приемов профилактики такого поведения).
- Домашнее задание: самонаблюдение (тревога, когнитивное наблюдение и противодействие), экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксация по памяти.

Сессия 10

- Обзор результатов самонаблюдения, когнитивное противодействие, экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксация по памяти.
- Введение релаксации в ответ на появление признаков беспокойства.

- Домашнее задание: самонаблюдение (когнитивное самонаблюдение и противодействие тревоге), экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксация по ключевому слову.

Сессия 11

- Обзор результатов самонаблюдения, когнитивное противодействие, экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксация по ключевому слову.
- Практика релаксации по ключевому слову.
- Введение в планирование времени/решение проблем.
- Домашнее задание: самонаблюдение (когнитивное самонаблюдение и противодействие тревоге), экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксации по ключевому слову.

Сессия 12

- Обзор результатов самонаблюдения, когнитивное противодействие, экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксации по ключевому слову.
- Генерализация техник релаксации.
- Планирование времени/решение проблем.
- Домашнее задание: самонаблюдение (когнитивное самонаблюдение и противодействие тревоге), экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксации по ключевому слову, практика планирования времени/решения проблем.

Сессия 13

- Обзор результатов самонаблюдения, когнитивное противодействие, экспозиция к беспокойству, профилактика тревожного поведения, релаксация по ключевому слову, практика планирования времени/решения проблем.
- Практика релаксации по ключевому слову.
- Обзор техник и умений.
- Обсуждение подходов к использованию освоенных в ходе вмешательства техник.

Каждому пациенту разъясняют важность регулярного посещения сессий и выполнения домашнего задания для успешного исхода вмешательства. Пациентам обрисовывают в общих чертах, что их ожидает в ближайшее время в связи с вмешательством (в частности, что улучшение не наступит мгновенно; возможно даже усиление тревоги на фоне психотерапии с объяснением, почему это происходит).

Когнитивная психотерапия

Когнитивная психотерапия — неотъемлемая составляющая нашего вмешательства при ГТР. Когнитивный компонент методики вмешательства во многом соответствует процедурам, разработанным Беком с коллегами (**Beck et al., 1985**). С самого начала вмешательства пациенту дают разъяснения по поводу природы тревожных убеждений (в частности, речь идет о концепции автоматических мыслей, ситуационно-специфической природе тревожных ожиданий, причинах, по которым ложные убеждения, вызывающие тревогу, сохраняются неизменными в течение длительного времени). В качестве введения в когнитивную психотерапию

пациенту разъясняют, что в случае неадекватной тревоги негативный аффект обусловлен не столько особенностями ситуации, сколько ее интерпретацией самим пациентом. Таким образом, на конкретных примерах психотерапевт помогает пациенту сделать первый шаг в когнитивной психотерапии: понять, что необходимо самостоятельно выявлять специфические интерпретации/представления, чтобы иметь возможность эффективно их оспорить. Подобно Беку и его коллегам, мы пытаемся различными способами решить задачу выявления автоматических мыслей (Beck et al., 1985). В рамках терапевтической сессии может проводиться следующее: расспрос психотерапевта (например, «Что, по-вашему, может произойти в этой ситуации, из-за чего вы испытываете такое напряжение?»); задания на создание мысленных образов (предложить пациенту вообразить ситуацию в деталях с целью вызвать соответствующие автоматические мысли); проигрывание ролей.

Начиная с первой же сессии когнитивной психотерапии пациентов обучают использовать Анкету когнитивного самонаблюдения (см. форму 4.3, на которой приведен пример заполненной анкеты) с целью наблюдения за собой с фиксацией связанных с тревогой мыслей. Как уже говорилось, обычной проблемой для начинающих психотерапевтов является поверхностное или неполное выявление тревожных представлений (например, преждевременные попытки оспорить иррациональные тревожные убеждения до выявления автоматически появляющихся мыслей, которые, главным образом, и ответственны за негативный аффект).

Имя: Клэр Т.

Событие	Автоматическая мысль	Тревога (0–8)	Вероятность (0–100%)	Противодействие (альтернативы, факты)	Реальная вероятность (0–100%)	Тревога (0–8)
Сегодня у сына футбольный матч	Он получит травму или будет парализован	6	75%	Однажды ушиб колено. Серьезных травм никогда не было. Возможно, обойдется без травм. Он крепкий и к тому же хороший игрок, как и его отец. Возможно лишь небольшое повреждение	10%	3

Форма 4.8. Анкета когнитивного самонаблюдения (отчет о беспокойстве) (таблица)

Помимо разъяснения важности самонаблюдения психотерапевту иногда требуется помочь пациентам в нужный момент делать записи в анкете. Так, мы предлагаем своим пациентам обращать внимание на любое усиление тревоги, расценивая это как необходимость заняться самонаблюдением, например: «Уровень тревоги возрос с 2 до 6. Что из того, о чем я в тот момент думал, могло к этому привести?» (Изменения настроения пациента, отмеченные психотерапевтом во время сессии, также дают хорошую возможность помочь выявить автоматически возникающие мысли.)

В отношении проблемы идентификации специфической мысли (мыслей), ответственной за тот или иной эпизод, следует отметить, что эти мысли должны порождать сходные эмоции у каждого, кто аналогичным образом интерпретирует ситуацию. Этим положением должен руководствоваться и психотерапевт, оказывающий пациенту помощь в идентификации автоматических мыслей во время сессии.

После того как будет дан обзор природы тревожных убеждений и методов их выявления, психотерапевт делает акцент на двух возможных типах когнитивных искажений, приводящих к избыточной тревоге: 1) завышении вероятности события и 2) катастрофическом мышлении. Убеждения, связанные с переоценкой вероятности негативного события, приводят к тому, что человек ошибочно оценивает такое событие как весьма вероятное. Например, пациент, который озабочен возможностью потерять работу, несмотря на свои профессиональные успехи, совершает когнитивную ошибку такого типа, завышая вероятность остаться без работы. После того как дано определение и приведены примеры автоматически возникающих мыслей, связанных с завышением вероятности негативного события, психотерапевт приводит обоснования, почему мысли такого типа могут быть устойчивыми, несмотря на явное их несоответствие действительности (например, убеждение человека в том, что ему не везет; вера в то, что беспокойство или связанное с ним тревожное поведение способно предотвратить негативный исход; склонность концентрировать внимание на негативных исходах без рассмотрения альтернатив).

Катастрофическим мышлением мы называем тенденцию рассматривать событие как «непереносимое», «не поддающееся контролю», способность справиться с которым выходит за пределы возможностей человека, хотя в действительности ничего «катастрофического» не происходит. Что касается катастрофических мыслей, связанных с субъективными представлениями о невозможности справиться с негативным событием, независимо от реальной вероятности их возникновения (см. диалог между терапевтом [Т] и пациенткой по имени Хлоя [Х]), мы также относим к этой категории катастрофического мышления склонность делать далеко идущие выводы или приписывать серьезные последствия малозначительным или маловажным событиям (например, «Если мой ребенок не сдаст экзамена, то как родитель я никуда не поеду»). Убеждения, отражающие склонность к перфекционизму или высокой личной ответственности (с соответствующими выводами из тех ситуаций, когда это не удается), также подпадают под эту категорию.

Часто пациенты испытывают затруднения при попытке разграничить мысли, связанные с завышением вероятности негативного события и склонностью к катастрофическому мышлению. Психотерапевту следует привести примеры, сделав акцент на различной вероятности реальных и прогнозируемых событий (завышение вероятности) и представлениях о невозможности справиться с проблемой или склонности приписывать чересчур серьезные последствия сравнительно малозначительным событиям (катастрофическое мышление). Более того, психотерапевту следует отметить, что эти два типа мыслей часто взаимосвязаны в процессе развития беспокойства у пациента.

Т: Вы упомянули, что два дня назад вам было особенно трудно уснуть.

Х: Это всегда дается мне нелегко, но в тот вечер я не могла уснуть до половины четвертого. Т: Почему, как вы думаете, это произошло именно этим вечером?

Х: Раздался телефонный звонок, наверное, около половины двенадцатого, а, как вы теперь знаете, телефонные звонки всегда вызывают во мне тревогу. Я стала беспокоиться, не произошло ли что-нибудь плохое. Оказалось, просто ошиблись номером, но я уже...

Т: Что плохого, по-вашему, могло случиться?

Х: Знаете, просто какое-нибудь плохое известие, кто-то умер, или что-либо еще в том же духе. После того как я этим летом навестила родителей, я стала беспокоиться о том, что мой отец сильно постарел. В июле ему исполнилось пятьдесят пять лет, и с тех пор как я переехала в Бостон, я вижу с родными не так часто, как мне бы хотелось.

Т: Итак, когда зазвонил телефон, вы стали беспокоиться о том, не произошло ли что-нибудь с вашим отцом?

Х: Сомневаюсь, что я успела об этом подумать, ведь я довольно быстро сняла трубку, но телефонный звонок заставил меня вздрогнуть. После того как я повесила трубку, я сама удивилась своему волнению. В конце концов я пришла к выводу, что испугалась, не произошло ли чего-то плохого с отцом. Когда я поняла это, остаток ночи уже не могла успокоиться.

Т: Если я правильно понял ваши слова, вы сказали, что на здоровье он не жалуется, это так?

Х: Да, но не так давно ему удалили бородавку. Он всю жизнь работал на открытом воздухе, и я беспокоюсь, что из-за солнца у него может развиться рак кожи.

Т: Что, по-вашему, произойдет, если ваш отец умрет?

Х: Что вы имеете в виду? Вы хотите знать, что я буду делать? Я отказываюсь говорить на эту тему, если вы не хотите, чтобы я окончательно расстроилась... знаете, я ведь единственный ребенок и...

Т: Мысль об этом вас, видимо, очень огорчает.

Х: Ну да, я и теперь очень взволнована. После таких мыслей я действительно оказываюсь на грани. Я имею в виду, что настолько волнуюсь, что совершенно ясно: с этой ситуацией мне не справиться. Я представляю себе, что если мой отец умрет, я просто замкнусь и не буду ничего делать. А главное, не буду хотеть!

Хотя психотерапевт в этом примере должен продвигаться вперед, пытаясь установить происхождение катастрофических представлений пациентки о смерти отца, правильным решением также будет прояснить различия между завышением вероятности события (например, завышение риска скорой смерти отца, находящегося в добром здравии; завышение риска, связанного с пребыванием на солнце) и катастрофическим мышлением (например, предчувствие, что смерть отца вызовет стойкий паралич эмоций и неспособность продолжать жить дальше) и проанализировать, как эти два типа мыслей взаимосвязаны в «цепочку беспокойства» пациентки.

На этом этапе целесообразно рассмотреть наиболее распространенные примеры завышения вероятности негативного события и катастрофического мышления, о которых сообщают пациенты с ГТР. Следует отметить, что природа тревоги при ГТР изучалась лишь в нескольких исследованиях (см., в частности, Borkovec et al, 1991; Craske, Rapee et al., 1989; Sanderson & Barlow, 1990). При этом выяснилось, что основания для беспокойства, выявленные в процессе структурированного интервью (в частности, *ADIS-R* или *ADIS-IV-L*), не укладываются в общеизвестные категории (например, болезнь/здоровье, семейные дела, работа/учеба). Действительно, в каждом из только что названных исследований одной из наиболее представленных категорий для обозначения оснований для беспокойства бы-

ла категория «разное». Таким образом, в отличие от тревожных убеждений, присущих пациентам с паническим расстройством (Craske & Barlow, глава 1 «Руководства»), у которых иррациональные убеждения, как правило, вполне конкретны (например, страх смерти, сумасшествия, утраты контроля над собой), при ГТР наблюдается совсем другая картина. Тем не менее наблюдения показали, что беспокойство при ГТР отражает те же процессы (и содержание), которые присущи здоровым людям, но в гипертрофированном виде; главное отличие патологического беспокойства от «нормального» — это субъективная невозможность его контролировать (Barlow, 1991; Borkovec et al., 1991).

Как и в случае идентификации тревожных убеждений, психотерапевт не должен недооценивать важности *тщательного* и *систематического* противодействия этим представлениям. Психотерапевт использует противодействие не затем, чтобы заменить негативные мысли на позитивные (например: «Тут не о чем беспокоиться, все будет хорошо»). Вместо этого противодействие подается как часть процесса оценки валидности интерпретаций/предположений, которые делает пациент, с целью помочь ему заменить неточные убеждения на более реалистичные, основанные на фактах. Подчеркивается важность повторного, систематического противодействия, поскольку мысли, ответственные за избыточную тревогу, могут войти в привычку, от которой трудно отказаться, но их действительно можно заменить более точными убеждениями благодаря практике и повторному применению техники противодействия.

Кроме того, пациенту разъясняют, что противодействие иррациональным убеждениям основано на следующих приемах:

- 1) отношении к мыслям как к гипотезам (а не свершившимся фактам), которые могут быть подкреплены или опровергнуты реальными событиями;
- 2) привлечении всех имеющихся в распоряжении фактов, прошлых и настоящих, для оценки валидности убеждений;
- 3) выдвижении и исследовании всех других возможных интерпретаций и предположений о событии или ситуации.

В случае противодействия мыслям, связанным с завышением вероятности негативного события, перечисленные выше рекомендации помогают оценить реальную вероятность или шансы такого события в будущем.

Чтобы противодействовать катастрофическим мыслям, психотерапевт предлагает пациенту вообразить худший исход событий, а затем критически оценить возможные последствия. Это предполагает субъективную оценку пациентом своей способности справиться с этим событием, если таковое произойдет. Кроме того, противодействуя катастрофическому мышлению, имеет смысл побудить пациента к предложению максимального числа возможных альтернатив, кроме худшего варианта развития событий. Иногда пациенту трудно предложить альтернативу, поскольку при ГТР наблюдается явная склонность к негативным прогнозам. Психотерапевту следует подчеркнуть, что декатастрофизация мышления не предполагает необходимости рассматривать негативное событие как позитивное или даже нейтральное (например: «Каждому человеку тяжело, когда умирают его родители»); напротив, благодаря критической оценке реального влияния негативного события пациент может прийти к выводу, что эти последствия будут ограничены во времени и с ними вполне можно будет справиться.

Экспозиция к беспокойству

В соответствии с современными представлениями о природе патологического беспокойства (Borkovec & Ни, 1990; Rapee & Barlow, 1991) ЭКСПОЗИЦИЯ к беспокойству (Craske et al, 1992) включает в себя следующие процедуры.

1. Выявление двух-трех основных сфер беспокойства для данного пациента и составление соответствующего списка (в порядке возрастания связанных с ними переживаний).
2. Тренинг воображения посредством создания мысленных образов приятных сцен.
3. Практическая работа в области первой по списку сферы беспокойства путем концентрации на тревожных мыслях с попыткой представить себе худший вариант развития событий (например, для пациентки, склонной беспокоиться, когда муж задерживается на работе, полезно представить себе, как он лежит без сознания, привалившись к рулю машины).
4. Когда пациент обретает способность создавать живые мысленные образы, вводится основной элемент техники экспозиции к беспокойству, т. е. образы пугающей ситуации следует не только создавать, но и удерживать перед своим мысленным взором как минимум 25-30 минут.
5. По истечении 25-30 минут рекомендовать пациенту предложить как можно больше альтернатив худшему варианту развития ситуации (например: «Если мой муж опаздывает, он, возможно, задержался на работе, попал в пробку, заехал в магазин» и т. д.).

Как указано в «Ежедневном отчете об экспозиции к беспокойству» (пример заполненного отчета представлен в форме 4.4), в конце этапа выдвижения альтернатив при выполнении процедуры экспозиции пациенты делали записи об уровне своей тревоги и живости мысленных образов в разные моменты экспозиции (например, максимальный уровень тревоги на протяжении 25-30 минут экспозиции к беспокойству; уровень тревоги после предложения альтернатив худшему варианту развития событий).

После проработки в течение 30 минут или больше первой сферы беспокойства в соответствии с описанными выше процедурами пациентам часто рекомендуют повторить все эти шаги для второй сферы беспокойства в иерархии. Когда психотерапевт убедится, что пациент правильно соблюдает технику экспозиции к беспокойству во время сессии, упражнение рекомендуется для ежедневной практики в домашних условиях. Пациентам рекомендуют переходить к следующей по списку сфере беспокойства, когда упражнения, на экспозицию вызывают лишь небольшое беспокойство, т. е. на уровне 2 и ниже по шкале тревоги от 0 до 8 баллов), несмотря на несколько попыток живо представить себе соответствующую ситуацию.

Безусловно, первым, самым важным этапом применения техники экспозиции к беспокойству является правильная подготовка пациента, подробное разъяснение и обоснование целей упражнения. Это предполагает обсуждение в той или иной форме концепции привыкания с перечислением причин отсутствия привыкания в естественных условиях, несмотря на повторную экспозицию к беспокойству (например, естественную склонность быстро переключаться с одного пред-

мета беспокойства на другой). Кроме того, экспозиция к беспокойству подается как дополнительная возможность применить уже освоенные по протоколу вмешательства стратегии (в частности, когнитивное реструктурирование и, возможно, прикладную релаксацию). Действительно, психотерапевт может проинформировать пациента, что повторная экспозиция к одной и той же тревожной мысли или образу поможет более объективно относиться к происходящему, т. е. применять когнитивные техники противодействия будет легче.

Имя: Клар Т.		Дата: 15 ноября	
Время начала: 15.00			
Время окончания: 17.00			

Тревога/образ (обвести)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Полное отсутствие	Небольшая	Умеренная			Значительная			Максимально возможная

Симптомы во время экспозиции	Дрожание		Тошнота/расстройство желудка	✓
	Мышечное напряжение	✓	Покраснение кожи/озноб	
	Двигательное беспокойство		Учащенное мочеиспускание	
	Усталость	✓	Затрудненное глотание	
	Одышка		Состояние «на взводе»	✓
	Учащенное сердцебиение	✓	Пугливость	
	Потоотделение/влажные руки		Трудность концентрации внимания	
	Сухость во рту		Нарушения сна	
	Головокружение		Раздражительность	✓

Эпизод беспокойства 1: содержание

Вот-вот зайдет подруга — она увидит, что в доме не прибрано, и будет поражена. Она будет смеяться и плохо думать обо мне.

Худший вариант развития событий:

Она позвонит общим знакомым — они посмеются надо мной и перестанут меня уважать.

Тревога (0–8): 7 Мысленный образ (0–8): 7

Возможные альтернативы:

Она не обратит внимания — она пришла повидаться со мной, а не посмотреть мою квартиру. Она может не обратить внимания на состояние пола. Даже заметив грязь, она не сочтет это достаточно интересной темой для разговора. Она, возможно, будет рада, что я не занимаюсь уборкой, как обычно.

Тревога (0–8): 2 Мысленный образ (0–8): 2

Форма 4.4. Ежедневный отчет об экспозиции к беспокойству

В процессе экспозиции к беспокойству могут возникнуть некоторые трудности. Теоретически (Foa & Kozak, 1986) терапевтическая экспозиция к пугающим мыслям, образам или ситуациям должна сопровождаться следующими явлениями:

- 1) как минимум умеренной тревогой, которую должна вызывать первичная экспозиция;
- 2) снижением высокого уровня тревоги, имевшего место в начале экспозиции (так называемое внутрисессионное привыкание), к которому приводит длительная внутрисессионная экспозиция к пугающим стимулам;
- 3) снижением (после проведения нескольких отдельных экспозиций) максимального уровня спровоцированной тревоги; этот уровень будет снижаться до тех пор, пока пугающие стимулы не перестанут вызывать выраженной тревоги (наступит межсессионное привыкание).

Потенциальный источник проблем состоит в том, что экспозиция к беспокойству может вызвать лишь минимальную тревогу на *начальном* этапе. Причин этого явления может быть несколько, в частности:

- 1) неспособность пациента создать достаточно живой мысленный образ;
- 2) чересчур общий характер создаваемых пациентом мысленных образов, что мешает ему сосредоточиться на худшем варианте развития событий;
- 3) косвенное отношение мысленных образов к сфере беспокойства данного пациента или же сама эта сфера, которая не играет большой роли в симптоматике ГТР;
- 4) использование пациентом техник совладания (например, когнитивного реструктурирования, релаксации в ответ на появление признаков беспокойства) в течение 25-30 минут экспозиции к беспокойству;
- 5) скрытое избегание пациентом переработки наиболее значимых признаков беспокойства, возможно, путем переключения внимания на нейтральные мысли и образы.

Может возникнуть и другая проблема: пациент сообщает о минимальном внутрисессионном и межсессионном привыкании к тревожным стимулам на фоне экспозиции к беспокойству, несмотря на повторное ее проведение. И вновь на это может быть ряд причин, в частности:

- 1) скрытое избегание выраженной тревоги;
- 2) неспособность поддерживать определенный мысленный образ на протяжении всей экспозиции (например, склонность постепенно смещаться от одного пугающего образа к другому), из-за чего привыкание становится невозможным;
- 3) недостаточное время экспозиции (например, пациент удерживает вызывающий беспокойство мысленный образ менее 25 минут, в некоторых случаях 25-30 минут бывает недостаточно для эффективной экспозиции к особенно тревожным образам).

Как отмечено в разделе, посвященном особенностям психотерапевта, которые могут повлиять на исход вмешательства, крайне важно, чтобы психотерапевт хорошо представлял себе теоретические параметры терапевтической экспозиции. Соответственно, нельзя недооценивать систематического учета показателей тревоги у пациента в процессе экспозиции к беспокойству (как на сессиях, так и при занятиях дома), поскольку эти показатели помогают оценить прогресс и выявить существующие проблемы.

Иногда пациенты испытывают затруднения при попытке предложить альтернативы субъективно худшему варианту развития событий. Это служит отражением ограниченной способности пациента применять техники когнитивного противодействия (которые по нашей методике вмешательства при ГТР осваиваются до начала экспозиции к беспокойству) или указывает на сравнительно стойкую систему убеждений, связанных с данной сферой беспокойства. Что касается этой проблемы, часто показатели тревоги у пациентов не снижаются после выдвижения альтернатив наиболее неблагоприятному развитию событий. При возникновении таких проблем психотерапевту следует поинтересоваться, чем сам пациент объясняет отсутствие снижения тревоги. С учетом наиболее распространенных ошибок в когнитивной психотерапии (например, неспособность опровергнуть тревожные представления при помощи основанных на фактах контраргументов), вначале психотерапевту следует помочь пациенту в выдвижении альтернатив. По нашему опыту, снижение тревоги начинается благодаря обратной связи, параллельно с продолжением экспозиции к беспокойству (например, привыкание к воображаемым стимулам, связанным с худшим исходом, помогает пациенту объективно рассмотреть конкретные основания для своего беспокойства, что в свою очередь способствует когнитивному реструктурированию).

Как указано выше, в процессе вмешательства при ГТР всегда следует учитывать возможность переключения пациентом внимания. В частности, пациент может попытаться избежать мыслей о худшем исходе негативного события или позволить себе во время процедуры экспозиции думать совсем о другом. Психотерапевту следует быть начеку, ведь переключение внимания с тревожных мыслей или чувств помогает уменьшить сиюминутную тревогу, но эта стратегия оказывается неэффективной для стойкого устранения тревоги. Фактически переключение внимания укрепляет пациента в мысли, что некоторых тем лучше избегать, что делает невозможным благоприятный исход вмешательства при других тревожных расстройствах (Craske, Street, & Barlow, 1989). Более того, переключение внимания мешает правильно оценить тревожные убеждения пациента и вызвать достаточно выраженную тревогу для эмоциональной переработки беспокойства (Foa & Kozak, 1986). Таким образом, психотерапевту следует проявлять наблюдательность и отмечать попытки пациента отвлечься, указывая ему на это и разъясняя, почему такое поведение не позволяет избавиться от тревоги.

Тренинг релаксации

Тренинг релаксации в нашем комбинированном протоколе вмешательства при ГТР не слишком отличается от того, который мы использовали раньше (см., в частности, Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989; Barlow et al., 1992). Релаксационный компонент основан на процедурах, которые были предложены Бернштейном и Борковецем (Bernstein and Borkovec, 1973). Процедуры начинаются с ПМР (16 групп мышц) с тренингом различения. Тренинг различения включает обучение пациента различать ощущения напряжения и расслабления в каждой из мышечных групп в процессе выполнения упражнения на ПМР. Конечной целью тренинга различения является повышение способности пациента различать источники и ранние признаки мышечного напряжения, чтобы впоследствии быстро применять технику релаксации для этих групп мышц (см. ниже). После того как

пациент поработает с каждой из 16 мышечных групп, путем индукции вводятся техники углубления релаксации (в частности, проговаривание слова «расслабься» на выдохе, медленное диафрагмальное дыхание).

Пациентам приводится обоснование релаксации, разъясняется, что она способствует уменьшению сопутствующей тревоге физиологической симптоматики, отчасти за счет прерывания выученной ассоциации между перевозбуждением вегетативной нервной системы и беспокойством. Упражнения на ПМР для 16 групп мышц длятся в среднем 30 минут. Как правило, проводится специальная, посвященная ПМР сессия под руководством психотерапевта с одновременной записью этой процедуры на аудиокассету, чтобы пациент мог практиковать ПМР дважды в день дома, используя эту запись. В дополнение к аудиозаписи мы даем все общепринятые рекомендации по проведению ПМР (например, указания пациенту вначале практиковать ПМР в спокойной, удобной обстановке, однако не непосредственно перед сном).

После того как пациент достаточно освоит упражнения для 16 мышечных групп (на что обычно уходит около двух недель), количество мышечных групп постепенно сокращается с 16 до 8, а затем до 4 (например, мышцы живота, груди, плеч, лба). В процессе уменьшения числа мышечных групп психотерапевту следует обратить внимание на специфические проблемные зоны пациента, соответственно включив их в окончательный перечень из четырех групп мышц.

Безусловно, главной целью уменьшения числа мышечных групп (в частности, с 16 до 8, а затем до 4) является упрощение техники релаксации, чтобы пациент смог быстро ее использовать в случае необходимости. Таким образом, после освоения пациентом упражнения на 4 мышечные группы вводится «релаксация по памяти». Релаксация по памяти состоит из концентрации внимания на каждой из оставшихся четырех групп мышц и поочередного их расслабления с воспроизведением ощущений, сопровождавших релаксацию в прошлом. При этом не требуется предварительно напрягать мышцы, как в других техниках, а лишь вспомнить свои переживания расслабления мышц (например, «по мере того как вы концентрируете внимание на своем животе, думайте о том, как мышцы живота расслабляются, ощутите возникающее при этом тепло»). Как и при выполнении упражнения на ПМР в полном объеме, пациентам рекомендуют дышать медленно и ровно, про себя повторяя на каждом выдохе слово «расслабься». На этом этапе предлагается ежедневно практиковать упражнения на релаксацию в удобной обстановке, где нет отвлекающих стимулов, а также постепенно переходить к выполнению упражнения в более сложных условиях (например, на рабочем месте).

После того как пациент хорошо освоит релаксацию по памяти, вводится релаксация по ключевому слову. При этом делается несколько быстрых дыхательных движений (примерно 4-5) с проговариванием про себя на выдохе слова «расслабься». Пациенту предлагается на выдохе полностью расслабиться, концентрируя внимание на возникающих при этом ощущениях. Таким образом, релаксация по ключевому слову наиболее удобна в использовании из всех включенных в методику стратегий релаксации, и пациенту рекомендуется использовать эту технику в разнообразных ситуациях, в частности при высокой вероятности возникновения тревоги или напряжения (например, на работе, дома, в очереди, при разговоре по телефону, за рулем автомобиля). Кроме того, по ряду причин мы поощряем пациентов периодически выполнять упражнение на ПМР в полном объ-

еме, т. е. для 16 мышечных групп (например, для закрепления способности к различению, укрепления ассоциации ключевого слова «расслабься» с ощущением мышечного расслабления).

Разным пациентам требуется разное время для усвоения навыков релаксации. При проведении тренинга в клинических условиях, т. е. при отсутствии необходимости точно следовать протоколу вмешательства, как это бывает в исследованиях с группой контроля, психотерапевту не следует форсировать освоение пациентом релаксации (например, слишком быстро уменьшать число мышечных групп с 16 до 8 и до 4), поскольку успешное применение техники (например, релаксации по памяти, релаксации по ключевому слову) в естественных условиях зависит от освоения на сессии предшествующих стратегий (в частности, способности к различению при выполнении ПМР для 16 мышечных групп).

Помимо некоторых практических трудностей, связанных с недостаточным освоением тренинга релаксации (например, невыполнение домашнего задания по причине нехватки времени, проблемы с концентрацией внимания во время практики), есть еще одна проблема, описанная в научной литературе как тревога, вызванная релаксацией (ТВР). Тревога, вызванная процедурой релаксации, по-видимому, связана с повышенной восприимчивостью к внутренним, соматическим симптомам (например, ощущение неустойчивости, субъективное чувство утраты контроля над собой; Borkovec et al., 1987; Heide & Borkovec, 1984). Учитывая возможное влияние этого феномена на клинический исход вмешательства, Борковец с коллегами (Borkovec et al., 1987), сопоставляя эффективность когнитивной и недирективной психотерапии у пациентов, получавших ПМР в составе комплексного вмешательства, обнаружили, что ТВР значимо и негативно связана с изменениями по Шкалам депрессии и тревоги Гамильтона.

Таким образом, психотерапевту следует внимательно следить за проявлениями ТВР, особенно у пациентов с сопутствующим паническим расстройством (Cohen, Barlow, & Blanchard, 1985), которое часто встречается при основном диагнозе ГТР (Brown & Barlow, 1992). При появлении признаков ТВР, психотерапевт должен заверить пациента, что это, скорее всего, временное явление, просто автоматическая реакция на выученный стереотип перевозбуждения вегетативной нервной системы, и эти ощущения обычно проходят после некоторой практики.

Профилактика поведенческих проявлений беспокойства

Как было сказано в этой главе, группа исследователей (Craske, Rapee et al, 1989) обнаружила, что свыше половины причин для беспокойства при ГТР, отмеченных в анкетах самонаблюдения, оказались связаны с неким профилактическим или ритуальным поведением. Таким образом, как и в случае навязчивой симптоматики при обсессивно-компульсивном расстройстве, подобное «тревожное поведение» (поведенческое проявление беспокойства) дает пациентам негативное подкрепление, поскольку обычно приводит к временному снижению тревоги (Brown, Moras et al, 1993). Примеры беспокойного поведения включают частые телефонные звонки близким на работу или домой, нежелание читать в газете некрологи или сводки о других неприятных событиях, ежедневную уборку в доме на случай, если кто-то вдруг зайдет. Как и при ОКР (Foa & Franklin, глава 5 «Руководства»), весьма полезным вмешательством при ГТР является систематическая профилактика реакций, функционально связанных с беспокойством.

Поскольку пациенты могут не замечать связи своего поведения с проявлениями тревоги, психотерапевту целесообразно предложить пациенту проверить свое предположение о том, что такие виды поведения помогают предотвратить негативные последствия (так называемая проверка предположений). Процедура начинается с того, что психотерапевт помогает пациенту составить список наиболее типичных видов тревожного поведения. Когда эти виды поведения определены, психотерапевт обычно предлагает пациенту заняться самонаблюдением и зафиксировать частоту появления каждого вида поведения в течение недели. Затем следует порекомендовать пациенту воздерживаться от поведенческих проявлений беспокойства, возможно заменив их другой реакцией (например, держать приемник в машине настроенным на программу новостей при поездках на работу и с работы, вместо того чтобы выключать его и не слушать сообщений о дорожно-транспортных происшествиях). Прежде чем приступить к упражнению по профилактике беспокойного поведения, психотерапевт фиксирует прогноз пациента относительно последствий профилактики такого поведения. После выполнения упражнения пациенту следует помочь сопоставить исход упражнения с высказанными ранее предположениями (например, частота беспокойного поведения не коррелирует с вероятностью возникновения негативного события). Как в случае вмешательства при паническом расстройстве (Craske & Barlow, глава 1 «Руководства»), проверка правильности предположений может быть полезным дополнением к когнитивному реструктурированию. Пример заполненной Анкеты профилактики беспокойного поведения представлен в форме 4.5.

Имя: Клэр Т.

Дата	Практическое задание	Тревога до выполнения задания(0-8)	Тревога после выполнения задания(0-8)
11/27	Попросить мужа звонить только перед уходом с работы, не раньше		
11/28	" — "	3	3
11/29	" — "	3	2
11/30	" — "	3	1
12/1	" — "	2	2
12/2	" — "	2	0
12/3	" — "	1	0

Форма 4.5. Анкета профилактики беспокойного поведения (таблица)

Планирование времени

Многие пациенты с ГТР сообщают о том, что они перегружены обязательствами помимо повседневных неурядиц и стрессоров. По природе ГТР (например, в силу тревожных предчувствий) эти пациенты склонны преувеличивать значение бытовых проблем и незначительных стрессоров. Соответственно, овладение основными навыками планирования времени и постановки целей является крайне полезным компонентом вмешательства при ГТР, отчасти потому, что эти техники

помогают пациентам сосредоточить усилия на выполнении стоящих перед ними задач, вместо того, чтобы беспокоиться о будущих проблемах.

Стратегии планирования времени включают три основных компонента: делегирование ответственности, уверенность в себе (например, умение сказать «нет») и умение следовать планам. Что касается делегирования ответственности, мы часто видим у своих пациентов склонность к перфекционизму, что мешает им частично передать окружающим свои обязанности. Более того, пациенты с ГТР способны без сопротивления брать на себя новые неожиданные или нереалистичные обязательства, возложенные на них окружающими, пусть это даже нарушает их собственные планы (это особенно характерно для пациентов с сопутствующей социальной фобией, которая часто встречается на фоне ГТР). Как правило, мы затрагиваем вопросы, имеющие отношение к делегированию ответственности и настойчивости, при выполнении упражнений на профилактику тревожного поведения и проверку правильности предположений, о которых шла речь выше. Так, можно предложить пациенту поручить некоторые свои обязанности сотрудникам, чтобы проверить предположения, связанные с выполнением этих обязанностей (например: «Качество работы непременно пострадает», «Гораздо труднее кому-нибудь объяснить, что надо делать, чем сделать это самому», «Окружающие будут считать, что я уклоняюсь от выполнения своих обязанностей»).

Прежде чем приступить к освоению умения следовать своим планам, необходимо проанализировать повседневные обязанности пациента (на основании самонаблюдения продолжительностью не менее недели). Далее психотерапевт помогает пациенту разработать специальную стратегию выполнения планов и структурирования дел, чтобы наиболее важные для пациента задачи оказались выполненными. Для этого целесообразно составить «список задач», в котором дела, запланированные на день, подразделяются на три категории: «задачи А» — крайне важные, их непременно следует выполнить в тот же день; «задачи В» — очень важные, их необходимо выполнить безотлагательно, но не обязательно в тот же день; «задачи С» — важные, их выполнение можно отложить на некоторое время. Далее психотерапевт помогает пациенту выделить достаточное время для выполнения каждого дела (возможно, удваивая количество времени, предположительно необходимого в том или ином случае, если пациент обнаруживает явную склонность все делать впопыхах или имеет нереалистичные ожидания в отношении времени, необходимого для завершения того или иного дела).

После расчета времени, необходимого для выполнения каждой задачи, пациенту рекомендуют поместить задачи А, В и С в определенные временные интервалы распорядка дня. Если пациент не имеет распорядка дня как такового, эта стратегия неприменима. Тогда целесообразно составить список дел для каждой категории отдельно и вычеркивать из него то, что уже сделано. Хотя эффективность таких стратегий планирования времени пока не получила экспериментального подтверждения в исследовании с группой контроля, наш клинический опыт свидетельствует о действенности таких мероприятий для снижения стресса и появления возможности контролировать повседневную жизнь.

Решение проблем

Заключительным компонентом вмешательства при ГТР по нашей технологии является тренинг решения проблем. Следуя рекомендациям Мейхенбаума (см.,

в частности, Meichenbaum & Jaretnko, 1983), мы предлагаем эту технику пациентам, делая акцент на наиболее распространенных ошибках при решении проблем:

- 1) рассмотрение проблемы в общих чертах и приравнивание ее к катастрофе;
- 2) неспособность отыскать реальный путь ее разрешения.

Первая ошибка преодолевается за счет обучения пациентов видеть специфику проблемы и выделять в большой задаче несколько сравнительно мелких и решаемых (что отчасти происходит и в процессе когнитивной психотерапии).

Вторая ошибка также может быть устранена, если научить пациентов методу мозгового штурма при решении проблем. Например, пациент сообщает о своих затруднениях, связанных с необходимостью дорогостоящего ремонта машины. Психотерапевт может оказать пациенту помощь в предложении максимально большого числа альтернативных решений проблемы, независимо от их кажущейся адекватности (например, купить подержанный автомобиль, приобрести новую машину, обратиться к начинающему механику, полностью разбить машину, чтобы получить страховку). После того как выдвинуто множество различных вариантов решения проблемы, каждое решение оценивается с точки зрения его практической ценности, чтобы в конечном итоге выбрать наилучшее (которое, возможно, ускользнуло бы от внимания, если бы не был применен метод мозгового штурма). Пациентов информируют о том, что по мере практики можно научиться использовать метод мозгового штурма более эффективно, т. е. первое время это потребует от них времени и усилий).

Наряду с отысканием решения конкретной проблемы эта техника позволяет иначе взглянуть на различные жизненные ситуации и сосредоточить внимание на реальных фактах, а не на их потенциальных катастрофических последствиях. В этом смысле умение решать проблемы по механизму действия сходно экспозиции к беспокойству.

Стенограммы вмешательства

Диалоги, состоявшиеся между терапевтом (Т) и пациенткой по имени Клэр (К), отражают разработанную нами методику комбинированного вмешательства при ГТР, которая включает 13 индивидуальных сессий продолжительностью 1 час. Поскольку как пациенты, так и начинающие психотерапевты могут испытывать затруднения при попытке применить когнитивные стратегии, мы подробно осветили эти техники при изложении материала.

Сессия 1

Как указано в табл. 4.2, первая сессия посвящена знакомству пациента и психотерапевта, а также обсуждению программы вмешательства.

Т: Эта программа вмешательства предназначена для того, чтобы помочь вам больше узнать о генерализованной тревоге и освоить навыки, которые позволят с ней справиться. Поскольку программа предполагает обучение и прикладное использование полученных навыков, вам предстоит освоить ряд упражнений, которые я вам покажу, чтобы выполнять их на сессиях и дома. Мы запланировали тринадцать сессий, продолжительность каждой из которых составляет приблизительно один час. Кроме того, мы с вами будем периодически встречаться

- на протяжении следующих двенадцати месяцев, чтобы наблюдать за вашим прогрессом. Во-первых, Клэр, я бы хотел получить представление о ваших проблемах, которые привели вас к нам в клинику.
- К: Я все время ощущаю тревогу и напряжение. Это началось еще в школе. Я была круглой отличницей и постоянно беспокоилась о своих оценках, о том, как ко мне относятся одноклассники и учителя, успею ли я всюду вовремя. Мои родители заставляли меня хорошо учиться и быть примером для младших сестер. Думаю, все это сказалось на моем здоровье, потому что на втором году обучения в средней школе у меня начались проблемы с желудком. С того времени мне приходится с осторожностью пить кофе и чай и есть острую пищу. Я заметила, что во время тревоги или напряжения боли усиливаются, а поскольку я почти все время о чем-то беспокоюсь, меня всегда немного тошнит. Муж думает, что я нервная. Например, я делаю тщательную уборку в доме четыре раза в неделю, мою ваннские комнаты каждый день. Бывают случаи, когда я отказываюсь идти с мужем ужинать в ресторан, потому что надо убрать в доме. В целом муж меня поддерживает, но это плохо сказывается на наших отношениях. Я так расстраиваюсь и раздражаюсь по поводу каких-то мелочей, что дело часто доходит до ссор. Я здесь, потому что хочу жить, как все нормальные люди, без этого нескончаемого напряжения и тревоги.
- Т: Вы упомянули, Клэр, что страдаете от физических симптомов, таких как раздражительность, проблемы с желудком и тому подобного. В средней школе вы беспокоились о своих оценках, о том, как к вам относятся окружающие и как бы успеть вовремя. Что в настоящее время служит поводом для вашего чрезмерного беспокойства?
- К: Почти все. Я по-прежнему боюсь опоздать на церковную службу или на встречи. Теперь я еще очень тревожусь за мужа. Ему часто приходится ездить в командировки. Иногда он ездит на машине, но чаще всего пользуется самолетом. Он работает на Северо-Восточном побережье и вынужден ездить даже зимой. И вот я беспокоюсь, что его застанет непогода, он попадет в катастрофу или, не дай Бог, самолет разобьется. Это очень страшно. О, и еще я тревожусь за сына. Он начал играть за университетскую футбольную команду и в конце концов наверняка получит травму. Я так волнуюсь, когда смотрю, как он играет, что перестала ходить на матчи с его участием. Теперь ходит только муж. Я уверена, сын огорчен тем, что я не хожу смотреть, как он играет, но для меня это слишком.
- Т: Ранее вы сказали, что вас тревожат даже мелочи. Приведите примеры этих мелочей.
- К: Когда у моего сына беспорядок в комнате или когда муж входит в дом в грязной обуви, это ужасно меня раздражает! Я чрезвычайно горжусь тем, что мой дом сверкает чистотой, на полу ни пятнышка. Меня раздражает, когда муж с сыном ведут себя неопрятно, и я им об этом говорю.
- Т: То, что вы рассказываете, весьма характерно для людей, страдающих генерализованным тревожным расстройством. Давайте, я сначала расскажу вам о природе тревоги. Тревога — одна из основных эмоций, это естественное свойство представителей животного мира. Люди испытывают тревогу в ситуациях, которые могут потенциально быть опасными, угрожающими или как-то иначе задевают. Например, если вы идете по джунглям и вдруг слышите позади треск, что вы подумаете?
- К: Думаю, я насторожилась бы, замерла и стала прислушиваться. Ведь это может быть лев или тигр.
- Т: Вы правы. Физически вы, вероятно, ощутили бы учащенное сердцебиение, дыхание стало бы более редким и глубоким, усилилось потоотделение. В такой ситуации организм начинает готовиться к борьбе или бегству от потенциальной

опасности. Сердце перекачивает больше крови, чтобы улучшить питание крупных мышц, в частности бедер и плечевого пояса. Ритм и глубина дыхания также изменяются в преддверии необходимости сражаться или спастись бегством. Усиленное потоотделение делает кожу скользкой, чтобы потенциальному противнику было нелегко вас схватить. Все это обозначается одним термином — «реакция готовности к борьбе или бегству». Представляя худший вариант развития событий, вы лучше всего подготовитесь к встрече с опасностью. Представьте себе, что, услышав треск позади себя, вы решили, что упала крупная ветка, а мысль о хищном звере так и не пришла бы вам в голову. Как бы вы повели себя в этой ситуации?

К: Я несколько не испугалась бы.

Т: Итак, вы сами видите, насколько важно то, какие мысли приходят вам в голову, для возникновения того или иного уровня тревоги. Тревога может быть вполне продуктивной движущей силой и в менее драматичных ситуациях. Например, как вы готовились к экзаменам, когда учились в школе?

К: Я, как сумасшедшая, целую неделю читала учебники, просматривала свои записи до тех пор, пока они не запечатлевались в памяти.

Т: Почему вы это делали?

К: Наверное, боялась не сдать экзамена. Но, скорее всего, меня пугала перспектива получить не самую лучшую оценку.

Т: Как вы учились бы, если бы не ощущали тревоги?

К: Как большинство моих знакомых, которые готовились к экзамену за одну ночь, довольствуясь хорошими и удовлетворительными оценками.

Т: Это прекрасный пример того, что тревога действительно помогает достичь поставленных целей и справиться с задачами. О неадаптивной или избыточной тревоге можно говорить, если она мешает расслабиться, когда вы того хотите, если она возникает слишком часто в обычных ситуациях или бывает излишне выраженной в отсутствие опасности. В процессе вмешательства мы сконцентрируем усилия на устранении этой избыточной тревоги — тревоги, питающей ваше беспокойство, и имеющейся физической симптоматики.

Мы рассматриваем тревогу как реакцию на стимул, который может быть как внешним, так и внутренним. В качестве стимула могут служить мысли, физические ощущения, определенные события или ситуации. Поскольку тревога является реакцией, вы можете научиться ее контролировать при помощи специальных навыков и упражнений, которые помогут вам в тревожных ситуациях. В реакции тревоги мы выделяем три самостоятельных компонента: физический, когнитивный и поведенческий. Прежде чем я разъясню вам, в чем заключается каждый из них, позвольте спросить, рекомендовал ли вам кто-нибудь просто расслабиться, чтобы избавиться от тревоги?

К: Да, конечно! Это излюбленный совет моего мужа.

Т: Вам это помогает?

К: Нисколько. Я не знаю, как расслабиться, чтобы перестать беспокоиться.

Т: Вот именно. Если рассматривать тревогу в целом, трудно понять, как можно ее контролировать. Если же проанализировать тревогу с учетом трехкомпонентной модели, можно выделить ее составляющие, чтобы воздействовать на каждую из них индивидуально. Физический компонент тревоги проявляется в телесных ощущениях, сопровождающих беспокойство. В вашем случае это скорее всего раздражительность, проблемы с желудком. Второй компонент называется когнитивным и проявляется в мыслях, возникающих в состоянии тревоги. Наконец, поведенческий компонент выражается в специфических видах поведения во время или вследствие тревоги. Сюда относится склонность выходить из дома задолго до назначенного времени встречи, ходить из угла в угол по комна-

те, постукивать пальцами или покачивать ногой, перфекционизм, откладывание дел со дня на день, стремление поддерживать безупречный порядок, принимать избыточные меры предосторожности и так далее. Впоследствии, после нашей с вами работы на сессиях, вам будет легче распознать такие виды поведения. Такое поведение помогает на некоторое время снизить уровень тревоги, однако в отдаленной перспективе способствует ее поддержанию. Такие виды поведения во многом сродни тревожным мыслям. Со временем и при условии многократного повторения они становятся вашей второй натурой, то есть включаются автоматически.

Беспокойство представляет собой весьма интересное явление. Оно позволяет лучше подготовиться к грядущей опасности или угрозе. Оно помогает нам решать проблемы, если вызывающие страх ситуации действительно рано или поздно возникают. Обдумывая потенциальные проблемы, мы можем отыскать множество решений, в том числе таких, которые не лежат на поверхности. Когда же мы не позволяем себе обдумать сложившуюся ситуацию, представить себе худший вариант развития событий, беспокойство может стать чрезмерным и перерасти в тревогу. Вы сказали, Клэр, что боялись опоздать на занятия в школе. Почему?

К: Учителя у нас были очень строгими и снижали нам оценки за опоздание.

Т: Что в этом было плохого?

К: Это могло повлиять на годовые оценки. Я не хотела опаздывать, не хотела, чтобы мне снижали оценки. Я стремилась сохранить среднюю оценку «отлично».

Т: Что было бы, если бы вы иногда опаздывали на урок?

К: Я не закончила бы школу так успешно, и родители были бы во мне разочарованы.

Т: И что тогда?

К: Точно не знаю. Возможно, они не оплатили бы мою учебу в колледже или что-то еще. Я не могла бы сама учиться в колледже, поэтому боялась упустить свой шанс. Это было бы ужасно. Я бы никогда не познакомилась со своим мужем, не получила бы хорошей работы и не смогла бы оплачивать свои счета.

Т: Теперь я понимаю, с учетом всех этих причин для беспокойства, почему вам так важно было не опаздывать в школу. Но вы действительно уверены в том, что родители не оплатили бы вам учебу в колледже, если бы вы не были в школе круглой отличницей?

К: Оглядываясь назад, полагаю, нет. Мои сестры учились гораздо хуже, но также поступили в колледж.

Т: *Не позволяя* себе думать о худшем варианте развития событий и *не пытаясь* оценить его вероятность, вы подкрепляли свое беспокойство по поводу опозданий на уроки. На сессиях мы будем сходным образом анализировать основания для вашего беспокойства, причем вам придется систематически испытывать беспокойство, чтобы преодолеть стремление его избежать. Кроме того, вы научитесь выявлять у себя тревожные мысли и подвергать их сомнению, научитесь физически расслабляться и менять обусловленное беспокойством поведение на более эффективное в плане совладания с тревогой. Это понятно?

К: Да, вполне.

Т: Отлично. Еще одним важным элементом программы является самонаблюдение и выполнение домашних заданий. Самонаблюдение за уровнем тревоги и беспокойства позволит вам более точно судить о своих переживаниях. Иногда наши пациенты утверждают, что беспокойство постоянно их преследует, однако в процессе самонаблюдения обнаруживается, что бывают светлые и темные промежутки, например, в несколько дней. Другим преимуществом самонаблюдения является возможность лучше понять природу своей тревоги. Вы уже не ощущаете себя жертвой, а скорее исследователем, пытающимся постичь наблюда-

емое явление. Наблюдая за вашим прогрессом, мы оценим эффективность программы вмешательства и сможем по ходу дела внести необходимые коррективы. Наконец, в процессе регулярного выполнения домашних заданий вы быстрее освоите предлагаемые стратегии, если будете систематически проводить самонаблюдение. Не исключено, что в начале самонаблюдения и при выполнении домашних заданий ваша тревога усилится, это абсолютно нормальное явление. Это происходит отчасти потому, что вы впервые позволяете себе ощутить тревогу. Это благоприятный признак, он говорит, что мы на правильном пути. *(Затем Клэр разъясняют, как пользоваться Еженедельным отчетом о проявлениях тревоги и депрессии и Анкетой когнитивного самонаблюдения.)*

Сессия 2

На этой сессии психотерапевт приступает к краткому анализу результатов самонаблюдения за прошедшую неделю и вновь приводит обоснования для вмешательства, впервые прозвучавшие на первой сессии.

- Т: Давайте сегодня начнем с анализа ваших анкет. Складывается впечатление, что вы испытывали выраженную тревогу с двадцатого по двадцать второе число; вы оценили ее средний уровень на шесть-семь пунктов *(см. форму 4.2)*.
- К: Да, это были напряженные дни. Муж уехал на пару дней в командировку, и я все это время очень за него беспокоилась. Знаете, все та же старая история, все ли с ним в порядке — не застигла ли его непогода и не произошел ли несчастный случай. Конечно, он вернулся домой целым и невредимым, но мне всегда тяжело видеть, как он уходит. Я прошу его звонить домой, когда он приезжает в гостиницу, и каждый вечер перед тем, как лечь спать. Это несколько улучшает мое самочувствие.
- Т: Хорошо, что вы упомянули о том, что просите мужа регулярно звонить, когда он находится в командировке. Регулярно ли он звонит вам с работы?
- К: Да, конечно, ведь он знает, что для меня это важно. Правда, иногда мне кажется, что ему надоедает постоянно передо мной отчитываться, словно я его мать.
- Т: Это чрезвычайно полезная информация, потому что нам понадобится выявить такое ваше поведение, которое на какое-то время позволяет избавиться от тревоги.

На прошлой сессии мы говорили о том, что программа вмешательства будет длиться в течение года. Первые тринадцать сессий займут ближайшие пятнадцать недель, причем сессии двенадцать и тринадцать будут проводиться с перерывом в две недели. Крайне важно, чтобы вы регулярно использовали стратегии, о которых пойдет речь на нескольких ближайших сессиях, чтобы они вошли в привычку и заменили собой тревожные мысли и виды поведения, питающие чрезмерную тревогу и беспокойство. Когда стоматолог говорит, что ваши зубы в порядке, вы ведь не прекращаете чистить зубы, не так ли? Мы действуем по тому же принципу: хорошее усвоение навыков требует времени и ежедневной практики.

Как уже говорилось на прошлой неделе, тревога и беспокойство являются нормальными реакциями на опасность, в том числе потенциальную. В таком случае основной функцией тревоги является защита и подготовка организма к борьбе за выживание путем активации реакции готовности к борьбе или бегству. Физический компонент тревоги ответствен за автоматическую активацию специфических телесных ощущений, возникающих при подготовке организма к активным действиям. Эта реакция борьбы-бегства является функцией вегетативной нервной системы, включающей две составляющих: симпатический и парасимпатический отделы. Симпатический отдел вегетативной нервной системы

активируется в преддверии опасности, его функции заключаются в передаче импульсов к надпочечникам. Надпочечники выделяют нейрорхимические вещества адреналин и норадреналин, которые сигнализируют другим органам и системам организма о необходимости подготовки к действиям. Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, напротив, ответствен за возвращение организма в исходное состояние покоя. Когда вы испытываете тревогу, вегетативная нервная система активизирует другие системы организма, в частности сердечно-сосудистую, дыхательную и пищеварительную. Сердце начинает биться учащенно, может появиться небольшая одышка; пищеварение нарушается, отсюда ощущения расстройства желудка и тошноты.

Вторым компонентом тревоги является когнитивный компонент. Речь идет о специфических мыслях и предчувствиях, возникающих на фоне реакции борьбы-бегства. Беспокойство служит попыткой решить проблемы, связанные с грядущей опасностью или угрозой. Если вы испытываете беспокойство или тревогу, в фокусе вашего внимания находятся потенциальные источники опасности, следовательно, вам трудно концентрироваться на других вещах, не представляющих непосредственной угрозы. Из-за нарушения концентрации внимания появляются жалобы на забывчивость или плохую память. Это вовсе не означает, что вы сходите с ума или утрачиваете свои способности. Просто тревога и беспокойство мешают вам получить доступ к источникам информации, не таящим в себе угрозы или опасности. Такая неспособность фокусировать внимание на других задачах выполняет защитную функцию в случае реальной опасности, когда необходимо полностью переключиться на происходящее вокруг.

На поведенческом уровне беспокойство может проявляться в специфическом поведении, направленном на снижение уровня тревоги. Привычка шагать из угла в угол, покачивая ногой, часто убирать в доме помогает избавиться от излишней энергии и отвлекает от порожденных тревогой мыслей. Аналогичным образом откладывание дел со дня на день является типичным способом, при помощи которого люди пытаются избежать ощущения тревоги, связанной с необходимостью что-либо делать. Причиной тревоги может быть страх потерпеть неудачу или не лучшим образом справиться с делом. Вы упомянули, что часто ощущаете раздражение. Это также один из распространенных признаков тревоги. При появлении беспокойства люди могут предпринимать те или иные действия для снижения уровня тревоги. В вашем случае это просьбы мужу звонить домой с работы, чтобы вы не волновались. Вы упомянули и другой пример, Клэр, когда вы перестали ходить на футбольные матчи с участием сына, потому что сильно за него беспокоились. Хотя вы ощущаете временное облегчение оттого, что не смотрите матч, вы тем самым подкрепляете свое тревожное убеждение в том, что с вашим сыном на футбольном поле непременно приключится нечто ужасное.

К: Вы правы, но я не вынесу, если это произойдет на моих глазах. Я просто сойду с ума. Мне гораздо проще не ходить на матчи. В этом случае, даже если что-то и произойдет, по крайней мере, я этого не увижу.

Т: Складывается впечатление, что вы абсолютно уверены в том, что ваш сын получит травму во время футбольного матча, хотя в действительности риск серьезной травмы невелик. Не посещая матчи, вы тем самым говорите себе, что этот риск гораздо больше, чем есть на самом деле. Кроме того, вы убеждаете себя в том, что не сможете перенести травмы сына. Получал ли серьезную травму кто-либо из ваших близких?

К: Да. Во время матча по софтбоулу муж столкнулся с другим игроком, после чего ему пришлось накладывать швы на лбу.

Т: Как вам удалось это пережить?

К: С трудом! Я смогла довести его до госпиталя, но всю дорогу у меня дрожали руки.

Т: Дело в том, что, несмотря на свое волнение в этой ситуации, вы прекрасно справились со своей задачей и оказали мужу помощь. Мы потом еще к этому вернемся. Теперь мне хотелось бы узнать, когда и почему у вас появились избыточное беспокойство и тревога.

К: В моем случае все довольно просто. Мои родители сами постоянно испытывали беспокойство. Мне приходилось поминутно звонить домой; мне надлежало держать свою комнату в идеальном порядке; иногда я была вынуждена лгать, потому что знала, что минимальные неприятности могут вывести их из равновесия. Так было, например, когда я получила водительские права и меня остановили за незначительное превышение скорости. Хотя меня не оштрафовали, родители очень расстроились, если бы узнали, и вряд ли позволили мне в дальнейшем ездить одной. Как ни странно, я до сих пор ни разу не превысила скорости, а при виде полицейской машины испытываю приступ тревоги.

Т: Складывается впечатление, что ваши родители подавали вам пример беспокойного поведения. В действительности выраженная тревожность родителей не обязательно означает, что человек, став взрослым, также будет склонен к тревоге. Для избыточной тревоги и беспокойства необходимо сочетание нескольких факторов. В частности, физической реактивности или генерализованного перевозбуждения в ответ на разного рода события (как позитивные, так и негативные). Вы часто плачете, когда смотрите мелодраму или присутствуете на свадьбе?

К: Да.

Т: Такое свойство называется «чрезмерной возбудимостью» или «эмоциональностью». Считается, что оно отчасти наследуется, а отчасти усваивается в процессе жизни. Кроме того, появлению избыточной тревоги и беспокойства способствует взгляд на окружающий мир как на полный опасностей и потребность контролировать происходящие в вашей жизни события.

Наряду с этими факторами избыточную тревогу и беспокойство могут породить негативный жизненный опыт и действие сильных стрессоров. В вашем случае, Клэр, школьный опыт, погоня за отличными оценками и влияние друзей могли стать причинами избыточного беспокойства. Несомненно, это дело прошлое, а теперь наша задача — выявить актуальные причины и факторы, поддерживающие тревогу.

Существует ряд факторов, способных поддерживать избыточное беспокойство. Один из них — склонность сопротивляться своей тревоге, пытаться отвлечься, не решая самой проблемы. Бывало ли у вас так, что вы старались думать о чем-то другом, когда начинали беспокоиться?

К: Конечно, почти всегда. Кроме того, я стараюсь всегда быть чем-то занятой, чтобы не думать о проблемах.

Т: Другой фактор связан с нарушением способности к эффективному решению проблем из-за эмоционального возбуждения. Поскольку вы сравнительно часто пребываете в состоянии высокой тревоги и возбуждения, ваше внимание почти исключительно концентрируется на возможных неприятностях, при этом вы не отдаете себе отчет в существовании гораздо более вероятных и менее опасных альтернатив. Кроме того, беспокойство может играть роль суеверия, ведь некоторые склонные к избыточному беспокойству люди полагают, что благодаря этому можно предотвратить негативное событие или что такая склонность есть признак добросовестности и высокой сознательности.

В соответствии с программой вмешательства целями терапии служат все три компонента тревоги, причем для каждого из них разработаны специфические стратегии. Во-первых, вы научитесь технике так называемой прогрессивной мышечной релаксации, то есть сможете напрягать и расслаблять мышцы с целью

уменьшения тревожной соматической симптоматики. Далее, вы освоите методы, призванные помочь противодействовать своим негативным убеждениям и более реалистично воспринимать тревожную ситуацию. Вы также научитесь прерывать выученные автоматические ассоциации между сильным возбуждением и специфическими образами или мыслями, поддерживающими ваше беспокойство. Это вполне достижимо, если систематически контролировать свое беспокойство. Наконец, вы обретете способность выполнять такие действия, которых раньше избегали, а также изменить виды поведения, подкрепляющие вашу тревогу, поэтому вы сможете проверить некоторые из ваших негативных предположений, если станете вести себя иначе.

В течение следующей недели важно уделить внимание тем мыслям, которые возникают у вас во время тревоги и беспокойства, а также специфическим физическим ощущениям и поведению, сопровождающим тревожные мысли.

Сессия 3

- Т: Сегодня мы займемся прогрессивной мышечной релаксацией. Во-первых, расскажите о своих ощущениях тревоги и беспокойства за прошедшую неделю.
- К: Я ужасно волновалась. Мальчик из футбольной команды моего сына сломал ногу в потасовке перед матчем. Нога сломалась в двух местах, поэтому он не выйдет на поле до конца сезона. Это меня чрезвычайно расстроило. Мой сын стоял рядом с этим мальчиком, когда все произошло. В довершение этих неприятностей к нам на выходные неожиданно нагрянули родители мужа, и я была вынуждена лезть из кожи вон, чтобы радушно их встретить и хорошо накормить. Естественно, из-за этих двух событий про мужа я совсем забыла, и он стал обвинять меня в том, что я из всего делаю проблему. Я ужасно тревожилась на протяжении трех дней подряд, наверное, до семидесяти пяти процентов времени каждого дня, что и отмечено в еженедельном отчете. Знаете, вначале я без восторга приняла идею о проведении самонаблюдения, потому что на это надо выкраивать время из моего и так плотного графика. Но это оказалось полезным, и теперь я немного лучше контролирую тревогу. Действительно, жаль, что трачу свое время на пустое беспокойство о разных мелочах, например, как бы вовремя подать обед или угодить родственникам мужа. Я так и написала в отчете.
- Т: Очень хорошо, что вы нашли время для регулярного самонаблюдения. От количества времени, потраченного на самонаблюдение и освоение практических навыков, напрямую зависит польза, которую вы извлечете из программы вмешательства.
- Помните, мы с вами говорили о том, что напряжение и перевозбуждение способствуют тревоге и беспокойству, но могут быть и следствием того же избыточного беспокойства. Умение физически расслабиться поможет вам прервать эскалацию тревоги и заметно улучшит самочувствие. Прогрессивная мышечная релаксация включает в себя напряжение и расслабление мышц, причем по мере освоения этих навыков число мышечных групп будет постепенно уменьшаться. Сначала мы будем работать с шестнадцатью группами мышц, затем перейдем к восьми группам и наконец к четырем. Продолжительность первых процедур составит около тридцати минут. Постепенно вам будет требоваться все меньше времени, чтобы полностью расслабиться. Помните о том, что релаксация, как любой навык, требует времени и практики. Однако ее эффект вы ощутите сразу же.
- К: Я знала, что придется выделять время на выполнение домашнего задания, но тридцать минут для меня — это слишком много.
- Т: Возможно, нехватка времени усиливает вашу тревогу. Представьте себе это следующим образом: ежедневное выполнение упражнений на релаксацию поможет улучшить физическое самочувствие и настроение. Все другие дела, которые «нуж-

но сделать к такому-то времени», могут подождать. Если пытаться выполнить релаксацию в перерыве между повседневными делами, вы, скорее всего, будете торопиться и вряд ли сможете расслабиться. Спланируйте свой день так, чтобы упражнения на релаксацию можно было выполнять без всякой спешки, в спокойной обстановке.

Процедура включает в себя поочередное напряжение и расслабление мышц. После напряжения мышц вам гораздо легче будет почувствовать расслабление, кроме того, вы научитесь определять, когда в течение дня делаете это бессознательно. Мышечное напряжение не должно вызывать боли. Вам следует последовательно напрягать и расслаблять мышцы плечевого пояса, рук, кистей, ягодиц, бедер, живота, груди, шеи, лица, глаз, лба.

Начинать целесообразно в спокойной, не отвлекающей обстановке. Ключевым компонентом релаксации является концентрация внимания, поэтому позаботьтесь о том, чтобы ни на чем конкретном ваше внимание не фокусировалось и вы могли бы полностью сосредоточиться на ощущениях напряжения и расслабления мышц. Это значит, что вокруг вас во время упражнений не должно быть телефона, телевизора, радио, по возможности — других людей, особенно детей. Возможно, вам будет проще выполнять упражнение лежа, но при этом нельзя засыпать. Снимите тесную одежду, очки, контактные линзы, обувь, пояс и тому подобное. Упражнение следует выполнять два раза в день по тридцать минут в течение следующей недели.

Сейчас я включу магнитофон и запишу процедуру релаксации, которую здесь на сессии вы будете выполнять под мой голос. Вы сможете использовать эту кассету дома во время занятий. *{Психотерапевт проводит процедуру релаксации для 16 мышечных групп и отдает Клэр кассету в конце сессии.} Т: (После окончания процедуры релаксации). Как ваши впечатления? К: Превосходно. Мне не хочется вставать. В какой-то момент мне показалось, будто я плыву. Мне стало немного не по себе, но я открыла глаза, и все прошло. Т: Это бывает, когда впервые проводишь релаксацию. Некоторые избегают этой процедуры, потому что не могут полностью контролировать свои чувства, такие как вялость, расслабленность. По мере практики это будет наблюдаться все реже и реже. {Клэр получает анкету «Отчет о релаксации» (Relaxation Record), чтобы проводить самонаблюдение и фиксировать проблемы с концентрацией внимания в процессе релаксации.}*

Сессия 4

После беседы о том, как прошла неделя, и обсуждения результатов выполнения домашнего задания на релаксацию проводится мышечная релаксация для 16 групп мышц с тренингом различения. После того как психотерапевт с пациенткой отработают эту технику, вводится когнитивный компонент протокола вмешательства.

Т: Теперь мне хотелось бы обратить ваше внимание на когнитивный компонент тревоги. Помните, что ваши мысли определяют эмоции, в частности тревогу. Что касается избыточного беспокойства и тревожных мыслей, целесообразно задать себе ключевой вопрос о том, верны ли ваши предположения о риске или опасности той или иной ситуации, то есть имеются ли для этого веские основания в виде очевидных фактов. Во многих случаях беспокойство по поводу худшего варианта развития событий явно преувеличено. Чтобы усомниться в правомерности своих тревог и волнений, помните несколько основных принципов. Во-первых, попытка оспорить свои предположения не имеет ничего общего с позитивным мышлением или оптимистическим взглядом в будущее. Напротив,

поставив под сомнение тревожные убеждения, вы начинаете представлять себе ситуацию более реалистично. Во-вторых, поскольку процесс мышления часто протекает автоматически, вначале будет трудно выявить эти убеждения. Припомните, как вы учились водить машину. Вам было легко?

К: По-моему, да. Мне это нравилось, но вначале пришлось уделять много внимания рулю и тормозам.

Т: Думаете ли вы об управлении машиной теперь, во время езды?

К: Нет. Я вообще не обращаю на это внимания. Обычно я занята мыслями о том, сколько времени у меня осталось и как быстрее добраться до места назначения.

Т: Это потому, что управление автомобилем дошло у вас до автоматизма. Вы по-прежнему думаете об этом, но благодаря опыту вождения процесс мышления протекает быстро и автоматически. То же самое относится и к тревожным мыслям. Поскольку вы длительное время жили с выраженной тревогой, успели появиться связанные с ней автоматические мысли. В процессе вмешательства значительное место отводится выявлению и оспариванию тревожных мыслей, чтобы уменьшить ваши беспокойство и тревогу. С этого момента вам надлежит как можно точнее описывать возникающие при волнении или беспокойстве мысли. Постарайтесь догадаться, что именно служит вам поводом для беспокойства. В одной из анкет когнитивного самонаблюдения за прошлую неделю вы, Клэр, записали, что боитесь за сына, когда он играет в футбол. Чего именно вы боитесь?

К: Что он получит серьезную травму. Его команда играла с прошлогодними чемпионами штата, а это высокие и сильные ребята. Мой сын тоже не из слабых, но он играет сравнительно недавно.

Т: Как вы представляете себе возможную травму сына?

К: Он может сломать шею или позвоночник. Что-то, что приведет к параличу или смерти. Помните, в прошлом году это произошло с двумя игроками Национальной футбольной лиги?

Т: Что в действительности произошло с вашим сыном во время матча?

К: Ничего особенного. Когда он вернулся домой, у него болел большой палец руки, но и это вскоре прошло. Сын сказал, что забил гол, когда его пытались перехватить. Я уверена, он играл превосходно.

Т: Итак, вы предполагали, что он получит травму во время матча, но этого не случилось. Когда мы испытываем тревогу, то часто совершаем распространенную ошибку под названием «завышение вероятности». Иными словами, мы переоцениваем возможность нежелательного события. Когда вы испытывали тревогу и волнение, какова, по-вашему, была вероятность травмы сына, если считать от нуля до ста процентов?

К: Около семидесяти пяти процентов.

Т: А что вы теперь скажете насчет предстоящего матча?

К: Ну, если так ставить вопрос, полагаю, риск получить травму составит для него пятьдесят процентов.

Т: Итак, вы считаете, что ваш сын получает травму в каждом втором сыгранном им матче. Это так?

К: Хм, нет, не думаю. Наверное, риск не превышает тридцати процентов.

Т: Таким образом, ваш сын получает травму в каждом третьем матче. Чтобы поставить под сомнение склонность завышать риск негативных событий в будущем, целесообразно спросить себя, какие известные вам факты подтверждают тревожное предположение. Вы можете привести пример из спортивной биографии сына, подкрепляющий убеждение о том, он получает травму в каждой третьей игре?

К: Таких фактов у меня нет. Прошлым летом на тренировке он разбил колено, вот и все.

- Т: Значит, по-вашему, нет оснований полагать, что риск травмы у вашего сына составляет тридцать процентов.
- К: Да. Но это мне как-то не приходило в голову.
- Т: Есть ли альтернативы получению вашим сыном серьезной травмы во время футбольного матча?
- К: Он вообще может не пострадать. Конечно, он приходит весь в синяках и ссадинах, но переносит это стоически, как и его отец.
- Т: Чем еще может закончиться футбольный матч для вашего сына?
- К: Он может получить небольшую травму — например, разбить колено.
- Т: Верно. Каков же риск получить небольшую травму?
- К: Я думаю, выше, чем серьезную, около шестидесяти — семидесяти процентов.
- Т: Возвращаясь к вашему исходному уровню беспокойства, как теперь вы оцените риск серьезной травмы сына в футбольном матче?
- К: Как достаточно низкий, около десяти процентов.
- Т: Итак, в каждой десятой игре в футбол ваш сын получает серьезную травму. В скольких матчах он уже участвовал?
- К: Он начал играть за университетскую команду в этом году, он первокурсник. Но он играл в футбол и до этого, примерно в течение трех лет. В целом, он провел около двадцати пяти матчей.
- Т: А сколько раз за эти три года он получал серьезную травму?
- К: Ни разу. Я поняла, к чему вы клоните. Глупо, что я так беспокоюсь о нем.
- Т: Во всяком случае, вполне понятно, почему ваши прогнозы в отношении будущего окрашены преимущественно негативно. Когда человек находится в состоянии тревоги, он естественным образом концентрирует внимание на худшем из всех возможных вариантов развития событий, чтобы лучше к нему подготовиться. Поскольку ваше беспокойство чрезмерно, вы представляете себе будущее в черных тонах. Вот почему так важно, что вы регулярно ставили под сомнение свои явно завышенные оценки всякий раз, когда испытываете тревогу. В анкете когнитивного самонаблюдения вы отметили, что тревога составляла шесть пунктов по шкале от нуля до восьми, когда вы думали о возможности серьезной травмы сына. Как бы вы сейчас оценили свою тревогу, после того как мы проанализировали вероятность такого события?
- К: Гораздо ниже. Около трех. Однако риск получить травму и остаться парализованным на всю жизнь у него все же есть. Тревожась по поводу такой перспективы, пусть даже и при минимальном риске, я готовлю себя к тому, что это может произойти.
- Т: Такой риск, безусловно, будет всегда. Вместе с тем всякий раз, когда вы говорите себе, что «все-таки может произойти», вы полностью отбрасываете факты, говорящие об обратном. Кроме того, вы убеждаете себя в том, что у вашего сына гораздо больше шансов получить во время футбольного матча серьезную травму, чем у других игроков. Чтобы поставить под сомнение это убеждение, не забывайте, что каждый игрок команды с равной вероятностью может получить травму. Кроме того, беспокойство по поводу будущих событий никак не влияет на вероятность их возникновения. Что беспокойство действительно может сделать, так это усилить ваше огорчение, а также дать ложное ощущение власти над будущим.

Начиная с этой недели фиксируйте свои тревоги в Анкете когнитивного самонаблюдения [см. форму 4.3]. Как и раньше, вам предстоит сделать краткую запись всякий раз, когда вы почувствуете умеренную тревогу или беспокойство. В первой колонке отметьте пусковой момент или событие, послужившие поводом для беспокойства или тревоги. Затем укажите соответствующую автоматическую мысль и оцените уровень тревоги — от нуля до восьми баллов. В следу-

ющей колонке оцените (от нуля до ста процентов) вероятность возникновения этой автоматической мысли. Отныне ставьте под сомнение эту мысль, задавая себе вопросы типа: «Что подтверждает правильность моего убеждения или предположения? Каковы возможные альтернативы этому варианту событий?» Оценив, таким образом, правомерность своих предположений, пересмотрите уровень своей тревоги. Спросите себя: «Какое худшее из всех возможных последствий данной автоматической мысли?» и запишите его. Если ваша тревога продолжает оставаться умеренной (четыре балла и выше по шкале ноль — восемь), вернитесь к первой колонке и повторите процедуру, обращаясь к худшему из возможных последствий события, указанного в колонке «Пусковой момент или событие». Продолжайте это упражнение, пока тревога не снизится до трех баллов и менее (см. форму 4.3). В следующий раз мы поговорим о других когнитивных стратегиях совладания с беспокойством и тревогой.

Сессия 5

После обсуждения событий, происшедших в жизни пациентки за неделю, и результатов выполнения домашнего задания на релаксацию предлагается для освоения релаксация на 8 групп мышц, чтобы сделать стратегии релаксации более пригодными для использования в естественных условиях. Психотерапевт должен проинструктировать пациента, что при уменьшении числа мышечных групп следует оставлять наиболее значимые области (например, если пациент жалуется на значительное напряжение мышц челюсти и скрежет зубов, ему рекомендуется при выполнении упражнения сделать акцент на мышцах челюсти и рта). После разучивания этого упражнения обсуждается концепция завышения вероятности событий и вводится понятие декатастрофизации.

- Т: На прошлой неделе мы с вами обсуждали концепцию завышения рисков. Расскажите, пожалуйста, своими словами, как вы это понимаете.
- К: Если я не ошибаюсь, это когда во время тревоги переоцениваешь вероятность негативного события в будущем, то есть считаешь, что оно более вероятно, чем есть на самом деле.
- Т: Совершенно верно. Отметили ли вы за эту неделю случаи, когда риск негативного события был вами явно завышен?
- К: Конечно. Мужу неожиданно пришлось уехать в командировку, потому что его коллега заболел. Когда он уходил из дома, шел проливной дождь, и я, разумеется, стала волноваться, как бы он не попал в автокатастрофу.
- Т: Какова, по-вашему, была вероятность такого события?
- К: Я считала, что около восьмидесяти процентов, потому что дождь лил как из ведра. А другие водители не такие осторожные, как мы с мужем.
- Т: Удалось ли вам, опираясь на имеющиеся факты, поставить под сомнение свое предположение о возможности автокатастрофы?
- К: Действительно, я приняла в расчет, что муж никогда в жизни не попадал в аварию. Он прекрасно водит машину и никогда не превышает скорости. Я помню с того времени, как сама училась водить, что наибольшее число несчастных случаев происходит по вине пьяных водителей и из-за превышения скорости. Это меня несколько успокоило.
- Т: Смогли ли вы, Клэр, придумать несколько альтернативных аварии вариантов развития событий?
- К: Я записала в анкете, что последствия возможной автокатастрофы могут быть нетяжелыми, как это обычно и бывает. А может быть, он вообще доберется до гостиницы целым и невредимым. Или же, если продолжать движение будет не-

безопасно, остановится на обочине и переждет бурю. В действительности, мой муж хорошо соображает и вполне способен найти выход из затруднительной ситуации. Это упражнение помогло мне осознать, что я недостаточно доверяю ему.

- Т: С учетом всего того, что вы только что сказали о реальных фактах и возможных альтернативах, как бы вы теперь оценили риск для вашего мужа попасть в автокатастрофу?
- К: Как очень низкий. Я все же увеличила бы его до десяти процентов из-за плохой погоды. Хотя в любом случае риск невелик.
- Т: Насколько выражена у вас тревога, когда вы размышляете об этом?
- К: Ее практически нет, где-то на уровне одного или двух баллов.
- Т: Отлично. Наряду с завышением риска негативного события люди в состоянии тревоги часто допускают и другую когнитивную ошибку, называемую «катастрофизацией». Это тенденция раздувать проблему до огромных размеров, или делать из мухи слона. Употребление таких определений, как «невыносимый», «ужасный» для описания возможного негативного события свидетельствует о склонности к катастрофизации. Другим проявлением катастрофизации является тенденция делать скоропалительные и далеко идущие выводы на основании незначительного или не имеющего отношения к делу события. Например, как вы полагаете, что подумала о вас медсестра, когда вы несколько недель назад опоздали на прием к врачу?
- К: Наверное, она подумала, что я недостаточно пунктуальна и сознательна. Меня беспокоило, что она сочла меня безответственной, возможно, поэтому я не дала ей подписанного мной чека. Мне не хотелось выглядеть в ее глазах ненадежной.
- Т: Чтобы провести *декатастрофизацию*, необходимо представить себе худший вариант развития событий и оценить его реальные последствия. Очень часто люди, склонные к постоянной тревоге, недооценивают свою способность справиться с будущим негативным событием. Кроме того, они склонны полагать, что это событие будет длиться бесконечно — например, кто-либо будет считать вас ненадежной. Целесообразно иметь в виду, что любое событие не вечно. Даже в случае большого несчастья, например, потери любимого человека или тяжелого заболевания, мы не утратим способности с ним справиться, хотя на первый взгляд ситуация представляется безнадежной. Вы можете чувствовать одно, а делать совсем другое. Хотя в душе вам кажется, что вы не справитесь с тем или иным негативным событием, человека отличает удивительное умение приспосабливаться к разным обстоятельствам.
- К: Конечно, но как убедить себя в этом? Я действительно не верю, что смогу справиться с горем в случае потери мужа или сына. Меня так страшит эта перспектива, что я предпочитаю не говорить об этом.
- Т: Именно поэтому желательно обсудить ваши страхи, поскольку основанием для беспокойства у вас преимущественно служит безопасность мужа и сына. Что произошло бы, если бы вы потеряли сына?
- К: Я была бы опустошена. Это было бы ужасно. Я бы этого не пережила. Возможно, у меня был бы нервный срыв, меня поместили бы в психиатрическую больницу. Во всяком случае, произошло бы нечто ужасное.
- Т: Откуда вы знаете, что все будет так плохо? Есть ли у вас факты, говорящие о том, что вам не пережить смерти сына?
- К: Нет, конечно, но дети не должны умирать раньше своих родителей. Я и без того ненормальная, а такое событие окончательно выбьет меня из колеи.
- Т: И опять вы опираетесь на свои эмоции как на некие факты. Мы называем это «эмоциональным мышлением». Перечислите несколько альтернатив нервному срыву или помещению в психиатрическую клинику.
- К: Думаю, что на самом деле я справлюсь, хотя и не знаю как.

- Т: У вас умирал кто-либо из близких людей?
- К: Конечно. Когда мне было семнадцать лет, моего парня сбил мотоциклист. Мне было очень тяжело. В известном смысле я до сих пор с этим не справилась. Иногда я вспоминаю о нем. Он был замечательным, добрым, веселым. Его бедная мать чуть не сошла с ума. Я не хочу испытать того же, что она.
- Т: Вам, должно быть, пришлось нелегко. Подобный жизненный опыт в семнадцать лет есть далеко не у каждого. Вполне естественно вспоминать, видеть во сне любимого человека, особенно если его постигла безвременная, насильственная смерть. Расскажите мне о своих чувствах в то время.
- К: Пожалуй, я пережила всю гамму чувств: гнев, разочарование, тревога, одиночество, боль. Мне было очень плохо. Он погиб летом, в год окончания школы. Мы с ним собирались вместе поступать в колледж.
- Т: Сейчас вы испытываете то же, что тогда?
- К: Не так остро. Иногда я чувствую гнев, когда вижу на дороге мотоциклистов, и, конечно, испытываю сильную тревогу. Но теперь, думая о Тодде, я пытаюсь вспоминать счастливые минуты. Он был очень хороший, и мне посчастливилось дружить с ним, пусть и недолго. Уверена, он сейчас на небесах и смотрит оттуда на меня, как он и обещал мне перед смертью. Через несколько месяцев после гибели Тодда, уже в колледже я познакомилась с мужем, он, словно брат-близнец, был очень похож на Тодда. Если бы не Джим, не знаю, как бы я пережила эту смерть.
- Т: Хотя гибель Тодда была для вас, Клэр, полной неожиданностью, вы пережили эту потерю. Вы прошли через все то, что переживают люди в вашей ситуации, при потере близкого человека, и сохранили способность жить. Это так?
- К: Да, но в течение какого-то времени мне не хотелось вставать по утрам. Месяц или два я почти все время плакала.
- Т: Как вы думаете, что произошло бы, если бы вы потеряли мужа или сына?
- К: Наверное, то же самое, но гораздо сильнее. Вы правы. Скорее всего, мне удалось бы с этим справиться. Конечно, это было бы непросто, но другого выхода нет. К счастью, у меня крепкая семья, которая всегда готова оказать мне поддержку.
- Т: Давайте обратимся к другому примеру декатастрофизации. Вы упомянули о том, что опоздание на прием к врачу заставит медсестру думать о вас как о человеке ненадежном и она откажется взять подписанный вами чек в качестве платы за визит. Что произошло бы дальше?
- К: Я включила бы эту сумму в следующий чек, то есть заплатила бы потом.
- Т: Что-то еще?
- К: Ничего, кроме смущения.
- Т: Почему это так плохо?
- К: Я ненавижу попадать в неловкие ситуации, подобные этой, и чувствовать себя смущенной. Люди будут думать обо мне плохо, я потеряю уважение окружающих.
- Т: И что тогда?
- К: Тогда я лишусь семьи, друзей и останусь в одиночестве.
- Т: А потом?
- К: Потом я буду чувствовать себя несчастной и стану влачить жалкое существование.
- Т: Скажите мне, пожалуйста, как бы вы оценили свою способность справиться с такой ситуацией, от нуля до ста процентов, если ноль соответствует «полной неспособности справиться».
- К: Пять процентов.
- Т: А теперь предложите несколько способов выйти из этой гипотетической ситуации.
- К: Во-первых, настоящий друг не потеряет ко мне уважения из-за какой-то глупости, например из-за неприятого чека. А если из-за этого терять друзей, то вряд ли

можно считать их друзьями. Кроме того, я могу воспользоваться кредитной картой или взять в банке наличные, если доктор не принимает кредитных карт.

Т: Вы полагаете, что на протяжении всей оставшейся жизни будете чувствовать себя несчастной?

К: Нет, конечно. Я буду переживать, но в конце концов это пройдет.

Т: Какова вероятность того, что ваши друзья навсегда запомнят какое-то незначительное событие вроде этого?

К: Это вряд ли.

Т: Приходилось ли вам раньше испытывать смущение?

К: Сотни раз!

Т: Как долго в среднем оно длится?

К: Не больше нескольких минут. В редких случаях целый день. Но не дольше.

Т: Итак, Клэр, вы видите, как эти катастрофические представления подкрепляют вашу тревогу. Чтобы им противодействовать, запишите свои тревожные мысли в анкете когнитивного самонаблюдения, как вы делали это для переоценки вероятности события. Затем задайте себе вопрос: «Каковы наихудшие из возможных последствий данного события? Если это все же произойдет, что дальше? Почему это столь ужасно? Какова вероятность того, что будет именно так? Какие возможны выходы из этой ситуации?» Вы отметите заметное снижение уровня тревоги, когда регулярно станете использовать когнитивные стратегии при любой тревожной мысли или беспокойстве.

Сессия 6

Перед тем как перейти к обзору тревожных убеждений (в частности, завышения вероятности события, катастрофического мышления) и соответствующих методов противодействия им, вводится прогрессивная мышечная релаксация для восьми групп мышц с тренингом различения. Кроме того, пациенту предписывается практика генерализации полученных навыков.

Т: Чем чаще вы будете заниматься релаксацией, тем быстрее освоите необходимые навыки и сможете их применять в стрессовых ситуациях для уменьшения напряжения. Поэтому теперь вам следует начать применять процедуру релаксации в более сложных ситуациях, при наличии отвлекающих факторов. Так вы сможете освоить более удобную форму релаксации. Начинайте релаксировать, когда попадаете в пробку на дороге, ожидаете своей очереди, дома во время просмотра телевизора и в магазине. Почему бы нам теперь не просмотреть ваши записи в анкете когнитивного самонаблюдения? Вы записали, что в десять часов вечера отложили стирку, так ее и не закончив, потому что у вас автоматически возникла мысль о невозможности ее продолжать. Вы оценили свой уровень тревоги на шесть пунктов. Почему это вызвало у вас тревогу?

К: В действительности, чтобы выспаться, мне надо каждую ночь спать не менее девяти часов. В противном случае на следующий день я чувствую себя, словно выжатый лимон. Не могу ничего довести до конца просто потому, что нет сил.

Т: Что может произойти в этом случае?

К: Ну, я не смогу переделать всех дел по дому, а потом уже никогда не верну упущенное.

Т: И что тогда?

К: Дела накопятся, и моя семья будет жить, как в свинарнике. У меня это вызывает отвращение.

Т: Что будет дальше?

К: Муж будет стесняться приглашать в дом людей и станет на меня злиться.

Т: А потом?

- К: Возможно, он захочет уйти от меня. Время от времени мы устраиваем у себя приемы, поскольку нам с мужем надо производить хорошее впечатление. Если я не смогу содержать дом в надлежащем порядке, его коллеги и руководство станут плохо думать о нем, он потеряет работу. И все потому, что я как хозяйка не справляюсь со своей работой.
- Т: Вы сами замечаете, как эти тревожные мысли, словно по цепочке, следуют одна за другой, так что конечный результат выглядит весьма неприглядным? Это типично для пациентов с генерализованной тревогой. Крайне важно выявить всю последовательность этих мыслей, чтобы постепенно поставить под сомнение каждую причину для вашего беспокойства и тревоги. Давайте начнем с первой автоматической мысли — в частности, что вам придется позже лечь спать, вы не выспитесь и на следующий день не сможете справиться со всеми домашними обязанностями. Какова вероятность такого развития событий от нуля до ста процентов?
- К: Полагаю, около семидесяти процентов.
- Т: Какие у вас есть основания полагать, что с вероятностью семьдесят пять процентов вы не справитесь со своими делами, если не выделите на сон девять часов?
- К: Как-то раз мне пришлось не спать до четырех утра, потому что один из тортов, которые я готовила для праздничного ужина, случайно подгорел. Я была абсолютно без сил, поэтому на следующий день попросила мужа накрыть на стол и съездить в цветочный магазин.
- Т: Следует ли из этого, что вы были совершенно не способны сделать все это сами?
- К: Нет, конечно. Но мне хотелось немного поспать, чтобы за ужином быть в форме.
- Т: Итак, вы, если бы захотели, могли бы самостоятельно съездить в магазин и накрыть на стол?
- К: Да.
- Т: Как часто вам приходилось не спать до четырех утра?
- К: Только однажды.
- Т: А сколько раз вы устраивали у себя званый ужин?
- К: Не менее двадцати раз.
- Т: Это означает, что из двадцати раз вы лишь однажды, да и то по собственной воле, не все сделали для подготовки ужина. Верно?
- К: При такой постановке вопроса да.
- Т: Теперь давайте вернемся к нашему примеру. Самое позднее, до какого времени вам раньше приходилось заниматься стиркой?
- К: До полуночи.
- Т: И что произошло на следующий день?
- К: Ничего особенного. Я была немного сонной, но успела к девяти часам утра к парикмахеру.
- Т: Пришлось ли вам из-за этого отказаться от выполнения домашних дел?
- К: Нет, конечно. Честно говоря, тогда у меня был на редкость удачный день. Вечером я успела сходить с мужем в кино, а после этого написала письмо матери.
- Т: Таким образом, дела не накопились. Как вы думаете, вашего мужа уволят, если вы не успеете переделать всех домашних дел?
- К: В его компании все может быть! Постойте, я припоминаю один случай, когда мы с ним только что поженились. Мы переехали на новую квартиру, и часть вещей не была распакована. В углу стояли коробки, а в гости к нам зашли друзья. Вместо того чтобы обратить внимание на беспорядок, они порадовались за нас, что мы так быстро устроились на новом месте. Наверное, я действительно вижу только плохое.
- Т: Перечислите несколько альтернатив своему предположению о том, что вашего мужа уволят с работы, если его коллеги, пришедшие на ужин, заметят в доме беспорядок.

- К: Гм. Возможно, они ничего не заметят, ведь не заметили же они тогда коробок. Или похвалят наш дом, впрочем, они это сделают в любом случае. Или им важнее хорошо поесть и развлечься, а все остальное их не интересует. Возможно, они на работе пошутят над мужем по поводу беспорядка в доме, ведь им известно, что обычно у нас образцовая чистота. Во всяком случае, вряд ли произойдет что-то непоправимое, как мне казалось раньше.
- Т: А теперь обратимся к вашему заключительному предположению о том, что муж вас бросит, если его уволят. Есть ли какие-либо альтернативы этому?
- К: Он не уйдет от меня; он любит меня, несмотря ни на что; он раньше выйдет на пенсию или подыщет себе работу в другой области, потому что он сам об этом уже не раз говорил; возможно, ему даже понравится, что я меньше времени уделяю уборке дома.
- Т: Учитывая все факты и возможные альтернативы, как вы теперь оцениваете вероятность того, что, задержавшись со стиркой и плохо выспавшись, вы на следующий день не сможете справиться со своими делами со всеми вытекающими отсюда последствиями? Напомню, что изначально вы сочли, что вероятность всех этих событий составляет семьдесят пять процентов.
- К: Если взглянуть на это с вашей точки зрения, приблизительно два процента.
- Т: Думаю, вы убедились в необходимости анализа каждой тревожной мысли в отдельности, поскольку чаще всего они объединяются в цепочку. Выделив отдельные звенья этой цепи (тревожные мысли и негативные предположения), вы сможете более эффективно противодействовать своему беспокойству. Как вы теперь оцениваете свою тревогу по поводу невозможности выделить на сон достаточно времени?
- К: Примерно на уровне двух баллов или одного. Я не люблю быть сонной, потому что мне кажется, что наилучшим образом справиться с делами может только хорошо выспавшийся человек. Но теперь я понимаю, что так думать меня заставляет моя тревога и завышенные требования к себе.
- Т: Правильно. Иногда следует обдумать все «за» и «против» высоких требований к себе. Полезно записать все недостатки и преимущества таких представлений, спросив себя, не подходите ли вы к себе более строго, чем к другим людям. Можно представить это иначе: станете ли вы плохо думать о своей подруге только потому, что ей не удалось за день сделать всего, что она намечала, или потому что она легла спать позже обычного и на следующий день чувствовала себя утомленной?
- К: Нет, разумеется. Все это касается только меня. С самого детства я предъявляю к себе довольно высокие требования, это так просто не изменить. Если хотите знать, я не прочь относиться к себе более снисходительно, но не знаю, что для этого надо сделать.
- Т: Прекрасно. На одной из следующих сессий мы поговорим об упражнениях для так называемой «профилактики беспокойного поведения», которые специально предназначены для того, чтобы вы смогли поставить под сомнение свои убеждения в необходимости высоких требований к себе. Для этого необходимо просто проверить, что произойдет или не произойдет, если вы отступите от выработанных вами правил.

Сессия 7

В центре внимания на сессии 7 находится отработка экспозиции к беспокойству. Однако до этого проводится релаксация для четырех групп мышц (живота, груди, плечевого пояса, лба). При выполнении упражнений на релаксацию психотерапевт должен напомнить пациенту, что целью уменьшения числа мышечных

групп является упрощение процедуры релаксации, чтобы ее можно было проводить в тревожной ситуации. При этом пациенту по-прежнему необходимо включать в работу наиболее проблемные для него группы мышц.

Т: Сегодня мы поговорим об одной из наиболее важных составляющих программы вмешательства: систематической экспозиции к вызывающим у вас беспокойство стимулам. Вспомните, беспокойство обычно отражает попытку разрешить проблемную или пугающую ситуацию в будущем. Часто избыточное беспокойство мешает справиться с конкретной проблемой, и индивид концентрирует внимание не столько на реалистичных выходах из ситуации, сколько на своих тревожных предчувствиях. Я научу вас способу, который поможет обрести контроль над беспокойством, а значит, более эффективно справляться с вызывающими его проблемами. Причина существования беспокойства в том, что вы не позволяете себе всесторонне обдумать вызывавшие его обстоятельства. Иногда вам, наверное, хочется отвлечься от этих мыслей, например, сказать себе что-то вроде: «Я не могу думать об этом сейчас» или заняться чем-либо, чтобы переключить внимание. Вы можете сказать себе: «Я вообще не могу об этом думать», потому что эти мысли вызывают у вас тревогу. Вполне естественно, что вы не хотите думать о том, что вас расстраивает. В то же время, если кто-то не разрешает вам думать про розовых слонов, скорее всего, именно о них будет ваша первая мысль! Вот почему так трудно избежать беспокойства: вы не позволяете себе думать о том, что вас пугает. Эта техника призвана помочь вам преодолеть то, что мы называем поведением приближения-избегания. Вы научитесь думать о своих страхах и тревогах иначе, чем теперь. Я собираюсь предложить вам думать на беспокоящую вас тему, которую мы с вами выберем, не менее тридцати минут в день. Вам ничего особенного делать не придется, надо только сосредоточиться на тревожных размышлениях в течение тридцати минут. Таким способом мы уменьшаем продолжительность вашего беспокойства с целого дня, как вы сообщили на первом интервью, до тридцати минут в день. Старайтесь вообразить себе наиболее ужасные из всех возможных последствий тревожной ситуации, а затем предложите как можно больше альтернатив (*см. форму 4.4*). Давайте возьмем в качестве примера вашу анкету когнитивного самонаблюдения, чтобы проиллюстрировать процесс экспозиции к беспокойству. Ваша подруга позвонила и сказала, что зайдет через полчаса, без приглашения. Чего в этой ситуации вы испугались больше всего, какой мысленный образ у вас возник?

К: Выражение ужаса на ее лице, когда она увидит грязь на полу и пыльные ковры. Она станет смеяться надо мной и расскажет всем, что я плохая хозяйка и мать. Меня перестанут уважать, все станут надо мной смеяться.

Т: Оцените, насколько четко вы себе это представляете, от нуля до восьми.

К: Около пяти.

Т: Я прошу вас представить себе, что вы видите себя в кино. Вы явственно видите потрясение и плохо скрытую усмешку на лице подруги, когда она входит в квартиру. Вы также видите, как она набирает телефонный номер вашей общей знакомой и подробно рассказывает ей о том, как ужасно выглядит ваша квартира, вы слышите ее злорадный смех. Насколько четко вы себе это представляете?

К: Очень четко. Около семи баллов.

Т: Отлично. Удерживайте этот мысленный образ не менее пяти — десяти минут. Сконцентрируйте внимание на том, что видите и слышите в этой ситуации. Как будто это происходит с вами в действительности. Какой сейчас уровень тревоги?

К: Гм, около семи.

Т: Продолжайте удерживать образ. (*Психотерапевт ждет, пока пройдут 5-10 минут.*)
А теперь каков уровень тревоги?

К: По-прежнему семь.

Т: Продолжайте удерживать образ. (*Психотерапевт ждет еще 5 минут.*) Как дела с тревогой?

К: Приблизительно пять.

Т: Очень хорошо. Теперь, Клэр, мне бы хотелось, чтобы вы использовали когнитивные стратегии для противодействия этим катастрофическим мысленным образам. Прежде всего, каковы возможные их альтернативы?

К: Подруга не обратит внимания на мою квартиру. Она зашла, чтобы повидать меня. Возможно, она даже не заметит, что пол на кухне не вымыт, а ковры не чищены. Или она заметит, но не придаст этому значения, во всяком случае, не сочтет это достаточно интересным, чтобы всем об этом рассказывать. На самом деле, по обычным стандартам мой дом никак не назовешь грязным. А по сравнению с ее собственной квартирой это просто храм чистоты. Она, скорее всего, думает, что я чересчур озабочена поддержанием в доме чистоты и порядка. Не исключено, что она будет довольна или почувствует облегчение, когда увидит, что на этот раз дом не в идеальном состоянии.

Т: Отлично. Как вы теперь оцените уровень своей тревоги?

К: Он снизился до двух или одного балла. Однако эта экспозиция к беспокойству не очень приятное занятие. У меня все сжалось внутри, когда вы попросили меня представить самое плохое. Я не уверена, что справлюсь с этим дома.

Т: Некоторый эмоциональный и физический дискомфорт при экспозиции к беспокойству вполне оправдан. В процессе выполнения упражнения вы встречаетесь лицом к лицу с теми самыми мыслями, которых пытаетесь избежать из-за вызываемых ими неприятных ощущений. Как и в любом другом деле, приобретение навыков экспозиции требует времени и терпения. Если даже вы слишком взволнованы, чтобы продолжать экспозицию, представляя худший вариант сценария, все же следует попытаться удержать этот мысленный образ. Тревога постепенно ослабнет, как вы могли убедиться сегодня. Чрезвычайно важно и абсолютно необходимо, чтобы вы сосредоточились на самом неблагоприятном развитии событий, сохраняя этот образ не менее двадцати пяти — тридцати минут. За столь продолжительное время успеет произойти привыкание. Ваша тревога достигнет своего пика, а затем ослабнет, когда вы привыкнете к мысленному образу. Не забывайте использовать когнитивные стратегии *после того*, как вы представили себе худший исход ситуации. Кроме того, в случае появления физической симптоматики в процессе экспозиции после нее целесообразно провести процедуру релаксации. Вместе с тем во время самой экспозиции ни в коем случае нельзя отвлекаться от негативного мысленного образа.

Сессия 8

На сессии 8 дается обоснование экспозиции к беспокойству и проводятся практические занятия. Кроме того, вводится процедура релаксации по памяти.

Т: Вы проделали огромную работу, выполняя домашнее задание, особенно что касается ежедневной экспозиции к беспокойству. Конечно, это большой труд, но не забывайте, что он со временем окупится, ведь это наиболее существенная составляющая программы вмешательства.

К: Да, я понимаю. Теперь тревога у меня не так выражена по сравнению с моим первым визитом в клинику. Я чувствую себя более свободно, и, хотя по-прежнему частенько проявляю беспокойство, это мешает мне гораздо меньше.

Т: Ваши усилия будут вознаграждены. Это интенсивная программа, требующая активного участия пациента, стремления изменить негативный образ мышления и связанное с беспокойством поведение. Как у вас идут дела с релаксацией?

К: Неплохо. Я занимаюсь каждый день в разное время и в разных ситуациях. Иногда я выполняю упражнения стоя под душем или во время езды в машине. Временами я провожу релаксацию перед тем, как встать утром с постели. У меня все еще сохраняется чувство страха перед наступающим днем. Однако оно постепенно сходит на нет.

Т: Это очень хорошо. Поскольку вы, по всей видимости, освоили упражнения на релаксации, полагаю, вы готовы приступить к так называемой «релаксации по памяти». Эта процедура включает в себя воспроизведение ощущений, сопровождающих релаксацию. Вместо того чтобы напрячь мышцы с тем, чтобы потом расслабить, вы усилием воли расслабляетесь, вспоминая свои ощущения. Вы можете концентрировать внимание на каждой из четырех групп мышц, избавиться от напряжения и давления, чтобы ваши телесные ощущения стали похожими на те, которые возникают при релаксации. Во время проведения процедуры релаксации по памяти поддерживайте регулярное, спокойное дыхание, как при других формах прогрессивной мышечной релаксации. Старайтесь выполнять эту процедуру при наличии отвлекающих факторов, при шуме, даже в стрессовых ситуациях, чтобы релаксация стала для вас привычной и вы могли бы ее использовать при любых обстоятельствах.

Сессия 9

Кроме закрепления навыков, освоенных за две предыдущие сессии (например, экспозиции к беспокойству, релаксации по памяти), вводится процедура профилактики беспокойного поведения.

Т: Как мы уже с вами говорили на первых сессиях, программа вмешательства предполагает выявление конкретных видов поведения, которых вы стараетесь избегать или, напротив, придерживаетесь, чтобы быстро избавиться от тревоги. В действительности, однако, именно эти виды поведения подкрепляют ваше беспокойство и тревогу в будущем, поэтому они себя не оправдывают. Сегодня мне хотелось бы составить список тех видов поведения, которых вы придерживаетесь, или избегаемых вследствие тревоги и беспокойства видов деятельности. Приведу некоторые примеры такого поведения. Это нежелание читать отдельные разделы газет (в частности, раздел происшествий или медицинскую информацию), привычка несколько раз в день делать уборку в доме, приходить на встречи заранее и т. д. Давайте поговорим о вас, Клэр.

К: Я думаю, наиболее яркий пример такого поведения — мое нежелание ходить на футбольные матчи с участием сына. Недавно он пригласил меня на игру, которая приурочена к встрече выпускников. Я бы с удовольствием пошла, ведь это такое важное событие для команды, о нем много пишут в прессе. Но мне это явно не по силам, поэтому пришлось отказаться.

Т: Поставим это поведение первым пунктом в списке. Как вы оцениваете тревогу, связанную с посещением матча, от нуля до восьми?

К: Около семи.

Т: Что еще, по-вашему, можно включить в список? Как насчет того, чтобы в течение нескольких дней не заниматься уборкой?

К: Гм, наверное, и в этом случае тревога составляет приблизительно шесть или семь пунктов.

Т: А что если однажды утром не убрать постель?

К: Наверное, около четырех.

Т: А мытье ванной комнаты один, а не два раза в день, как вы обычно делаете?

К: Тревога не больше трех. Если бы я вообще не убрала в ванной комнате, она бы подскочила до пяти.

Т: А то, что муж звонит вам каждый день с работы? Если он один день не позвонит?

К: Наверное, уровень тревоги будет около шести.

Т: Что если он позвонит только перед уходом домой?

К: О, если он позвонит хотя бы раз в день, это ничего. Тревога не будет превышать двух баллов.

Т: Итак, у нас в списке набралось несколько пунктов. Вот они: посетить матч на встрече выпускников — семь. Не убирать в доме несколько дней — от шести до семи. Не получать телефонных звонков от мужа — шесть. Не убирать один день ванную комнату — пять. Не убирать одно утро постель — четыре. Убрать ванную комнату только один раз за день — три. Звонок мужа лишь непосредственно перед отъездом домой — два.

На предстоящей неделе можете начать с последнего пункта в иерархии — в частности, попросить мужа звонить вам только перед уходом домой. Оцените свою тревогу в течение дня, когда вы будете знать, что он позвонит только перед уходом, а затем после того, как он позвонит. Сообщите мне о том, как у вас идут дела. Если вы будете по-прежнему беспокоиться о нем в течение дня, применяйте когнитивные стратегии и релаксацию по памяти, что поможет вам справиться с беспокойством и тревогой (*см. форму 4.5*).

Сессия 10

На сессии 10 психотерапевт концентрирует разговор на обсуждении результатов упражнений, в частности экспозиции к беспокойству и когнитивного противодействия, релаксации по памяти, профилактики беспокойного поведения. Затем он дает пациенту задание перейти к следующему пункту (пунктам) в иерархии видов беспокойного поведения, составленной на сессии 9, в зависимости от того, насколько хорошо пациент овладел этими навыками, и от наличия сопутствующих проблем. В заключение дается обоснование релаксации по ключевому слову.

Сессии 11 и 12

Эти сессии посвящаются обзору уже известной информации с привлечением принципов и стратегий планирования времени и решения проблем. Поскольку эти техники часто перекликаются с некоторыми уже знакомыми пациенту когнитивными стратегиями, они на данном этапе уже не обсуждаются.

Например, если пациент с трудом справляется со всеми своими повседневными делами или опаздывает на встречи, психотерапевту следует обратить его внимание на завышенные, нереалистичные требования к себе и субъективное восприятие возможных последствий невыполненных обязательств как катастрофических. Когнитивное противодействие, как правило, является в данном случае наиболее эффективным вмешательством, наряду с обучением пациента соблюдать распорядок дня, выделяя при этом на дела достаточно времени. Аналогичным образом, если пациент сообщает о трудностях, связанных с принятием решений, или страхе сделать неверный выбор, психотерапевт может уделить внимание страху допустить ошибку и боязни ее последствий, используя приемы декатастрофизации и переоценки вероятности событий. Конечно, полезно познакомить пациента с концепцией мозгового штурма или предложением максимального числа возможных альтернатив, что будет несложно сделать, так как пациент уже овладел навыками выполнения упражнений на экспозицию в процессе работы с тревогой и умеет пользоваться Анкетой когнитивного самонаблюдения.

Сессия 13

Помимо обзора навыков, полученных в течение предшествующих 12 сессий, и достигнутых пациентом успехов, главной задачей сессии 13 является помощь пациенту в составлении плана применения и закрепления техник вмешательства.

- Т: Клэр, мы с вами много узнали о природе генерализованной тревоги и навыках ее преодоления. Это наша последняя совместная сессия, посвященная вмешательству. Дальше вы в течение какого-то времени будете работать самостоятельно, поэтому давайте обсудим некоторые полученные вами навыки и немного поговорим о планах на будущее.
- К: Это вселяет в меня надежду, потому что я немного нервничаю, когда думаю о том, что психотерапия скоро закончится.
- Т: Почему, как вы думаете?
- К: Ну, мне кажется, что, если я не буду регулярно ходить на сессии, я утрачу все свои вновь приобретенные навыки и вернусь к исходному состоянию: опять стану несчастной, всем недовольной брюзгой. Мне этого очень не хочется.
- Т: Перечислите мне несколько причин, почему это может произойти.
- К: Я перестану регулярно с вами встречаться и могу забыть все упражнения, разучусь управлять своими мыслями и чувствами.
- Т: Почему вы в этом так уверены?
- К: Не знаю. Это всего лишь страх. Полагаю, это рассуждения, основанные на эмоциях, о чем вы мне уже говорили. В последнее время я чувствую себя гораздо лучше, и мне не хотелось бы от этого отказываться.
- Т: Хорошо, но как вы этого достигли?
- К: Благодаря выполнению упражнений, пыталась изменить себя и отчасти в этом преуспела.
- Т: А где по большей части произошли эти изменения?
- К: Дома, и добилась этого я сама! Понимаю, к чему вы клоните. Я не признаю собственных заслуг в связи с проделанной работой.
- Т: Вы также отказываетесь признать тот факт, что вы полностью ответственны за произошедшие с вами изменения. С момента нашей первой встречи мои усилия были направлены на предоставление вам информации и проверку домашнего задания, то есть наши отношения были построены по типу учитель—ученик. Только в нашем случае не выставлялись оценки, просто вам предоставлялась обратная связь с акцентом на тех моментах, которым следовало уделить больше внимания. Если вам вновь доведется испытать сильную тревогу и беспокойство, что вы будете делать, Клэр? Если бы вы смогли написать себе письмо в будущее, что бы вы себе сказали?
- К: Прежде всего, не стоит видеть все в черном цвете. В любой момент можно начать выполнять упражнения на экспозицию к беспокойству и релаксацию, заполнить анкеты когнитивного самонаблюдения, ведь теперь я хорошо умею ими пользоваться. И еще я бы сказала себе, повторив ваши слова, что вполне нормально иногда испытывать тревогу, это не обязательно означает, что со мной что-то не в порядке. Когда я с вами, все представляется очень простым, но иногда дома я с трудом выполняю упражнения и справляюсь со своим беспокойством. Без сомнения, мне стало намного лучше, но далось это нелегко.
- Т: Этого следовало ожидать, потому что непросто менять привычные стереотипы мышления, поведения, чувствования, когда испытываешь тревогу, автоматические реакции еще какое-то время будут проявляться. Продолжая использовать наши стратегии, вы вскоре убедитесь в том, что стали иначе думать и вести себя в тревожных ситуациях. Есть ли у вас доказательства того, что, выполняя упражнения и применяя эти техники, вы больше не продвинетесь вперед?

К: Конечно, нет. Просто во мне говорит страх. Я знаю, что справлюсь со своими проблемами самостоятельно.

Т: Давайте кратко остановимся на некоторых стратегиях. Во-первых, вы много узнали о природе тревоги и беспокойства, о причинах их устойчивости во времени. Затем мы перешли к релаксации, и теперь вы умеете расслабляться в сложных ситуациях, например при езде на машине или в магазине. Мы потратили много времени на то, чтобы поставить под сомнение ваши негативные, тревожные мысли, выявляя завышение вероятности событий и катастрофизацию и противодействуя им. Далее следовала экспозиция к беспокойству — специально отведенное время, когда вы систематически ввергали себя в беспокойство, создавая мысленные образы тревожных ситуаций, а затем противодействуя им. Затем мы перешли к упражнениям по профилактике беспокойного поведения. Вы последовательно выполняли задания, заставлявшие вас нервничать из-за связанных с ними негативных предположений. Вам даже удалось на прошлой неделе посетить футбольный матч с участием выпускников университета и команды, за которую играет ваш сын, это так?

К: Да! Я прекрасно себя чувствовала. Сын играл очень хорошо, не раз выручал команду, после игры тренер его при всех похвалил. Я была очень горда собой. Сначала тревога была довольно выраженной — около шести баллов, но потом постепенно снизилась, наверное благодаря релаксации и использованию когнитивных стратегий на протяжении матча. Мы с мужем получили огромное удовольствие, потому что сидели рядом с близкими друзьями, сын которых также играл за команду университета.

Т: Вот и отлично. Потом мы с вами говорили о планировании времени и решении проблем, с этим у вас не возникло особых трудностей. Мы встретимся в следующий раз через месяц, чтобы оценить ваш прогресс и разрешить возникшие у вас проблемы или затруднения. Будет и еще одна встреча, через несколько месяцев. Разумеется, в случае возникновения значительных проблем вы всегда можете мне позвонить. Теперь перед вами стоит задача научиться самостоятельно использовать освоенные вами техники. Вы уже добились больших успехов, Клэр, и нет оснований полагать, что этим все и закончится.

Успехи Клэр

Проспективное наблюдение — вполне обычная практика для наших пациентов, прошедших программу вмешательства в клинике (в соответствии с исследовательским протоколом или обычную). Что касается Клэр, ее состояние было оценено непосредственно после окончания вмешательства, а также спустя некоторое время при помощи структурированного интервью *ADIS-IV-L* и нескольких опросников, построенных по типу самоотчета.

На протяжении всего периода проспективного наблюдения Клэр продолжала отмечать некоторую тревогу и беспокойство. Когда ей задали вопрос о том, какие компоненты вмешательства она считает наиболее полезными для себя в плане совладания с тревогой, Клэр ответила, что ежедневная экспозиция к беспокойству и когнитивное самонаблюдение/реструктурирование были особенно эффективными стратегиями, которые она использовала регулярно.

Кроме того, Клэр сообщила, что ей удалось избавиться от большинства проблем с желудком, и она научилась лучше контролировать свое беспокойство и тревогу как на физическом, так и на когнитивном уровне. Клэр отметила, что периодически испытывает беспокойство в течение дня, но теперь способна его контролировать. Кроме того, она заявила, что стала чаще прибегать к стратегиям ре-

шения проблем, когда испытывает беспокойство, вместо того чтобы пытаться отвлечься, как делала раньше в течение многих лет.

По сравнению с первоначальным диагнозом ГТР по *DSM-IV* со степенью клинической тяжести 6 по показателям *ADIS-IV-L*, после окончания вмешательства Клэр был поставлен диагноз «ГТР: частичная ремиссия», со степенью тяжести 2 (диагноз поставил независимый интервьюер, который не знал ее анамнеза). Через год проспективного наблюдения Клэр был поставлен диагноз по *DSM-IV*: «ГТР: полная ремиссия».

Заключение

Как правило, мы встречаемся со своими пациентами еще несколько раз в течение ближайших месяцев, чтобы оценить, насколько эффективно они используют приобретенные в процессе вмешательства навыки, или помочь справиться с какими-либо проблемами. Как отмечено в обзоре литературы, посвященной психотерапевтическому вмешательству, пациенты, завершившие программу психосоциального вмешательства по поводу ГТР, обычно достигают стойкого улучшения состояния. Более того, во многих случаях значительно снижается или прекращается использование медикаментов (например, анксиолитиков) (Barlow et al., 1992).

Тем не менее огромное число пациентов добиваются весьма скромных результатов. Это явление отчасти объясняется недавним существованием подхода, нацеленного на ключевой компонент ГТР — чрезмерное и не поддающееся контролю беспокойство.

Продолжаются исследования, в том числе в нашем центре, с целью выяснить, действительно ли предложенное нами вмешательство позволяет достичь более значительных и стойких результатов у пациентов с ГТР.

Литература

- Abel, J. L., & Borkovec, T. D. (1995). Generalizability of DSM-III-R generalized anxiety disorder to proposed DSM-IV criteria and cross-validation of proposed changes. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 303-315. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. Anderson, D. J., Noyes, R., & Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 572-575. Andrews, C., Stewart, G., Alien, R., & Henderson, A. S. (1990). The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *Journal of Affective Disorders*, 19, 23-29. Andrews, V. H., & Borkovec, T. D. (1988). The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 21-26. Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press. Barlow, D. H. (1991). The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders. In R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 1 - 28). New York: Guilford Press.

Обсессивно-компульсивное расстройство¹

Эдна Б. Фоа, Мартин
Э. Франклин

Читателю не потребуется много времени, чтобы убедиться в следующем: эффективная психотерапия при обсессивно-компульсивном расстройстве заметно отличается по структуре и содержанию от традиционных терапевтических подходов. По этой причине, к сожалению, лишь немногие психотерапевты ощущают в себе силы проводить подобное вмешательство. Вместе с тем, согласно результатам недавно проведенных клинических исследований, именно этот подход, несомненно, позволяет получить наиболее весомые кратковременные и долговременные эффекты при обсессивно-компульсивном расстройстве. Сведений, приведенных в данной главе, вполне достаточно, чтобы хорошо подготовленный специалист в области психического здоровья сумел провести такое вмешательство, особенно в отсутствии выбора. Страдания пациента с обсессивно-компульсивным расстройством могут быть настолько сильными, что даже самые несовершенные попытки оказать ему психотерапевтическую помощь могут только приветствоваться. В данной главе приведено детальное описание интенсивных ежедневных сессий, включающих как мысленную практику, так и практику *in vivo*. Следует особо подчеркнуть необходимость для психотерапевтов проявлять изобретательность (например, вопросы типа «Где вы находите мертвых животных?»). Важность привлечения к терапии значимых других впервые была отмечена Краском и Барлоу в главе 1 данного «Руководства»: супруги/партнеры или другие близкие пациенту люди по возможности должны участвовать в терапии. Наконец, эта глава содержит обзор современных психологических и фармакологических подходов к обсессивно-компульсивному расстройству.

Достижения в когнитивно-поведенческом и фармакологическом вмешательствах за последние три десятилетия значительно улучшили прогноз при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР). Глава начинается с обсуждения теоретических концепций и диагностики ОКР; дается обзор известных на сегодняшний день видов вмешательства. Далее речь идет о диагностическом исследовании

и приводится подробное описание схемы проведения интенсивной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), включающей экспозицию и профилактику ритуалов (Э/ПР) при ОКР. По ходу изложения для иллюстрации происходящих во время вмешательства процессов приведены выдержки из диалогов между психотерапевтом и пациентом.

Определение

Согласно «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств», четвертое издание {*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994}, ОКР характеризуется повторяющимися навязчивыми мыслями и/или вынужденными действиями, значительно нарушающими повседневное функционирование. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые вновь и вновь приходят больному в голову в стереотипном виде, вызывая тревогу. К наиболее распространенным навязчивым мыслям относятся боязнь заражения (загрязнения), причинения вреда другим людям, сомнения в том, закрыта ли входная дверь. Навязчивые действия, или ритуалы — это стереотипные манеры или виды поведения, с помощью которых больной пытается предотвратить или уменьшить тревогу или дистресс. Наиболее типичные навязчивые действия — это мытье рук, счет и проверка правильности своих действий.

По сравнению с предыдущим определением ОКР по *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), новое определение по *DSM-IV* претерпело некоторые существенные изменения. В *DSM-IV* навязчивые мысли и навязчивые действия считаются функционально связанными между собой: навязчивые мысли или размышления вызывают выраженную тревогу или дистресс, а навязчивые действия, т. е. явные (поведенческие) или скрытые (мыслительные) действия, предпринимаются с целью ослабить дистресс, вызванный навязчивыми мыслями или жесткими правилами. Эта модификация подкреплена результатами полевого исследования ОКР по критериям *DSM-IV*, согласно которым свыше 90% участников сообщили, что навязчивые действия помогают избежать ущерба от навязчивых мыслей или ослабить дистресс (Foa et al., 1995).

Данные полевого исследования также показали, что абсолютное большинство (свыше 90%) пациентов с ОКР страдали как навязчивыми мыслями, так и поведенческими ритуалами. При включении в классификацию мыслительных ритуалов только 2% пациентов выборки сообщили о навязчивых мыслях в «чистом виде» (Foa et al., 1995). Поведенческие ритуалы (например, мытье рук) эквивалентны мыслительным ритуалам (например, повторение про себя особых молитв) в их связи с навязчивыми мыслями: все виды ритуалов служат для ослабления дистресса, вызванного навязчивыми мыслями, профилактики ущерба или обеспечения безопасности. Таким образом, традиционное отношение к навязчивым мыслям как к мыслительным феноменам, а к навязчивым действиям — как к поведенческим явлениям больше себя не оправдывает; хотя все навязчивые мысли в действительности есть мыслительные процессы, вынужденные ритуалы могут быть как мыслительными, так и поведенческими. Выявление мыслительных ритуалов представляет собой особенно важный аспект планирования вмешательства, поскольку навязчивые мысли и навязчивые действия оцениваются с помощью разных техник. Например, нам пришлось работать с пациентом, который харак-

теризовал себя как склонного к навязчивым мыслям «в чистом виде»: его неотступно преследовали образы того, как его подруге будет причинен вред в результате нападения животного. Пациент быстро вводил себя в качестве действующего лица в эту сцену и сам становился жертвой; это несколько уменьшало его страдания, так как предотвращало, по его мнению, потенциальный ущерб здоровью подруги. Замещение образа подруги собственным образом в сцене нападения представляет собой мыслительный ритуал; для успеха мысленной экспозиции требуется, чтобы пациент воздерживался от этих навязчивых мыслей.

Другая модификация, внесенная в *DSM-IV*, — отмена требования инсайта при диагностике ОКР. Считается, что континуум «инсайта», или «силы убеждения», лучше отражает клиническую картину ОКР, чем бытовавшее ранее мнение о том, что все люди с ОКР признают бессмысленность своих навязчивых мыслей и вынужденных действий (Kozak & Foa, 1994). Представления о континууме инсайта (Foa et al., 1995; Insel & Akiskal, 1986; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988) привели к включению подтипа ОКР «с маловыраженным инсайтом»; эти пациенты действительно страдают навязчивыми мыслями и навязчивыми действиями, но не ощущают их бессмысленности. С клинической точки зрения важно оценить степень инсайта до начала вмешательства, поскольку твердая убежденность в неизбежности негативных последствий воздержания от навязчивых мыслей и избегающего поведения оказалась связана с плохим откликом на вмешательство (см., например, Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999).

Как в *DSM-III-R*, продолжает сохраняться требование о том, что навязчивые мысли или навязчивые действия должны быть достаточно выражены, чтобы вызывать заметный дистресс, отнимать много времени и нарушать повседневное функционирование. При наличии другого расстройства оси I навязчивые мысли и действия должны выходить за рамки этого расстройства (например, озабоченность мыслями о еде при расстройствах пищевого поведения не является признаком ОКР). В настоящее время не утихают споры о наличии обсессивно-компульсивного спектра, включающего разнообразные компульсивные и импульсивные расстройства (например, патологическую страсть к азартным играм, трихотилломанию), однако по *DSM-IV* эти расстройства не имеют отношения к ОКР.

Клиническая картина

Дебби — замужняя женщина 36 лет, не имеющая детей. При первом посещении клиники она сообщила, что уже в течение 15 лет страдает навязчивыми страхами и ритуалами. В прошлом она боялась ошибиться, забыть что-то важное и причинить физический или эмоциональный ущерб другим людям, что заставляло ее уделять много времени перепроверке и мысленной ревизии своих действий. В настоящее время страхи Дебби сконцентрировались на возможности заразиться некими «микробами» и заразить окружающих, которые непременно заболеют и умрут, причем ответственность за их смерть ляжет на нее. Эти страхи особенно усилились, когда Дебби работала хирургической сестрой. Она тревожилась, что во время операции загрязнит операционное поле и нанесет серьезный ущерб здоровью пациента. Теперь она уже не могла работать из-за своих страхов — симптомов ОКР — и тратила много времени на то, чтобы мыть и чистить свою квартиру. Она избегала прикасаться к предметам из-за боязни испачкаться, в том числе

в туалетах и больницах, а также не дотрагивалась до некоторых пищевых продуктов. Кроме того, Дебби избегала контактов с другими людьми, особенно детьми, опасаясь их заразить.

Распространенность и течение ОКР

Если раньше было принято считать ОКР сравнительно редким расстройством, то теперь доказано, что им страдают около 2,5% взрослого населения Соединенных Штатов (Karno, Golding, Sorensen, & Burnam, 1988). Недавние эпидемиологические исследования детей и подростков показали сходную распространенность расстройства в этих выборках (Flament et al., 1988; Valleni-Basile et al., 1994). Среди взрослых, страдающих ОКР, женщины составляют немногим более половины (Rasmussen & Tsuang, 1986), в то время как соотношение между мальчиками и девочками в некоторых клинических выборках детей составило 2:1 (см., например, Наппа, 1995; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane, & Cheslow, 1989). Возраст начала расстройства обычно варьирует от раннего подросткового до периода взросления, причем у мужчин патология проявляется раньше; средний возраст манифестации симптоматики у мужчин составляет 13-15 лет, а у женщин — 20-24 года (Rasmussen & Eisen, 1990). Вместе с тем случаи ОКР были зафиксированы и у двухлетних детей (Rapoport, Swedo, & Leonard, 1992).

Как правило, расстройство развивается постепенно, однако есть несколько сообщений и об остром начале. Хотя типичной можно считать хроническую стертую симптоматику, у 10% пациентов расстройство прогрессирует (Rasmussen & Eisen, 1989). ОКР часто связано с нарушением общего функционирования, в частности с потерей работы (Leon, Portera, & Weissman, 1995), с супружескими неурядицами и трудностями в межличностных отношениях (Emmelkamp, de Haan, & Hoogduin, 1990; Riggs, Hiss, & Foa, 1992). Подростки с установленным диагнозом ОКР (Flament et al., 1988) сообщали в ходе проспективного наблюдения, что уклоняются от общения с окружающими с целью предотвратить заражение или сберечь силы для обсессивно-компульсивного поведения (Flament et al., 1990).

Многие индивиды с ОКР страдают годами, прежде чем обращаются за помощью к специалистам. В одном из исследований было показано, что психиатрическое вмешательство проводится в среднем спустя семь лет после манифестации серьезной симптоматики (Rasmussen & Tsuang, 1986). Данное расстройство может стать причиной выраженных нарушений функционирования, привести к потере работы, распаду семьи и нарушению других межличностных отношений. О супружеском дистрессе сообщают примерно 50% имеющих семью пациентов, ожидающих вмешательства по поводу ОКР (Emmelkamp et al, 1990; Riggs et al, 1992).

Сопутствующая патология

Как правило, ОКР сочетается с рядом других симптомов и жалоб, таких как депрессия, тревога, фобическое избегание и чрезмерное беспокойство (Tynes, White, & Steketee, 1990; Karno et al, 1988; Rasmussen & Tsuang, 1986). По данным эпидемиологических исследований, около 30% индивидов с ОКР также отвечают критериям депрессивного эпизода тяжелой степени (Karno et al., 1988); нарушения

сна отмечаются приблизительно у 40% лиц с ОКР. Наличие депрессии при ОКР имеет большое значение, так как, по некоторым данным, выраженная депрессия снижает эффективность поведенческого вмешательства при ОКР (Foa, 1979; Foa, Grayson, & Steketee, 1982). Действительно, недавнее исследование, посвященное когнитивно-поведенческому вмешательству с использованием Э/ПР у амбулаторных пациентов с ОКР, показало, что пациенты с *тяжелой* депрессивной симптоматикой достигают несколько меньших успехов при использовании Э/ПР по сравнению с теми, у кого депрессия менее выражена (Abramowitz, Franklin, Street, Kozak, & Foa, 2000).

Сочетание ОКР с другими тревожными расстройствами также встречается довольно часто. В выборке пациентов с ОКР распространенность простой фобии по критериям *DSM-III* (в том числе в анамнезе) составила около 30%, социальной фобии — 20%, а панического расстройства — 15% (Rasmussen & Tsuang, 1986). Обнаружена также связь ОКР с расстройствами пищевого поведения. Около 10% женщин с ОКР имели в анамнезе проявления нервной анорексии (Kasvikis, Tsa-kiris, Marks, Basoglu, & Noshirvani, 1986), а 33% пациентов с нервной булимией страдали ОКР (Hudson, Pope, Yurgelun-Todd, Jonas, & Frankenburg, 1987; Laessle, Kia, Fichter, Wittchen, & Pirke, 1987).

Расстройства, подобные синдрому де ла Туретта и другим тикам, также связаны с ОКР. От 20 до 30% индивидов с ОКР сообщили о том, что в прошлом или в настоящее время страдали тиками (Pauls, 1989). По некоторым оценкам, частота сочетаемости синдрома де ла Туретта и ОКР варьирует от 36 до 52% (Leckman & Chittenden, 1990; Pauls, Towbin, Leckman, Zahner, & Cohen, 1986). Кроме того, предполагается, что от 5 до 7% пациентов с ОКР страдают синдромом де ла Туретта (Rasmussen & Eisen, 1989).

Дифференциальная диагностика

Частое сочетание ОКР с другими вышеупомянутыми расстройствами, а также сходство критериев для ОКР и других, перечисленных в *DSM-IV*, расстройств затрудняет принятие диагностических решений. Ниже рассмотрены наиболее распространенные диагностические проблемы, с которыми приходится сталкиваться клиницистам, с соответствующими рекомендациями по постановке диагноза.

Навязчивые мысли и депрессивные руминации

Иногда бывает трудно отличить свойственные депрессии руминации от навязчивых мыслей. Опираясь при этом следует преимущественно на содержание мыслей, а также на способность пациента противостоять им. В отличие от навязчивых мыслей руминации обычно представляют собой пессимистические идеи, касающиеся себя и окружающего мира, причем содержание их непостоянно. Кроме того, лица, склонные к депрессивным руминациям, не пытаются их подавить, в отличие от пациентов с ОКР, которые предпринимают повторные попытки подавить свои навязчивые мысли. При сочетании депрессии с ОКР могут присутствовать оба феномена, однако упражнения на экспозицию должны быть нацелены только на навязчивые мысли. Мы обнаружили, однако, что клинически депрес-

сивные пациенты выглядят настолько подавленными, что возникают сомнения в действенности Э/ПР, поэтому иногда приходится проводить терапевтическое вмешательство по поводу не только навязчивых мыслей, но и руминаций.

Другие тревожные расстройства

ОКР часто сочетается с другими тревожными расстройствами, причем их диагностические критерии иногда похожи, однако обычно удается различить симптоматику, связанную с каждым конкретным расстройством. Например, чрезмерное беспокойство, характерное для генерализованного тревожного расстройства (ГТР), может показаться признаком ОКР, однако, в отличие от навязчивых мыслей, беспокойство — это избыточная озабоченность обстоятельствами реальной жизни, которая воспринимается самим индивидом как адекватная (эго-синтонная). Напротив, навязчивое мышление скорее связано с нереальными событиями, и навязчивые мысли обычно воспринимаются индивидом как неадекватные (эго-дистонные). Однако имеются и исключения из общего правила: индивиды с ГТР или ОКР способны проявлять беспокойство о повседневных явлениях, например, о том, что могут заболеть дети. Вместе с тем, проявляя беспокойство по поводу простуды ребенка, родители с ГТР концентрируют внимание на отсроченных последствиях (например, отставании в учебе, развитии стойких осложнений), в то время как родители с ОКР больше заботятся о заразительности заболевания (например, дети могут подхватить «микробов простуды»). Проблема ограничения навязчивых мыслей от беспокойства у конкретного пациента становится особенно острой, когда у пациента отсутствуют навязчивые мысли, но, как уже было сказано, пациенты с навязчивыми мыслями «в чистом виде» составляют не более 2% пациентов с ОКР (Foa et al, 1995).

При отсутствии ритуалов избегание, связанное со специфическими фобиями, может также иметь сходство с ОКР. Например, чрезмерная боязнь микробов и специфические фобии могут привести к навязчивому избеганию кошек. Вместе с тем, в отличие от индивида с ОКР, человек с фобией кошек может успешно их избегать или быстро избавляться от дистресса, выходя из ситуации, если предотвратить встречу с животным не удалось. Напротив, индивид с ОКР и навязчивыми мыслями о «кошачьих микробах» продолжает ощущать себя зараженным даже после того, как кошка уйдет; иногда информация о том, что несколько часов назад здесь проходила кошка, заставляет человека страдать, даже если точно известно, что кошка больше не вернется. Подобный дистресс часто служит причиной избегающего поведения (например, человек снимает с себя одежду, к которой прикоснулась «заразная» кошка), чего, как правило, не наблюдается при специфических фобиях.

Ипохондрия и дисморфобия

Беспокойство о своем здоровье, характерное для ипохондриков, и озабоченность воображаемыми физическими дефектами при дисморфобическом расстройстве имеют формальное сходство с навязчивыми мыслями при ОКР. Удобнее всего дифференцировать эти расстройства от ОКР, если исследовать содержательную специфику тревожных мыслей. Большинство индивидов с ипохондрией или дисморфобией одержимы одной навязчивой идеей, в то время как люди, страда-

ющие ОКР, обычно имеют несколько навязчивых мыслей. Более того, пациенты с ОКР обычно обеспокоены возможностью заразиться и заболеть, а пациенты с ипохондрией концентрируют внимание на физической и психологической симптоматике, которая заставляет их опасаться, что они уже больны.

Синдром де ла Туретта и другие тики

Чтобы отделить стереотипные движения, характерные для синдрома де ла Туретта и других тиков, от ритуалов, необходимо исследовать функциональную связь между двигательным поведением и навязчивыми мыслями. Моторные тики, как правило, воспринимаются как произвольные; они не предназначены для нейтрализации дистресса, вызванного навязчивыми мыслями. Крайне трудно бывает отграничить их от изолированно встречающихся навязчивых действий, однако ОКР с навязчивыми действиями «в чистом виде» встречается крайне редко (Foa et al, 1995). Как указано выше, ОКР и тики часто сопутствуют друг другу (например, Pauls et al, 1986); следовательно, у интересующего нас пациента могут одновременно присутствовать оба вида расстройств. Как и в случае с руминациями и навязчивыми мыслями, особенно важно дифференцировать тики и навязчивые мысли у пациентов с обоими расстройствами, поскольку профилактика реакции избегания не годится для тиков, но вполне применима к навязчивым мыслям.

Бредовое расстройство и шизофрения

Интенсивность навязчивых мыслей при ОКР может быть значительной, с переходом в бред (Kozak & Foa, 1994). Примерно 5% пациентов с ОКР абсолютно убеждены в том, что их навязчивые мысли и навязчивые действия находятся в полном соответствии с реальностью, а еще 20% уверены в этом, но чуть меньше. Следовательно, имеет смысл учитывать диагноз ОКР «с маловыраженным инсайтом», даже если эти убеждения довольно устойчивы. Дифференциация бредового расстройства от ОКР опирается на наличие при ОКР ритуалов (Eisen et al, 1998). При ОКР навязчивые мысли, переходящие в бред, обычно сопровождаются навязчивыми действиями.

Не менее важно учитывать, что содержание навязчивых мыслей при ОКР может быть довольно вычурным, как и при шизофреническом бреде, однако сама по себе вычурность еще не доказывает наличия ОКР. Например, одна пациентка, находившаяся под наблюдением нашего центра, испытывала страх, что частицы ее «сущности» будут навсегда утрачены, если она приблизится к любому мусоросборнику. Эта пациентка не имела другой симптоматики расстройства мышления, типа свободных ассоциаций, галлюцинаций, упрощенной или преувеличенной аффектации, наложения мыслей или проекции. В ходе вмешательства с использованием Э/ПР внимание фокусировалось на упражнениях с экспозицией (тренировка переносимости) пациентки к ситуациям утраты своей «сущности» (например, проезжать мимо городской свалки), симптоматика ОКР заметно уменьшалась. Иногда пациенты одновременно удовлетворяют диагностическим критериям ОКР и шизофрении, в таких случаях правомерно ставить двойной диагноз. Терапия с использованием Э/ПР возможна у таких пациентов лишь при условии, что упражнения на экспозицию не усугубляют сопутствующего расстройства мышления.

Теоретические модели

Когнитивные и поведенческие модели

Двухэтапная теория Моурера (Mowrer, 1939), описывающая возникновение и поддержание страха и избегающего поведения, широко используется для объяснения фобий и ОКР. Переработанная самим Морером в 1960 г., эта теория гласит, что вначале нейтральное событие связывается со страхом за счет того, что сочетается по времени со стимулом, который по своей природе вызывает дискомфорт или тревогу. Благодаря формированию условного рефлекса, объекты, а также мысли и образы обретают способность вызывать дискомфорт. На втором этапе процесса формируется реакция избегания или спасения бегством с целью уменьшить тревогу или дискомфорт, вызванные разными условными стимулами; закрепляется эта реакция благодаря своей эффективности в отношении снижения дискомфорта. Другие авторы (Dollard & Miller, 1950) использовали двухэтапную теорию Моурера, чтобы объяснить развитие фобий и ОКР. Как уже говорилось, многих ситуаций, провоцирующих возникновение навязчивых мыслей, избежать не удается. Пассивное избегающее поведение, характерное для фобий, неэффективно в отношении дистресса, вызванного навязчивыми мыслями. В связи с этим формируются активные стереотипы избегания, которые закрепляются именно в силу своей действенности.

Несмотря на отсутствие эмпирических доказательств в пользу теории Моурера о приобретении страха (см., например, Rachman & Wilson, 1980), имеются данные в поддержку гипотезы о втором этапе, т. е. о поддержании ритуального поведения. Исследования показали, что навязчивые мысли вызывают тревогу/дискомфорт, а навязчивые действия эту тревогу снижают. Навязчивые мысли приводят к более выраженному повышению частоты сердечных сокращений и изменению кожного сопротивления, чем нейтральные мысли (Boulougouris, Rabavilas, & Stefanis, 1977; Rabavilas & Boulougouris, 1974). Аналогичным образом, контакт с грязью вызывает учащение сердцебиений и субъективное беспокойство (Hodgson, & Rachman, 1972), а также повышает кожную проводимость (Hornsveld, Kraai-maat, & van Dam-Baggen, 1979). Серия экспериментов с людьми, страдающими ОКР в форме навязчивого мытья рук или разнообразных проверок, показала, что после спровоцированного выполнения ритуала тревога, как правило, снижается (Hodgson & Rachman, 1972; Hornsveld et al, 1979; Roper & Rachman, 1976; Roper, Rachman & Hodgson, 1973).

Учитывая неоднозначность фактов, поддерживающих двухфакторную теорию, было предложено несколько когнитивных объяснений развития и поддержания симптоматики ОКР. Так, высказывается мнение (Сагг, 1974), что индивиды с ОКР склонны к ожиданию негативного исхода ситуации; они завышают значимость негативных последствий разного рода действий. Карр отмечает, что содержание навязчивых мыслей обычно отражает в гипертрофированном виде заботы обычных людей — здоровье, смерть, благополучие близких, сексуальные отношения, религию и тому подобное. Согласно этой теории, источники обсессивно-компульсивного беспокойства совпадают с таковыми для ГТР, агорафобии и социальной фобии. В этом смысле механизм развития ОКР, предложенный Кар-ром, сходен с тем, о чем писал Бек (Beck, 1976), который полагал, что содержание

навязчивых мыслей связано с опасностью, а выражены они в форме сомнения или предупреждения. Вместе с тем это не позволяет провести грань между связанными с угрозой мыслями при ОКР и специфических фобиях.

Пытаясь объяснить специфику психопатологии ОКР, МакФолл и Уоллер-шейм (McFall & Wollersheim, 1979) предположили, что индивиды с ОКР разделяют ошибочные убеждения в том, что все усилия человека должны давать весомый результат. Другая ложная идея заключается в том, что неспособность быть совершенным наказуема, а некоторые магические ритуалы помогают избежать катастрофы. Подобные иррациональные убеждения, по мнению авторов, ведут к искаженному восприятию угрозы, что, в свою очередь, вызывает тревогу. Склонность человека с ОКР занижать свою способность успешно справиться с угрозой вызывает дисфункцию. В результате появляются чувство неуверенности в себе, дискомфорт и беспомощность, которые могут быть снижены посредством магических ритуалов — единственного, с точки зрения пациента, средства справиться с угрозой.

Был проведен комплексный когнитивный анализ ОКР (Salkovskis, 1985). Автор утверждает, что навязчивые мысли являются стимулами, способными вызывать определенные негативные автоматически появляющиеся мысли. Соответственно, навязчивые мысли вызовут нарушение настроения только в том случае, если они вызовут эти негативные автоматические мысли посредством взаимодействия между неприемлемой навязчивой мыслью и системой убеждений индивида (например, только дурные люди думают о сексе). Согласно Салковскису, преувеличенное чувство ответственности и склонность к самообвинениям являются центральными темами в системе убеждений при ОКР. Нейтрализацию, в форме поведенческих или когнитивных навязчивых проявлений, можно представить себе как попытку ослабить чувство ответственности и предотвратить самообвинения. Кроме того, часто возникающие мысли, касающиеся неприемлемых действий, могут восприниматься индивидом с ОКР как эквивалент самих действий; например, даже если человек не согрешил, греховная мысль так же дурна, как и сам грех.

Далее Салковскис (Salkovskis, 1985) выделяет пять дисфункциональных допущений, характерных для лиц с ОКР, по которым их можно отличить от пациентов с другими расстройствами:

- 1) мысль о совершении действия равнозначна самому действию; 2) неспособность предотвратить (или попытаться предотвратить) ущерб себе или окружающим приравнивается к причинению этого ущерба; 3) ответственность не снижается в зависимости от других факторов (например, при низкой вероятности события); 4) неспособность нейтрализовать навязчивую мысль приравнивается к реализации ее содержания; 5) человек должен (и может) осуществлять контроль над своими мыслями (p. 579).

Таким образом, если навязчивые мысли могут быть эго-дистонными, вызываемая ими автоматическая мысль всегда эго-синтонна. Если продолжить эту мысль, то, согласно данной модели, вмешательство при ОКР должно преимущественно быть сосредоточено на выявлении ложных допущений и модификации автоматических мыслей.

Идеи Салковскиса пробудили интерес к исследованию роли ответственности в психопатологии ОКР (Ladouceur et al, 1995; Rachman, Thordarson, Shafran,

& Woody, 1995; Rheaume et al, 1995). Большинство исследований было выполнено на не клинических выборках индивидов с высокими показателями ОКР по самоотчетам. В одном исследовании (Lopatka & Rachman, 1995) участвовали пациенты, удовлетворявшие критериям для ОКР по *DSM-III-R*. Авторы проверяли гипотезу о том, что манипуляции, повышающие ответственность, одновременно усиливают потребность в перепроверках, выраженность дискомфорта и субъективное ощущение неизбежности негативного исхода, в то время как снижение уровня ответственности снижает все эти показатели. Хотя лица в группе с индуцированной «высокой ответственностью» действительно ощущали более высокую ответственность по сравнению с группой, в которой индуцирована «низкая ответственность», они не различались по уровню потребности совершать ритуальные перепроверки, дискомфорту или оценке вероятности предполагаемого ущерба. Вместе с тем индивиды из группы с «низкой ответственностью» испытывали менее выраженное стремление к проверкам, а вероятность предполагаемого ущерба оценивалась как более низкая. Таким образом, гипотеза о роли ответственности в проявлениях ОКР была частично подтверждена.

С целью дальнейшего изучения ответственности при ОКР Фоа с коллегами (Foa et al.) разработали Шкалу обсессивно-компульсивного чувства ответственности (*OCRS*), которая включает сценарии высокого и низкого риска, а также типичные для проявлений ОКР. Для каждого сценария пациентам с ОКР, пациентам с генерализованной социальной фобией (ГСФ) и нетревожным представителям контрольной группы было предложено оценить выраженность потребности вмешаться в ситуацию, дистресс после ухода из ситуации без ее изменения, а также личную ответственность за потенциальный ущерб, который может быть причинен окружающим, если ситуация не будет исправлена. Пациенты с ОКР сообщили о более выраженной потребности вмешаться в ситуацию, дистрессе и ответственности в ситуациях низкого риска и типичных для проявлений ОКР; не выявлено различий между группами в ситуациях высокого риска. Пациенты с ГСФ и контрольная группа различались только по уровню ответственности в типичных для проявлений ОКР ситуациях, в которых пациенты с ГСФ ощущали более высокую ответственность. Эти результаты свидетельствуют о том, что здоровые люди и пациенты с ГСФ лучше различают ситуации, требующие активных и безотлагательных действий, от ситуаций, в которых риск слишком мал, чтобы об этом беспокоиться. Хотя индивиды с ОКР также способны различать эти ситуации, они склонны проявлять повышенную ответственность и в менее рискованных ситуациях.

Приведенные выше объяснения фокусируются на патологическом содержании мыслей при ОКР. В отличие от этого подхода, Рид (Reed, 1985) высказывает предположение, что данное расстройство отражает нарушения не в содержании, а в организации и интеграции переживаний, т. е. в форме, а не в содержании мышления.

Согласно этой точке зрения, индивид с ОКР пытается компенсировать свои недостатки за счет чрезмерного упорядочения своей жизни, создавая для себя жесткие правила и ограничения, в том числе по времени. Хотя Рид (Reed, 1985) предлагает считать, что этот стиль используется индивидом последовательно и затрагивает все аспекты жизни, сохраняется возможность того, что проблемы усугубятся, если содержание задания будет тревожащим.

Фоа и Козак (Foa & Kozak, 1985) попытались осмыслить тревожные расстройства в целом как специфические нарушения взаимосвязей в структуре эмоциональной памяти. Вслед за Лангом (Lang, 1979) они рассматривают страх как информационную структуру, существующую в памяти и включающую представления о вызывающих страх стимулах и реакции страха. Что касается содержательной стороны страха, Фоа и Козак (Foa & Kozak, 1985) высказали предположение о том, что структуры страха у индивидов с тревожными расстройствами характеризуются наличием ложных признаков угрозы, необычайно высокой восприимчивостью к пугающему событию и чрезмерно выраженной реактивностью (например, физиологической), а также устойчивостью к модификациям. Эта устойчивость может отражать недоступность структур страха либо объясняться активным избеганием, в частности потому, что содержание структур страха препятствует спонтанному попаданию в ситуации, вызывающие в повседневной жизни тревогу. Помимо всего прочего, тревога может быть стойкой в связи с какими-либо нарушениями в механизме угасания. Когнитивные защитные механизмы, мешающие привыканию: чрезмерное возбуждение, ложные предположения и умозаключения — все это нарушает процесс переработки информации, необходимый для модификации структур страха с последующим уменьшением выраженности поведенческих проявлений.

Фоа и Козак (Foa & Kozak, 1985) высказали предположение о том, что некоторые формы страха имеют место у лиц с ОКР. У пациента, который боится подхватить венерическую болезнь в общественной бане или бассейне и постоянно моется, чтобы это предотвратить, структуры страха имеют тесные связи между стимулами (например, баней) и реакциями тревоги/дистресса, а также ошибочные убеждения о потенциальном ущербе, связанном со стимулом. Для других пациентов с ОКР реакции страха связаны с ошибочно приписываемым смыслом, а не с отдельно взятым стимулом. Например, некоторые пациенты, обеспокоенные асимметрией, переставляют предметы; дело не в том, что они видят в асимметрии какую-либо угрозу для себя. Скорее их огорчает «неправильное» расположение стимулов.

Подобно Риду (Reed, 1985), Фоа и Козак предполагают, что, помимо патологического содержания навязчивых мыслей, ОКР отличается от других расстройств нарушением механизмов переработки информации (Foa, & Kozak, 1985). В частности, высказывается мнение, что пациенты с ОКР имеют искаженные представления и правила вынесения суждений о потенциальном ущербе. Такие пациенты часто приходят к выводу об опасности ситуации только на том основании, что отсутствуют свидетельства в пользу ее безопасности; они не способны догадаться о том, что ситуация безопасна, если отсутствуют признаки реальной угрозы. Соответственно, ритуалы, выполняемые с целью предотвращения ущерба, не дают ощущения безопасности и нуждаются в постоянном повторении.

Наряду с более общими теориями ОКР, о которых шла речь выше, высказываются частные гипотезы о механизмах патологических изменений при разных подтипах ОКР. Например, клинические наблюдения позволили высказать предположение о том, что в основе склонности навязчиво перепроверять свои действия лежат нарушения памяти на действия (см., например, Sher, Frost, & Otto, 1983). Вместе с тем результаты экспериментальных исследований этой гипотезы противоречивы. Получено определенное подтверждение того, что люди, склон-

ные перепроверять свои действия, симптоматика у которых клинически незначима, обладают сравнительно плохой памятью на действия (см., например, Rubenstein, Peynirgioglu, Chambless, & Pigott, 1993; Sher et al., 1983). В отличие от этого, исследование с привлечением клинической выборки пациентов позволило обнаружить, что по сравнению с обычными людьми пациенты с ритуалами проверки лучше вспоминали свои действия, вызывающие страх (например, включение утюга в розетку, снятие чехла с ножа), и хуже — действия, не связанные с появлением страха (например, складывание скрепок в коробку; Constans, Foa, Franklin, & Mathews, 1995). Эти данные свидетельствуют о том, что обучение пациентов с навязчивыми ритуалами перепроверок приемам запоминания, вероятно, не является оптимальной клинической стратегией; напротив, предпочтительно заставлять пациентов повторно сталкиваться с ситуациями низкого риска, вызывающими навязчивые мысли, с одновременным воздержанием от перепроверок или мысленного анализа своих действий.

Нейрохимические факторы

Наиболее популярная биологическая теория объясняет симптоматику ОКР нарушениями метаболизма серотонина. Эта гипотеза была подтверждена при сопоставлении эффективности ингибиторов обратного захвата серотонина (ИЗС) при ОКР, несеротонинергических препаратов и таблетированных плацебо (Zohar & Insel, 1987). Сильные корреляции между уровнями кломипрамина (КМИ) в плазме и редукцией симптоматики ОКР позволили предположить, что серотонин опосредует обсессивно-компульсивные проявления, т. е. серотониновая гипотеза получила дополнительную поддержку (Insel, Donnelly, Lalakea, Alterman, & Murphy, 1983; Stern, Marks, Wright, & Luscombe, 1980). Вместе с тем непосредственное изучение метаболизма серотонина у лиц с ОКР пока не дало обнадеживающих результатов (Joffe & Swinson, 1991). Например, не удалось выявить различия между пациентами с ОКР и представителями контрольной группы по поглощению серотонина (Insel, Mueller, Alterman, Linnoila, & Murphy, 1985; Weizman et al., 1985). Агонист серотонина метаклорофенилпропазин (мХФП) вводился пациентам с ОКР для прямого изучения роли серотонина в проявлениях обсессивно-компульсивной симптоматики. В двух исследованиях (Zohar & Insel, 1987; Zohar, Mueller, Insel, Zohar-Kadouch, & Murphy, 1987) было обнаружено усиление симптомов ОКР после приема внутрь мХФП. Кроме того, после вмешательства с использованием КМИ, эффекта от мХФП не было. Вместе с тем внутривенное введение мХФП не привело к усилению симптоматики ОКР (Charney et al., 1988). Пока неясно, почему оральный прием в отличие от внутривенного введения мХФП усугубляет течение ОКР. Не согласуется с серотониновой гипотезой и тот факт, что КМИ, неселективный серотонинергический препарат, лучше снижает симптоматику ОКР по сравнению с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, в частности флуоксетином, флувоксином и сертралином (Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick, & Serlin, 1995).

Нейроанатомические факторы

В некоторых исследованиях получены нейроанатомические обоснования ОКР. Как выяснилось, многие индивиды с ОКР характеризуются нарушением функ-

ционирования лобной доли (см., например, Behar et al, 1984; Cox, Fedio, & Rapoport, 1989; Head, Bolton, & Hyman, 1989), однако далеко не всем исследователям удалось это подтвердить (Insel et al., 1983). Дополнительное доказательство роли лобной доли при ОКР — терапевтическая эффективность психохирургических техник, в частности капсулотомии и цингулотомии (Ballentine, Bouckoms, Thomas, & Giriunas, 1987). Свидетельство нейробиологических нарушений при ОКР — связь этого расстройства с другой патологией, явно имеющей в своей основе процессы в базальных ганглиях. В частности, ОКР часто возникает после эпидемического летаргического энцефалита (Schilder, 1938), хореи Сиденхема (Swedo, Rapoport, Cheslow, et al., 1989) и синдрома де ла Туретта (Rapoport & Wise, 1988). Наконец, результаты четырех исследований с использованием позитронно-эмиссионной томографии для оценки метаболической активности в мозге показали, что у пациентов с ОКР усилен метаболизм в префронтальной коре (Baxter et al., 1987; см. обзор Rapoport, 1991).

Вмешательства

Экспозиция и профилактика ритуалов

Прогноз ОКР значительно улучшился с тех пор, как Виктор Мейер (Meyer, 1966) впервые сообщил о хорошем отклике двух своих пациентов на вмешательство, включавшее продолжительную экспозицию к стимулам, которые вызывают навязчивые мысли, и строгую профилактику ритуалов. Эта процедура, со временем получившая название «экспозиции профилактики реакции», оказалась весьма эффективной в 10 из 15 случаев, а у остальных пяти пациентов привела к частичному улучшению. Результаты такого вмешательства были довольно стойкими: только у двух из 15 пациентов в процессе пятилетнего проспективного наблюдения отмечены рецидивы (Meyer & Levy, 1973; Meyer, Levy, & Schnurer, 1974).

Как и у Мейера, изначально современное вмешательство Э/ПР обычно включает длительную экспозицию к стимулам, вызывающим навязчивые мысли, а также процедуры, направленные на блокирование ритуалов. Упражнения на экспозицию часто проводятся в реальных жизненных ситуациях (*in vivo*); например, пациенту, который боится поджечь дом, оставив включенной плиту, предлагается уйти из дома, не проверяя, выключены ли горелки. Когда пациенты сообщают о возникновении страха при воздержании от ритуалов, этот страх можно проработать также посредством мысленной экспозиции. В действительности, упражнения на мысленную экспозицию и экспозицию *in vivo* разработаны специально для провокации навязчивых мыслей и связанного с ними дистресса. Считается, что повторная длительная экспозиция к пугающим мыслям и ситуациям дает информацию, которая опровергает ошибочные связи и оценки пациентов и, как следствие, ускоряет привыкание (Foa & Kozak, 1986). Экспозиция обычно проводится постепенно, начиная с ситуаций, вызывающих умеренный дистресс, затем последовательно приближаясь к более тревожным. Как правило, в перерывах между сессиями выполняются домашние задания на экспозицию, при этом пациентам предлагается воздерживаться от ритуалов.

С момента выхода в свет первого отчета Мейера (Meyer, 1966) о полученных им обнадеживающих результатах вмешательства было проведено множество ис -

следований, посвященных программе Э/ПР, которые подтвердили, что большинство пациентов после этого вмешательства достигают стойкого клинического улучшения. Рандомизированные исследования с группой контроля показали, что Э/ПР превосходит целый ряд других видов вмешательств, включая препараты плацебо (Marks, Stern, Mawson, Cobb, & McDonald, 1980), релаксацию (Fals-Stewart, Marks, & Schafer, 1993) и тренинг навыков управления тревогой (Lindsay, Crino, & Andrews, 1997). Обзор (Foa & Kozak, 1996) результатов 12 исследований ($n = 330$) показал, что 83% пациентов, прошедших вмешательство Э/ПР, дали на него хороший отклик. В 16 исследованиях, посвященных долгосрочным эффектам вмешательства ($n = 376$; средняя продолжительность проспективного наблюдения 29 месяцев), 76% добились хороших результатов. Недавнее исследование, проведенное в нашем центре, показало, что эти обнадеживающие наблюдения для Э/ПР не ограничены лишь пациентами, отобранными методом случайной выборки: 86% амбулаторных пациентов с ОКР, прошедших интенсивное вмешательство Э/ПР на платной основе, были классифицированы как удовлетворяющие консервативному критерию клинически значимого улучшения (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000).

В целом терапия Э/ПР оказалась эффективным средством снижения симптоматики ОКР, причем полученные результаты были стойкими, они сохранялись и после прекращения вмешательства. Из нашего обзора литературы видно, что существуют разные варианты вмешательства Э/ПР, причем одни из них более действенны, чем другие. Мы анализируем сравнительную эффективность отдельных составляющих Э/ПР с целью помочь клиницистам самостоятельно принять решение о важности тех или иных компонентов Э/ПР.

Параметры вмешательства Э/ПР

Экспозиция — профилактика ритуалов — Э/ПР. Чтобы разграничить эффекты влияния от экспозиции и профилактики ритуалов для симптоматики ОКР, группа авторов (Foa, Steketee, Grayson, Turner, & Latimer, 1984) методом случайной выборки распределила пациентов, страдающих навязчивым мытьем рук, на три группы вмешательства: с изолированной экспозицией, с изолированной профилактикой ритуалов и комбинацией этих двух подходов (Э/ПР). Каждое вмешательство проводилось интенсивно (15 ежедневных двухчасовых сессий на протяжении трех недель), затем пациента посещали на дому. Пациенты во всех группах достигли улучшения, судя по оценкам непосредственно после вмешательства и в процессе проспективного наблюдения, однако эффективность Э/ПР превосходила однокомпонентные вмешательства практически для всех симптомов и на обоих этапах оценки. При сопоставлении результатов выяснилось, что пациенты после экспозиции испытывали менее выраженный страх в пугающих ситуациях, в то время как после профилактики ритуалов сообщали о более выраженном снижении потребности к выполнению ритуалов.

Таким образом, экспозиция и профилактика ритуалов воздействуют на разные симптомы ОКР. Результаты этого исследования ясно свидетельствуют о том, что два компонента должны применяться параллельно; если не включать один из них, результативность вмешательства будет ниже. Важно донести эту информацию до пациентов, особенно до тех из них, кто с трудом воздерживается от ритуалов или забывает выполнять упражнения на экспозицию в перерывах между сессиями.

Проведение профилактики ритуалов. Обеспечение воздержания от ритуалов во время вмешательства считается необходимым для успешной терапии, однако с течением времени подход к профилактике ритуалов претерпел значительные изменения. В предложенной Мейером (Meyer, 1966) программе вмешательства персонал клиники физически препятствовал ритуальному поведению пациентов (например, в палатах отключалась вода). Вместе с тем физическое вмешательство персонала или родственников с целью помешать ритуалам теперь не рекомендуется. Принято считать, что подобные приемы профилактики слишком жестки для широкого применения. Более того, внешняя по отношению к пациенту физическая профилактика может воспрепятствовать обобщению приобретенных навыков в ситуации реальной жизни, когда пациенту никто не может помешать. Таким образом, в настоящее время для предотвращения ритуалов принято использовать поощрения и инструкции. Как было указано выше, хотя дистресс, вызванный навязчивыми мыслями, может быть уменьшен с помощью экспозиции, предотвратить сами эти мысли экспозиция не в состоянии. Для получения наилучшего эффекта от вмешательства пациенту следует добровольно воздерживаться от ритуального поведения при систематическом выполнении упражнений на экспозицию. Психотерапевту следует сделать акцент на важности воздержания от ритуалов; при этом надо помочь пациенту, предоставив необходимую поддержку, одобрение, высказывая предложения по поводу альтернатив ритуалам.

Использование мысленной экспозиции. Вмешательство с мысленной экспозицией плюс экспозиция *in vivo* и профилактика ритуалов оказались более эффективными по результатам проспективного наблюдения, чем программа Э/ПР *in vivo*, не включавшая мысленной экспозиции (Foa, Steketee, Turner, & Fischer, 1980; Steketee, Foa, & Grayson, 1982). Вместе с тем в другом исследовании не обнаружено преимуществ мысленной экспозиции по сравнению с изолированной экспозицией *in vivo* (DeAraujo, Ito, Marks, & Deale, 1995). Программы вмешательства в этих двух случаях различались по некоторым параметрам (например, продолжительность мысленной экспозиции в одном случае составила 90, а в другом — 30 минут соответственно), поэтому нельзя с уверенностью судить о причинах разницы в результатах.

Мы обнаружили, что мысленная экспозиция особенно помогает при работе с пациентами, которые убеждены в неизбежности негативных последствий воздержания от ритуалов. Поскольку многие из этих последствий не так-то просто отразить в упражнениях на экспозицию *in vivo* (например, опасение сгореть в аду), мысленная экспозиция дает пациенту возможность столкнуться с этими пугающими мыслями. Кроме того, обогащение экспозиции *in vivo* элементами воображения может помочь обойти стратегии когнитивного избегания, популярные у пациентов, которые намеренно пытаются не думать о последствиях экспозиции при столкновении с пугающими ситуациями *in vivo*. В целом мысленная экспозиция не влияет на ближайший прогноз, однако может иметь отсроченные эффекты, поэтому применима в качестве дополнения к упражнениям *in vivo* у пациентов, опасаящихся последствий экспозиции. Для тех пациентов, которые испытывают выраженный дистресс при необходимости воздерживаться от ритуалов и избегающего поведения, мысленная экспозиция не обязательна.

Постепенная и внезапная экспозиция. Не выявлено различий в динамике симптомов ОКР при сопоставлении пациентов, с самого начала подвергнутых экспози-

зиции к наиболее стрессогенным ситуациям, и тех, кто начинал с умеренно пугающих упражнений; вместе с тем сами пациенты предпочитали постепенность (Hodgson, Rachman, & Marks, 1972). Поскольку основным условием успеха в терапии Э/ПР является мотивация пациента и его согласие с целями вмешательства, вмешательство обычно начинается с ситуаций умеренной сложности, затем, через несколько промежуточных этапов, проводятся наиболее сложные экспозиции. Итак, мы настаиваем на том, что экспозиция должна проводиться в приемлемом для пациента темпе, причем ни одна экспозиция не проводится без предварительного согласия пациента. В то же время предпочтительно добраться до наиболее проблемного пункта в иерархическом перечне в течение первой недели интенсивного вмешательства (ежедневные двухчасовые сессии в течение трех недель), чтобы иметь достаточно времени для повторения наиболее трудных экспозиций в оставшиеся две недели.

Продолжительность экспозиции. Считается, что продолжительность экспозиции также влияет на результативность вмешательства; длительная непрерывная экспозиция производит больший эффект, чем короткая прерывистая (Rabavilas, Boulougouris, & Stefanis, 1976). Действительно, снижение тревоги (привыкание) во время экспозиционной сессии, посвященной наиболее трудным ситуациям, а также снижение пиковой тревоги на протяжении сессий были связаны с улучшением состояния пациентов после вмешательства Э/ПР (Kozak, Foa, & Steketee, 1988). Исследования показали, что для снижения тревоги (Foa & Chambless, 1978) и уменьшения потребности в ритуальном поведении (Rachman, DeSilva, & Roper, 1976) требуется непрерывная экспозиция продолжительностью приблизительно 90 минут. Хотя время 90 минут — общая рекомендация, иногда длительность экспозиции намеренно увеличивается, если пациент не достиг снижения тревоги за отведенное ему время, или прекращается досрочно, если пациент сообщает о заметном уменьшении дистресса вследствие навязчивых мыслей.

Частота сессий, посвященных экспозиции. Оптимальная частота экспозиционных сессий не установлена. Психотерапевтические программы интенсивной экспозиции, позволяющие получить хорошие результаты (Foa, Kozak, Steketee, & McCarthy, 1992), обычно рассчитаны на ежедневные сессии, весь курс занимает примерно один месяц, однако неплохие клинические результаты можно получить и при меньшей частоте сессий (см., например, DeAraujo et al., 1995). Клинический опыт подсказывает, что увеличивать промежутки между сессиями вполне допустимо у высокомотивированных пациентов с мягкой симптоматикой ОКР, которые с готовностью признают важность ежедневного выполнения домашних заданий на экспозицию. В нашем центре в настоящее время проводится исследование, посвященное оценке непосредственной и отсроченной эффективности программы Э/ПР с двумя сессиями в неделю, полностью соответствующей интенсивному вмешательству, за исключением частоты сессий. Результаты этого исследования позволят прояснить вопрос об оптимальной частоте сессий. Клинически пациенты с более тяжелой симптоматикой или те, кто по разным причинам не может выполнить задания Э/ПР, обычно нуждаются в интенсивном вмешательстве.

Экспозиция под руководством психотерапевта / самостоятельная экспозиция. Влияние присутствия психотерапевта во время экспозиции не доказано. В одном исследовании пациенты с ОКР, проходившие экспозицию с участием психотера-

певта, показали лучшие результаты непосредственно после вмешательства по сравнению с теми, кто получал кломипрамин и проводил самостоятельную экспозицию, однако эти различия перестали выявляться в процессе проспективного наблюдения (Marks et al., 1988). Вместе с тем эти результаты трудно интерпретировать в свете сложной схемы исследования. В другом исследовании принимали участие пациенты с ОКР; показано, что вмешательство с помощью психотерапевта превосходило по результативности самостоятельную экспозицию как на этапе непосредственно после вмешательства, так и в ходе проспективного наблюдения (Emmelkamp & van Kraanen, 1977), хотя число пациентов в каждой группе было недостаточно велико, чтобы делать обоснованные выводы. В отличие от предыдущих исследователей (Marks et al., 1988; Emmelkamp & van Kraanen, 1977), Ост обнаружил, что присутствие психотерапевта повышает эффективность единичной трехчасовой экспозиционной сессии по сравнению с самостоятельной экспозицией у людей со специфическими фобиями (Ost, 1989). Поскольку специфические фобии в целом протекают гораздо легче и лучше поддаются терапии, чем ОКР, можно предположить, что присутствие психотерапевта должно повлиять на результаты вмешательства при ОКР.

Более того, используя метаанализ, Абрамовиц (Abramowitz, 1996) обнаружил, что экспозиция под руководством психотерапевта привела к гораздо более выраженному снижению симптоматики ОКР и общей тревоги по сравнению с самостоятельными процедурами. В свете этих противоречивых выводов нельзя точно охарактеризовать роль психотерапевта при выполнении экспозиционных заданий во время вмешательства при ОКР.

Э/ПР в сопоставлении с другими подходами к вмешательству

В этом разделе мы познакомимся с литературой, посвященной оценке эффективности стандартного индивидуального вмешательства Э/ПР по сравнению с другими терапевтическими подходами, включая групповое вмешательство, семейное вмешательство Э/ПР, когнитивную психотерапию и фармакотерапию.

Индивидуальная / групповая Э/ПР. Интенсивная индивидуальная терапия Э/ПР, хотя и является довольно эффективной, может создавать определенные практические затруднения (например, высокая стоимость вмешательства, составление графика сессий) как для пациента, так и для психотерапевта. Кроме того, специалистов по проведению вмешательства Э/ПР немного, работают они в нескольких центрах, поэтому пациентам иногда приходится подолгу ждать своей очереди и преодолевать значительные расстояния. Вследствие этого некоторые исследователи стали уделять внимание более доступным и не менее эффективным видам вмешательства. Одним из таких вмешательств является групповая терапия. Было проведено исследование с группой контроля (Fals-Stewart et al., 1993), в котором пациенты с ОКР методом случайной выборки были разделены на группы индивидуальной терапии Э/ПР, групповой терапии Э/ПР и психосоциального вмешательства в качестве группы контроля (релаксация). Каждое из активных вмешательств продолжалось в течение 12 недель, сессии проводились дважды в неделю, кроме того, ежедневно следовало выполнять домашнее задание на экспозицию. Значительное снижение симптоматики ОКР наблюдалось в обеих группах активного вмешательства, причем не было выявлено различий между индивидуальным и групповым форматом как сразу же после вмешательства, так

и по результатам шестимесячного проспективного наблюдения. При анализе профиля показателей симптоматики ОКР, собранных на протяжении вмешательства, выяснилось, что при индивидуальном вмешательстве выраженность симптомов снижается быстрее.

Эти результаты свидетельствуют в пользу эффективности группового вмешательства. Вместе с тем из этого исследования исключались пациенты с *любым другим* расстройством личности или сопутствующей депрессией с показателем по Опроснику депрессии Бека (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) больше 22, поэтому вполне возможно, что выборка была нетипичной. Кроме того, ни один из участников ранее не проходил вмешательства по поводу ОКР, что также нехарактерно для таких пациентов и свидетельствует о менее тяжелом расстройстве. Таким образом, преждевременно делать выводы о применимости полученных результатов к более широкой популяции пациентов с ОКР до тех пор, пока результаты эти не получат подтверждения.

Привлечение родственников / стандартное вмешательство Э/ПР. Группа исследователей (Emmelkamp et al., 1990) изучала вопрос о целесообразности привлечения к вмешательству Э/ПР при ОКР членов семьи пациента. Пациенты, имевшие семью или проживавшие с партнерами, методом случайной выборки были разделены на группы с привлечением и без привлечения партнера к вмешательству Э/ПР. В каждой группе вмешательство продолжалось в течение пяти недель и включало восемь сессий продолжительностью 45-60 минут с участием психотерапевта; экспозиции на сессиях не проводились. Результаты показали, что симптоматика ОКР в обеих группах заметно уменьшилась. Не выявлено различий между группами по результативности вмешательства, причем исходный супружеский дистресс также не влиял на эффективность терапии. Вместе с тем снижение тревоги/дистресса в выборке в целом было небольшим (33%), что, по-видимому, объясняется небольшой продолжительностью терапевтических сессий и отсутствием на сессиях экспозиций *in vivo*.

Другой исследователь (Mehta, 1990) анализировал влияние членов семьи пациента на исход вмешательства Э/ПР. С целью адаптировать вмешательство к нуждам большого числа молодых одиноких людей, обратившихся за помощью по поводу ОКР, и распространенной в Индии «системы единой семьи» использовался семейный подход, а не привлечение к терапии одного только партнера. Пациенты, ранее не откликнувшиеся на фармакотерапию, методом случайной выборки были поделены на группы систематической десенсибилизации и Э/ПР с участием и без участия членов семьи. Сессии в каждой из двух групп проводились дважды в неделю на протяжении 12 недель; профилактика реакции описывается как «постепенная». В группе с привлечением членов семьи один из них (родитель, супруг или взрослый ребенок) помогал выполнять домашнее задание, наблюдал за релаксационной терапией, участвовал в профилактике реакции и получал инструкции по оказанию поддержки. По самоотчетам о симптоматике ОКР, более заметное улучшение произошло в группе с привлечением членов семьи, как по оценке непосредственно после вмешательства, так и в процессе проспективного наблюдения. Хотя это исследование имело методологические недочеты, которые затрудняют интерпретацию его результатов (например, использование в качестве диагностического инструментария только самоотчетов, нечеткое описание процедур вмешательства), оно позволяет судить о целесообразности

привлечения к вмешательству при ОКР членов семьи пациента. Клинический опыт свидетельствует о необходимости заручиться поддержкой членов семьи при Э/ПР; мы проводим психологическое просвещение, разъясняем суть и последствия расстройства на самых ранних этапах планирования вмешательства, а также даем рекомендации о том, как следует вести себя с пациентом, как оказать ему поддержку, предотвратить избегающее поведение и нарушение правил проведения Э/ПР в перерывах между сессиями. Мы также пытаемся ослабить критическое отношение членов семьи к пациенту и воспрепятствовать неконструктивным спорам об ОКР и сопутствующих вопросах, неизбежно возникающим в процессе психотерапии.

Э/ПР в сопоставлении с когнитивными подходами. Повышенный интерес к когнитивной психотерапии (см., например, Beck, 1976; Ellis, 1962), в сочетании с неудовлетворенностью тем фактом, что вмешательство, по сути дела, опосредуется процессами угасания (Stampfl & Levis, 1967) или привыкания (Watts, 1973), привел к исследованию эффективности когнитивных процедур при тревожных расстройствах в целом и ОКР в частности. В первом из подобных исследований авторы (Emmelkamp et al., 1980) сопоставляли тренинг самообучения (*self-instructional training*, SIT; Meichenbaum, 1974) плюс Э/ПР с изолированной терапией Э/ПР. После двух сессий тренинга релаксации в обеих группах проводились вмешательства путем тренинга самообучения и Э/ПР дважды в неделю на протяжении пяти недель; продолжительность сессий составляла два часа. Пациенты в обеих группах достигли хороших результатов по всем измеренным показателям; только по оцененной внешним наблюдателем реакции избегания, связанной с навязчивыми мыслями, было отмечено превосходство Э/ПР. Таким образом, эффективность тренинга самообучения несколько ниже.

Далее группа исследователей (Emmelkamp, Visser, & Hoekstra, 1988) провела оценку эффективности рационально-эмотивной психотерапии (РЭП), программы когнитивной психотерапии, сфокусированной на иррациональных убеждениях. Пациенты методом случайной выборки были разделены на группы для проведения Э/ПР или терапии РЭП. Вмешательство включало 10 сессий (60 минут каждая) и проводилось в течение восьми недель и дольше. В группе Э/ПР пациентам предлагались экспозиционные упражнения на основе индивидуального иерархического перечня пугающих ситуаций для выполнения в домашних условиях дважды в неделю в течение 90 минут; экспозиция на сессиях не проводилась. Терапия РЭП включала выявление иррациональных мыслей, опосредовавших негативные эмоции, оспаривание этих мыслей при помощи когнитивных техник, а также их модификацию с целью снижения тревоги, что в свою очередь уменьшает потребность в выполнении ритуальных действий. Во время сессий психотерапевт, используя сократический метод, подвергал сомнению иррациональные убеждения; пациентам также рекомендовалось оспаривать свои иррациональные мысли в промежутках между сессиями. Пациенты, получавшие терапию РЭП, не получали инструкций подвергаться воздействию пугающих ситуаций, хотя им это явно не запрещалось. Результаты показали, что в обеих группах непосредственно после вмешательства показатели улучшились, различий между группами выявлено не было. В связи с тем, что многие участники в процессе проспективного наблюдения получали дополнительные вмешательства, сопоставить отдаленные результаты не представляется возможным.

Эммелкамп и Бинс (Emmelkamp & Beens, 1991) попытались ответить на вопрос, действительно ли комбинированный пакет когнитивной психотерапии плюс Э/ПР способен улучшить результаты, полученные при помощи Э/ПР. Исследователи сопоставили программу, включавшую шесть сессий терапии РЭП с последующим проведением шести сессий РЭП плюс самостоятельная Э/ПР, и программу, включавшую 12 сессий самостоятельной Э/ПР. В обеих программах после первых шести сессий следовали четыре недели без вмешательства, после чего проводились дополнительные шесть сессий. Как и в исследовании Эммелкампа с коллегами (Emmelkamp et al, 1988), терапевтические сессии проводились приблизительно раз в неделю, продолжительность каждой составляла 60 минут. Сессии Э/ПР не включали экспозиций под руководством психотерапевта, а пациентам предписывалось дважды в неделю выполнять домашние задания на экспозицию. Первые шесть сессий программы РЭП соответствовали тем, которые проводили Эммелкамп с коллегами, и не предполагали домашнего задания на экспозицию или запрещение экспозиций. После того как пациентов обучили самостоятельному проведению Э/ПР во время первых шести сессий РЭП, оставшиеся сессии были посвящены иррациональным мыслям, возникающим в процессе выполнения домашних заданий на экспозицию. Среднее снижение выраженности тревоги, связанной с ОКР, составило 25% для терапии РЭП и 23% для Э/ПР после шести сессий. По окончании следующих шести сессий (РЭП + Э/ПР в одной группе и Э/ПР в другой) состояние пациентов в обеих группах продолжало улучшаться по сравнению с началом вмешательства; значимых межгрупповых различий выявлено не было. Около 30% выборки отсеялось в процессе вмешательства, что накладывает ограничения на применимость полученных результатов к другим выборкам.

Проведен сравнительный анализ эффективности самостоятельной Э/ПР и направленного на ОКР когнитивного вмешательства (Van Oppen et al, 1995). Методом случайной выборки пациентки были распределены на две группы: с группами предполагалось провести шесть сессий (продолжительностью 45 минут каждая) когнитивной психотерапии или Э/ПР, а затем 10 психотерапевтических сессий, включающих компоненты обоих вмешательств. Для изучения эффектов «чистых» версий когнитивной психотерапии и Э/ПР поведенческие эксперименты (экспозиции) не вводились в когнитивное вмешательство вплоть до сессии 6 включительно. Соответственно, в течение первых шести сессий Э/ПР психотерапевт тщательно избегал разговоров о каких-либо опасных последствиях. Результаты показали, что когнитивная психотерапия без поведенческих экспериментов, как равно Э/ПР без обсуждения опасных последствий привели к редукции симптоматики ОКР на 20 и 23%, соответственно. После второго этапа (10 дополнительных сессий) состояние участников обеих групп продолжало улучшаться.

Группа исследователей (Hiss, Foa, & Kozak, 1994) изучала возможность повышения стойкости результатов вмешательства за счет использования формальных техник профилактики рецидивов после интенсивной Э/ПР. Для этого были полностью исключены все обсуждения когнитивных факторов, которые обычно проводятся в рамках основного вмешательства (например, беседы о ходе терапии и рецидивах, рекомендации по проведению экспозиции после завершения вмешательства, темы вины и личной ответственности и пугающие последствия). С пациентами проводилась модифицированная таким образом Э/ПР, после чего следовало вмешательство по профилактике рецидивов или психосоциальное вмеша-

тельство в качестве контрольного (ассоциативная психотерапия). Все пациенты в обеих группах непосредственно после вмешательства были оценены как откликнувшиеся на него (иначе говоря, симптоматика ОКР у них уменьшилась на 50% или больше), однако более стойкими результаты вмешательства оказались в группе профилактики рецидивов по сравнению с группой ассоциативной психотерапии при шестимесячном проспективном наблюдении. Удельный вес пациентов, откликнувшихся на вмешательство, при проспективном наблюдении составил 75% в группе профилактики рецидивов и 33% в группе ассоциативной психотерапии. Следует отметить, что необычно высокий процент рецидивов в группе ассоциативной психотерапии скорее всего объясняется полным исключением когнитивных техник, которые обычно используются при основном вмешательстве, в частности обсуждения пугающих последствий.

Попытки оценить сравнительную и комбинированную эффективность Э/ПР и когнитивного вмешательства не дали однозначных результатов.

В целом вмешательства Э/ПР во всех этих исследованиях отличались сокращенной продолжительностью сессий, меньшим их числом и отсутствием экспозиции при участии психотерапевта. Эти факторы могли привести к снижению эффективности по сравнению с программами интенсивного вмешательства, в рамках которых во время сессий проводились экспозиции под руководством психотерапевта (например, снижение на 80% проявлений ритуального поведения по внешним оценкам у Foa et al, 1992; снижение на 60% и 66% у Hiss et al, 1994). Таким образом, вопрос о сопоставимости описанной выше когнитивной терапии с интенсивной Э/ПР, при которой проводится экспозиция под руководством психотерапевта, пока не решен.

Вопрос о том, можно ли с помощью когнитивной психотерапии повысить эффективность Э/ПР, повисает в воздухе, поскольку в задачи экспозиционной психотерапии и когнитивной психотерапии входит модификация ошибочных убеждений. Действительно, Фoa и Козак (Foa & Kozak, 1986) считают, что опровержение ложных убеждений является ведущим механизмом, определяющим эффективность экспозиционного вмешательства. Например, пациент с психотерапевтом сидят на полу в общественном туалете, проводя экспозицию к зараженным поверхностям, и, как правило, обсуждают подходы к оценке риска, вероятность завышения риска и тому подобное; при этом психотерапевт помогает пациенту провести когнитивную модификацию, необходимую для достижения терапевтических изменений. Практический интерес состоит в том, чтобы максимально повысить эффективность вмешательства: достаточно ли будет неформального разговора о когнитивных искажениях в процессе выполнения упражнения на экспозицию или же психотерапевту следует провести дискуссию с соблюдением формальных правил сократического метода для устранения искажений мышления, например гипертрофированного чувства ответственности? Исследования, посвященные сопоставлению усеченных версий экспозиции и когнитивной психотерапии (см., например, van Oppen et al, 1995), не позволяют дать ответ на этот вопрос. Следует отметить, что недавно проведенное метааналитическое исследование показало, что когнитивные подходы к терапии ОКР, включавшие в той или иной форме экспозицию к пугающим стимулам, превосходили по эффективности те виды терапии, в которых экспозиция отсутствовала, что свидетельствует о важности экспозиции для получения наилучших результатов вмешательства (Abramowitz & Franklin).

Серотонинергические препараты

Эффективность фармакотерапии

Использование серотонинергических препаратов во время вмешательства при ОКР за последние два десятилетия привлекло большое внимание. Из всех трициклических антидепрессантов наиболее изучен кломипрамин. В исследованиях с группой контроля КМ И заметно превосходил по эффективности плацебо (см., например, Clomipramine Collaborative Study Group, 1991). Сходные результаты получены для избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина, в частности флувоксамина, (Greist, Jefferson et al., 1995), флуокситина (см., например, Tollefson et al, 1994), сертралина (см., например, Greist, Chouinard et al, 1995) и парокситина (см., например, Zohar, Judge, & ICD Paroxetine Study Investigators, 1996). Соответственно, каждый из этих препаратов был утвержден Комитетом по контролю за качеством продуктов и медикаментов как средство для терапии ОКР у взрослых. Эти серотонинергические препараты превосходят трициклические антидепрессанты (например, имипрамин; Rauch & Jenike, 1998), при этом наиболее выраженное и стойкое терапевтическое действие оказывает кломипрамин (Pato et al, 1998).

В целом все проведенные исследования свидетельствуют о том, что до 60% пациентов откликаются на вмешательство с использованием избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина. Вместе с тем количественная сторона терапевтических изменений даже у откликнувшихся на терапию позволяет считать эти изменения в лучшем случае скромными (Greist, 1990). Кроме того, редукция симптоматики ОКР наблюдается лишь на фоне применения препарата (Thoren, Asberg, Chronholm, Jorntedt, & Traskman, 1980). В исследовании с группой контроля и двойным слепым методом у 90% пациентов был зафиксирован рецидив в течение нескольких недель после отмены кломипрамина (Pato, Zohar-Kadouch, Zohar, & Murphy, 1988). Таким образом, необходимо поддерживающее вмешательство при проведении изолированной фармакотерапии ОКР.

Э/ПР в сравнении с фармакотерапией

Во многих исследованиях с группой контроля было показано, что серотонинергические антидепрессанты превосходят плацебо по эффективности снижения симптоматики ОКР (Greist, Jefferson, et al, 1995). Вместе с тем лишь в нескольких из этих исследований изучалась сравнительная или комбинированная эффективность терапии антидепрессантами и Э/ПР. Результаты этих исследований обобщаются ниже.

Используя сложный экспериментальный проект, Маркс и его коллеги (Marks et al., 1980) методом случайной выборки разделили 40 пациентов на две группы, одним в течение четырех недель давали кломипрамин, другим — плацебо. Затем в обеих группах было проведено психологическое вмешательство на базе стационара в течение шести недель (ежедневные сессии продолжительностью 45 минут). В течение первых трех недель второго этапа с 10 пациентами из каждой группы проводилась Э/ПР, а с остальными 10 — упражнения на релаксацию. На 7-й неделе те пациенты, с которыми проводилась релаксация, присоединились к терапии Э/ПР, а другие продолжили Э/ПР. В конце шестинедельного психосоциального вмешательства пациенты были выписаны из клиники, однако

продолжали получать лекарственные препараты до 36-й недели, когда началось постепенное, рассчитанное на четыре недели, снижение дозы. За пациентами наблюдали в течение года после отмены препаратов. Результаты свидетельствуют о том, что, по сравнению с плацебо, кломипрамин вызвал более значительное улучшение настроения и редукцию симптоматики только у тех пациентов, которые изначально страдали депрессией. По сравнению с релаксацией на 7-й неделе, терапия Э/ПР позволила добиться более значительного ослабления ритуалов, но не оказала влияния на настроение.

Интерпретация полученных результатов затруднена по причинам методического характера и из-за крайне сложного экспериментального проекта исследования. В частности, поведенческая психотерапия в условиях стационара включала ежедневные сессии продолжительностью 45 минут на протяжении 3-6 недель (в зависимости от вида вмешательства), однако профилактика ритуалов, по-видимому, была недостаточной, поскольку пациентам предлагалось воздерживаться от ритуалов только в течение самой сессии и определенного времени после ее окончания. Продолжительность терапевтической сессии также вызывает вопросы, поскольку неясно, чем занимались пациенты в стационаре в течение шести недель, свободных от сессий. Недочеты экспериментального проекта привели к недооценке терапевтических изменений вследствие поведенческого вмешательства на 7-й неделе (сопоставление Э/ПР и релаксации), причем проект исследования не предусматривал прямого сравнения эффективности кломипрамина и изолированной экспозиции за один и тот же период времени. Более того, период изолированной лекарственной терапии был слишком коротким (четыре недели), чтобы можно было оценить самостоятельную эффективность кломипрамина.

Маркс с коллегами еще раз предприняли попытку сопоставить эффективность кломипрамина и Э/ПР (Marks et al, 1988). Методом случайной выборки 49 пациентов были разделены на четыре группы, в трех из них в течение полугода проводилась терапия кломипрамином, а одна получала плацебо. В одной из групп, получавших кломипрамин, давались рекомендации по воздержанию от самостоятельной экспозиции в течение 23 недель; вторая группа проводила самостоятельную экспозицию в течение тех же 23 недель; третья группа проводила самостоятельную экспозицию на протяжении восьми недель, после чего с 8-й по 23-ю неделю вводилась экспозиция с участием психотерапевта. Группа плацебо также проводила самостоятельную экспозицию в течение восьми недель, после чего переходила на экспозицию под руководством психотерапевта с 8-й по 23-ю неделю. Исследование средних показателей участников на разных этапах вмешательства позволило установить, что в группе плацебо больший эффект оказала экспозиция с участием психотерапевта: среднее снижение через восемь недель самостоятельной экспозиции составило для ритуального поведения 20% и для связанного с ОКР дискомфорта 23%, в то время как после дополнительных девяти сессий экспозиции с участием психотерапевта эти же показатели составили 71 и 68% соответственно. Вместе с тем в связи с отсутствием группы плацебо, которая начинала бы с экспозиции под руководством психотерапевта, можно только гадать, не повлиял ли на исход вмешательства порядок вмешательств, т. е. проведение экспозиции под руководством психотерапевта на заключительном этапе. Опять-таки в силу сложности самого проекта трудно судить о сравнительной эффективности кломипрамина и Э/ПР. В качестве дополнения можно отметить, что в 90% случаев исследователи

правильно определяли метод терапии пациента, т. е. кломипрамин или плацебо, что говорит о недочетах при назначении лекарственных препаратов.

С ростом осведомленности о серьезных побочных эффектах кломипрамина исследователи (Cottraux et al., 1990) обратили внимание на препарат флувоксамин, обладающий большей серотонинергической специфичностью, и сравнили его эффективность с Э/ПР. Пациентов разделили на три группы: флувоксамин с рекомендациями воздерживаться от экспозиции, флувоксамин + Э/ПР и плацебо + Э/ПР. Первой группе были даны рекомендации избегать ситуаций и стимулов, вызывающих страх. Вмешательство продолжалось 24 недели, после чего Э/ПР отменялась, а доза лекарственного препарата постепенно снижалась в течение четырех недель. Вмешательство Э/ПР включало еженедельные сессии и проходило в два этапа: самостоятельная экспозиция между сессиями и мысленная экспозиция на сессиях в течение первых восьми недель, после чего следовала Э/ПР под руководством психотерапевта на протяжении 16 недель. Другие психосоциальные вмешательства (например, супружеская психотерапия, когнитивное реструктурирование, тренинг уверенности в себе) проводились по показаниям. Диагностическое обследование включало оценку состояния участников независимыми исследователями, не осведомленными о методах вмешательства, применяемых у данного пациента, а также самоотчеты участников. Сразу же после вмешательства (24-я неделя) отмечалось следующее снижение продолжительности ритуалов по внешним оценкам в пересчете на день: флувоксамин + избегание экспозиции, 42%; флувоксамин + Э/ПР, 46%; плацебо + Э/ПР, 25%. При шестимесячном проспективном наблюдении уменьшение продолжительности ритуалов в пересчете на день было следующим: флувоксамин + избегание экспозиции, 42%; флувоксамин + Э/ПР, 45%; плацебо + Э/ПР, 35%. Хотя флувоксамин + Э/ПР позволяли достичь более выраженного улучшения по показателям депрессии сразу же после вмешательства, по сравнению с комбинацией плацебо + Э/ПР, при проспективном наблюдении преимущества комбинированного вмешательства были не очевидны. Интересный факт, что большинство пациентов из группы флувоксамин + рекомендации по избеганию экспозиции сообщили о своем самостоятельном участии в экспозиции, что затрудняет сравнение групп, получавших флувоксамин, но с разным статусом в отношении экспозиции.

Для исследования вопроса о том, действительно ли антидепрессанты способствуют уменьшению симптоматики ОКР только за счет снижения выраженности депрессии, Фoa с коллегами (Foa et al, 1992) поделили пациентов с ОКР на две группы: с выраженной депрессией (показатель по опроснику Бека > 21) и мягкой депрессией (показатель по опроснику Бека < 20), затем методом случайной выборки назначили пациентам в обеих группах шестинедельное медикаментозное вмешательство, имипрамин или плацебо. После завершения медикаментозного этапа всем пациентам была проведена трехнедельная (15 сессий) интенсивная Э/ПР, затем в течение 12 недель еженедельно устраивались поддерживающие сессии. В противовес исходной гипотезе имипрамин действительно уменьшал проявления депрессии у пациентов, заметно не снижая при этом выраженности симптоматики ОКР у пациентов с депрессией и без нее на 6-й неделе: среднее снижение страха, по внешним оценкам, составило 13 и 26% у страдавших и не страдавших депрессией пациентов, получавших имипрамин, соответственно, в то же время уменьшение компульсивного поведения по внешним оценкам составило 17 и 34%. Кроме этого,

имипрамин не способствовал росту эффективности Э/ПР сразу же после вмешательства и в отдаленные сроки: симптоматика ОКР и депрессии заметно снизилась во всех четырех группах после Э/ПР, даже у страдавших депрессией пациентов, получавших на первом этапе плацебо. Среднее снижение навязчивых мыслей и навязчивых действий, по внешним оценкам непосредственно после вмешательства (10-я неделя), было таким: 58% и 82% для группы пациентов с депрессией, получавших имипрамин, 42% и 85% для группы с депрессией, получавшей плацебо, 51% и 82% для группы, не страдавшей депрессией и получавшей имипрамин, 64% и 84% для не страдавших депрессией и получавших плацебо.

Сравнительная и комбинированная эффективность кломипрамина и интенсивной Э/ПР изучается в исследовании, которое в настоящее время проводится в нашем центре и Колумбийском университете. Программа Э/ПР включает интенсивный этап (15 сессий продолжительностью два часа каждая, в течение трех недель) и этап проспективного наблюдения (шесть коротких сессий на протяжении восьми недель); она сопоставляется с приемом кломипрамина, Э/ПР + кломипрамин и плацебо. Предварительные результаты показывают, что активные виды вмешательства превосходят по эффективности плацебо, Э/ПР дает больший эффект, чем кломипрамин, а комбинация этих двух вмешательств не превосходит изолированную Э/ПР (Kozak, Liebowitz, & Foa, 2000). Вместе с тем проект исследования Колумбийского университета, возможно, не самый оптимальный для выявления дополнительных эффектов кломипрамина, поскольку значительная часть программы Э/ПР была пройдена до того, как пациенты достигли максимальной дозы кломипрамина.

В целом складывается впечатление об эффективности фармакологического вмешательства с использованием серотонинергических препаратов и Э/ПР вмешательства при ОКР, хотя информация об их сравнительной эффективности и целесообразности комбинации противоречива, поскольку в большинстве исследований не продуман методологический подход. Тем не менее ни в одном из исследований не было обнаружено преимуществ фармакотерапии в сочетании с Э/ПР над изолированной Э/ПР. В отсутствие доказательных фактов многие специалисты отстаивают в качестве метода выбора при ОКР комбинированную процедуру (например, Greist, 1992). В клинической практике нередко бывает, что пациенты, проходящие вмешательство Э/ПР, параллельно принимают ингибиторы захвата серотонина. Недавно проведенное исследование без группы контроля с целью оценки результатов вмешательства Э/ПР у амбулаторных пациентов с ОКР не выявило различий сразу же после вмешательства в тяжести симптоматики ОКР у пациентов, получавших изолированную терапию Э/ПР, Э/ПР в сочетании с ингибиторами захвата серотонина, Э/ПР с анксиолитиками (с ингибиторами захвата серотонина и без них) и Э/ПР в сочетании с разными другими препаратами, включая нейролептики (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner, & Feeny, 2000); статистически достоверные и клинически значимые терапевтические изменения были получены в каждой из четырех групп. Эти данные свидетельствуют: чтобы Э/ПР оказала заметный эффект, фармакотерапия не должна быть обязательной для каждого пациента, при этом параллельная фармакотерапия, по-видимому, не снижает отклика на вмешательство Э/ПР. Хотя с большей определенностью судить о сочетанном влиянии фармакотерапии и Э/ПР на пациентов можно лишь после дополнительного изучения этого вопроса.

Диагностическое обследование

После проведения диагностического интервью с целью выявления ОКР рекомендуется количественно оценить выраженность симптоматики ОКР с помощью одного или нескольких из описанных ниже инструментов. Количественная оценка тяжести симптомов позволит психотерапевту судить об успешности вмешательства у данного пациента. В нашей клинике используются несколько диагностических инструментов. Как в большинстве клинических исследований, посвященных ОКР, основным инструментом для оценки выраженности симптоматики ОКР служит Шкала обсессивно-компульсивного расстройства Йейла—Брауна (*Y-BOCS*).

Шкала обсессивно-компульсивного расстройства Йейла-Брауна

Шкала Йейла—Брауна (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann et al., 1989) представляет собой стандартизованное, частично структурированное интервью, для проведения которого требуется примерно 30 минут. Шкала тяжести симптомов *Y-BOCS* включает 10 пунктов (5 — для оценки навязчивых мыслей и 5 — для оценки навязчивых действий), каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале от 0 (отсутствие симптоматики) до 4 (тяжелая симптоматика). Проводящий диагностику врач оценивает время, которое занимают навязчивые мысли и навязчивые действия, степень нарушения функционирования, уровень дистресса, попытки подавить симптомы, а также способность контролировать проявления симптоматики. Гудмен с коллегами отмечает, что шкала *Y-BOCS* отличается хорошей согласованностью результатов, полученных разными клиницистами, внутренней согласованностью и валидностью. Шкала *Y-BOCS* используется в качестве основного средства оценки результативности вмешательства в большинстве опубликованных в 1990-х гг. работ, посвященных фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии при ОКР.

Внешняя оценка

Показатели внешней оценки включают оценку по восьмибалльной шкале Лайкерта каждой из трех сфер пациента: тревога/дистресс, избегание и ритуалы. Исходя из информации, полученной в процессе проведения первичного интервью, клиницист выявляет в каждой из сфер три основных проблемы и оценивает их выраженность. При оценке уровня тревоги/дистресса у пациента психотерапевту следует принимать во внимание, насколько пациент расстраивается при столкновении с пугающей ситуацией или объектом, как часто он расстраивается, насколько сильно он убежден в неизбежности негативных последствий. Например, если пациент озабочен возможностью заражения, психотерапевту необходимо выявить три основных пугающих стимула (связанные с этой возможностью объекты или ситуации) и отдельно оценить каждый из них. Далее, психотерапевту предстоит оценить степень избегания пациентом связанных с основными пугающими стимулами ситуаций. Например, если основную опасность, по мнению пациента, таят в себе фекалии, можно оценить нежелание пациента пользоваться общественными туалетами. Затем психотерапевт должен оценить выраженность трех основ-

ных компульсивных ритуалов. Выраженность ритуалов основана на частоте и продолжительности ритуального поведения. Например, выраженность ритуала, который происходит 75 раз за день и каждый раз длится не более 30 секунд, определяется прежде всего его высокой частотой, в то время как выраженность ритуала, происходящего всего два раза в день, но занимающего 90 минут, зависит от времени, затраченного на ритуальное поведение.

Несмотря на использование этих и других подходов к оценке результативности вмешательства при ОКР (см., например, Emmelkamp & Beens, 1991; Foa, Grayson, Steketee, Doppelt et al, 1983; Foa et al., 1982; Marks et al., 1988; O'Sullivan, Noshirvani, Marks, Monteiro, & Lelliott, 1991), информация об их психометрических свойствах весьма скудна. Показатели по шкалам, как правило, удовлетворительно согласуются у двух независимых интервьюеров (Foa, Grayson, Steketee, Doppelt et al, 1983), чего нельзя сказать о соответствии оценок, сделанных психотерапевтами и их пациентами (Foa, Steketee, Kozak, & Dugger, 1985). О валидности шкал, как правило, судят по их чувствительности к терапевтическим изменениям.

Самоотчеты

Перечень навязчивых действий (*Compulsive Activity Checklist, CAC*), ранее называвшийся Обсессивно-компульсивным перечнем-интервью (*Obsessive-compulsive interview checklist*; Philpott, 1975), был разработан как внешний метод оценки нарушений повседневного функционирования за счет симптоматики ОКР. Изначально перечень *CAC* содержал 62 пункта, затем появилась сокращенная версия с 37 пунктами (Marks, Hallam, Connelly, & Philpott, 1977). Позже группой авторов была разработана версия перечня *CAC*, содержащая 38 пунктов и построенная по принципу самоотчета (Freund, Steketee, & Foa, 1985). Эта версия оказалась достаточно надежной, валидной и чувствительной к терапевтическим изменениям после вмешательства (см. обзор Freund, 1986).

Существует и несколько других методик самоотчета для оценки симптоматики ОКР, в частности Опросник навязчивых мыслей Лейтона (*Leyton Obsessional Inventory*, Kazarian, Evans, & Lefave, 1977) и Опросник навязчивых мыслей и навязчивых действий Линфилда (*Lynfield Obsessional Compulsive Questionnaire*, Alien & Tune, 1975). Диагностические возможности этих инструментов ограничены, поскольку они позволяют оценить лишь некоторые формы обсессивно-компульсивного поведения и/или симптоматику, не имеющую отношения к ОКР.

Первичное интервью

После того как будет установлен диагноз ОКР, но перед тем, как начнется собственно вмешательство, психотерапевту следует выделить 4-6 часов работы с пациентом. Во время этих сессий психотерапевту предстоит решить три важных задачи. Во-первых, на сессиях требуется собрать необходимую информацию для разработки плана вмешательства. В частности, психотерапевт должен выявить специфические стимулы, вызывающие у пациента дистресс (угрожающие стимулы), избегание, исполнение ритуалов и возникновение тревожных предчувствий. Во-вторых, психотерапевт должен установить с пациентом раппорт. Поскольку

в процессе интенсивной терапии Э/ПР пациенту придется выполнять упражнения на экспозицию с целью провокации тревоги и дистресса, отсутствие хороших отношений между психотерапевтом и пациентом может снизить результативность вмешательства. В-третьих, психотерапевту необходимо исследовать убеждения пациента, связанные с ОКР, а также его представления о последствиях при несоблюдении ритуалов, поскольку эта информация понадобится при неформальном обсуждении когнитивных процессов на протяжении Э/ПР. Угрожающими стимулами могут быть:

- 1) реальные объекты окружающей среды;
- 2) мысли, образы или импульсы, которые возникают у человека (за неимением лучших терминов мы обозначили их соответственно как «внешние стимулы» и «внутренние стимулы»).

Пассивное избегание и ритуальное поведение (иногда называемое «активным избеганием») служат для снижения дистресса, связанного с угрожающими стимулами. Ритуалы могут быть, в свою очередь, разделены на явные и скрытые (мысленные). Чрезвычайно важно, чтобы пациенты понимали отличия между навязчивыми мыслями и навязчивыми мысленными действиями¹, поскольку навязчивые мысли устраняются при помощи систематической экспозиции, в то время как навязчивые мысленные действия — путем профилактики ритуалов. Следует проинструктировать пациента, чтобы он сообщал психотерапевту о возникновении во время вмешательства любых навязчивых мысленных действий, поскольку выполнение мысленных ритуалов на фоне упражнений на экспозицию снижает эффект от этих упражнений в той же мере, как и поведенческие ритуалы.

Признаки внешней угрозы

Большинство пациентов с ОКР испытывают страх при реакции на специфические внешние стимулы (объекты, людей или ситуации), однако для каждого пациента характерны специфические угрожающие стимулы. Например, те, кто опасается заразиться в туалетах, могут делиться на тех, кто боится всех туалетов вообще, и тех, кто испытывает страх только при посещении общественных туалетов. Один пациент видит угрозу только в унитазах, у другого вызывают страх также полы, дверные ручки и краны. Аналогичным образом два индивида испытывают страх из-за возможного пожара в доме, однако один из них ощущает дискомфорт, когда уходит из дома последним, в то время как другой боится ложиться спать, когда дети дома.

Психотерапевту следует собрать специфическую информацию о пугающих стимулах, которые вызывают дистресс у данного пациента, с целью выявить основной источник страха. Выявление такого источника необходимо для планирования программы вмешательства. Конфронтация с источником страха — необходимое условие успеха поведенческого вмешательства при ОКР. Если же такая экспозиция не проводится, риск рецидива многократно возрастает. Например, пациентка, которая боялась заразиться в своем родном городе, проходила терапию Э/ПР за 3000 миль от него. По причине удаленности ее места проживания пря-

¹ Навязчивые действия, или ритуалы, могут быть и мысленными, т. е. воображаемыми. — *Примеч. науч. ред.*

мая экспозиция не могла быть осуществлена, поэтому вмешательство включало экспозицию к объектам, прямо или косвенно зараженным вследствие пребывания в этом городе. Несмотря на то что пациентка привыкла к объектам, которые использовались на экспозиционных сессиях, она продолжала бояться своего родного города. Не прошло и года после вмешательства, как у женщины появились страхи перед новыми объектами, так или иначе связанными с ее родным городом. Только после проведения повторных экспозиций к городскому окружению пациентка достигла стойкой ремиссии.

Психотерапевту важно провести тщательное исследование объектов, ситуаций и мест, которые провоцируют у пациента навязчивые мысли. Такая информация поможет выявить источник дистресса. Для облегчения коммуникации с пациентом на тему о ситуациях, провоцирующих дистресс, вводятся субъективные единицы «Шкалы дискомфорта» в диапазоне от 0 до 100. Пациентам предлагают оценить каждую ситуацию с учетом уровня дискомфорта, который предположительно возникнет у них при экспозиции. Следующий диалог между психотерапевтом (Т) и пациентом (П) иллюстрирует процесс сбора информации о дискомфортных ситуациях.

Т: Где у вас возникает непреодолимое желание вымыть руки?

П: Где угодно. Таких мест множество.

Т: Есть ли такие места, где возникает особенно настоятельная потребность мыть руки?

П: Ну, когда я сижу в гостиной, особенно рядом с камином. Еще в прачечной, куда я никогда не хожу. А также в парке.

Т: Давайте поговорим о вашей гостиной. Насколько сильно вы расстраиваетесь, когда сидите у камина?

П: Очень сильно. Наверное, около девяноста процентов.

Т: Не могли бы вы уточнить, что именно вас так огорчает в вашей гостиной?

П: Ну, это долгая история... и я знаю, что это глупо.

Т: Ничего, все равно расскажите. Нам важно понять, что именно заставляет вас испытывать страх и дискомфорт в гостиной.

П: Около двух лет назад я утром проснулась и вышла в гостиную; в камине лежала мертвая белка. Думаю, она забралась через дымоход. Я решила, что белка умерла, потому что была больна. Как известно, многие белки страдают бешенством, поэтому я домыслила, что если белка умерла от бешенства, то микробы распространились по всему дымоходу.

Т: Вы пытались вычистить дымоход и камин?

П: Да, мы вызвали специалистов, которые произвели полную уборку в доме, но я сомневаюсь, чтобы удалось полностью избавиться от всех микробов.

Т: Понимаю. Как насчет прачечной? Как вы себя чувствуете, когда приходится там бывать?

П: Ужасно, наверное, на все сто процентов. Поэтому-то я туда и не хожу.

Т: Какая опасность таится в прачечной?

П: Это другая история. Год назад мои дети держали в прачечной морских свинок. Однажды мы нашли мертвую морскую свинку. Я решила, что она также умерла от бешенства.

Т: Да, понимаю. Итак, вы обычно боитесь, что можете заразиться бешенством, если прикоснетесь к вещам, которые, по вашему мнению, заражены вирусом бешенства. Это так?

П: Правильно. Вот почему я не люблю гулять в парке или в лесу. Знаете, там водятся разные животные и наверняка много микробов.

Из разговора ясно, что пациентка боится не гостиной, прачечной или парков. Страх у нее вызывает любой объект или ситуация, которая, по ее мнению, может послужить источником заражения бешенством. Некоторые из тех, кто боится заразиться, не способны четко определить, что плохого произойдет при контакте с потенциально зараженными стимулами. Для таких пациентов основной страх связан с тем, что они боятся не справиться с сильными эмоциональными переживаниями, которые возникнут при заражении. При работе с подобными пациентами важно прозондировать, не испытывают ли они страха по поводу отдаленных последствий для здоровья, связанных с выраженной и непрекращающейся тревогой из-за навязчивых мыслей.

Внутренние пугающие стимулы

Тревога и дискомфорт могут также вызываться образами, импульсами или абстрактными мыслями, которые сам индивид находит постыдными или заслуживающими неодобрения. Примерами таких стимулов могут быть импульс зарезать собственного ребенка, мысли о том, что супруг или партнер может получить травму в автокатастрофе, либо образы религиозного персонажа, совершающего половой акт. Очевидно, что внутренние угрожающие стимулы могут быть вызваны внешними ситуациями, например, при виде ножа может возникнуть мысль зарезать ребенка. Некоторые пациенты расстраиваются при возникновении определенных телесных ощущений, например, незначительная боль может вызвать страх заболеть раком.

Во многих случаях пациенты скрывают свои навязчивые мысли, во-первых, оттого, что считают их постыдными, или потому, что боятся тем самым увеличить шансы их претворения в жизнь. Психотерапевту необходимо побудить пациента высказаться, задавая ему прямые вопросы или пытаясь снизить их значимость, представить, как нечто обычное. В некоторых случаях помогает сообщить пациенту, что многих людей с ОКР и без него (до 85% не тревожных индивидов) посещают нежелательные мысли (Rachman & DeSilva, 1978). Не лишним будет также напомнить пациенту, что обсуждение навязчивых мыслей — составная часть психотерапии, поэтому диагностическая сессия дает возможность к этому приступить.

Т: Итак, расскажите мне, когда у вас появляется желание считать?

П: Мне кажется, что я постоянно что-то пересчитываю, однако наиболее сильно это проявляется, когда я размышляю на определенные темы.

Т: На какие именно?

П: Не знаю. Это дурные мысли, мне стыдно об этом рассказывать.

Т: Не могли бы вы привести несколько примеров дурных мыслей, которые вызывают у вас желание считать?

П (*короткая пауза*): Мне не хотелось бы об этом говорить. Это только ухудшит положение.

Т: Вы хотите сказать, что ваше желание считать усилится?

П: Да.

Т: Хорошо, теперь мне известно, что вы испытываете желание считать, когда вас посещают некие дурные мысли, но я пока ничего не знаю о том, что же это за мысли. Не расскажите ли вы мне о них, чтобы я мог вам помочь?

П: Мне очень этого не хотелось бы. Давайте поговорим о чем-нибудь другом.

- Т: Мне очень важно знать, что это за мысли, чтобы планировать вмешательство. Я пытаюсь вам помочь. Не связаны ли эти мысли с причинением ущерба кому-либо?
- П: Да.
- Т: Касаются ли эти мысли определенных людей или всех людей вообще?
- П: Преимущественно членов моей семьи.
- Т: Хорошо, что еще вы мне расскажете об этих мыслях?
- П: Я предпочел бы помолчать.
- Т: Я знаю, что вам это неприятно, но помните: все вмешательство строится на том, чтобы встретиться со своими страхами лицом к лицу.
- П: Хорошо. Это не всегда мысли. Иногда я вижу мысленные образы убитых родителей и брата. Я боюсь, что они действительно умрут, если я стану об этом говорить.
- Т: Множеству людей приходят в голову мысли, которые им не нравятся. Это касается и тех, кто не страдает ОКР. Если у вас возникают какие-либо мысли или же вы рассказываете о них, это не означает, что вы хотите воплотить их в жизнь или способствуете этому.

Необходимо заверить пациента в том, что неприятные мысли возникают довольно часто, подчеркнув при этом различия между мыслями и реальностью. Многие пациенты с **ОКР** одержимы магическими представлениями, в которых стерта граница между «размышлениями о событиях» и «претворением их в жизнь». Этот процесс был назван Салковским (Salkovskis, 1985) «слиянием мысли-действия» (*thought-action fusion*). Важно обратить внимание пациента на то, что мысли и действия — не одно и то же. Кроме того, многие пациенты склонны полагать, что коль скоро негативная мысль пришла им в голову, это означает, что они желают ее осуществления. Психотерапевту следует убедить пациента в том, что, размышляя о дурных вещах, он тем самым не повышает вероятность их претворения в жизнь. Такого рода неформальные дискуссии на тему ошибочных убеждений являются неотъемлемой составляющей терапии Э/ПР. Эти дискуссии обычно сопровождают процесс планирования вмешательства и должны вновь возобновляться в случае необходимости по ходу упражнений на экспозицию. Вместе с тем важно помнить, что подобные дискуссии сопровождают упражнения Э/ПР, но не заменяют их полностью.

Пугающие последствия

Многие пациенты с **ОКР** опасаются, что произойдет нечто ужасное, если они перестанут выполнять свои ритуалы. Лица с ритуалом мытья рук, например, обычно боятся, что кто-то заболеет, потеряет трудоспособность или умрет в результате заражения. Многие пациенты с ритуалами проверок боятся, что в результате их халатности произойдет катастрофа, например, сгорит дом или под колесами их машины погибнет человек. Иногда пациенты имеют лишь смутное представление о том, какими могут быть негативные последствия (например, «Не знаю точно, что произойдет, но если я не сосчитаю до семи, с членами моей семьи произойдет нечто ужасное»). Есть и такие, кто вообще не боится катастрофы; они не могут вынести своих переживаний в случае неисполнения ритуалов. Некоторые опасаются, что без ритуалов тревога будет неуклонно нарастать, пока не произойдет нервный срыв. Данные полевых исследований на базе *DSM-IV* показывают, что приблизительно две трети пациентов с **ОКР** имеют четкие представления

о возможных последствиях воздержания от ритуалов (помимо эмоционального дискомфорта), в то время как остальные не могут сказать по этому поводу ничего конкретного (Foa et al, 1995).

Важно уточнить специфические детали пугающих последствий воздержания от ритуального поведения, характерных для данного пациента, чтобы планировать эффективную программу экспозиции. Например, содержание мысленной экспозиции для пациента, который едет осторожно из страха сбить пешехода и попасть за это в тюрьму, и пациента, который боится божьей кары, если сойдет пешехода, будет разниться. Аналогичным образом пациенты с ритуальным размещением объектов в определенном порядке могут различаться по характеру воображаемых катастрофических последствий. Некоторые исполняют ритуалы с целью предотвращения катастрофических последствий (например, смерти родителей), в то время как другие делают это для устранения дискомфорта, вызванного пугающим стимулом. Если первым поможет вмешательство, включающее мысленную экспозицию и экспозицию *in vivo*, то последним показана только экспозиция *in vivo*.

Степень убежденности

Клинические наблюдения позволили Фоа (Foa, 1979) предположить, что пациенты с ОКР и сверхценными идеями плохо откликаются на терапию Э/ПР, хотя два более поздних исследования не подтвердили наличия линейной связи между степенью убежденности в возможности катастрофы и улучшениями после Э/ПР (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999; Lelliott et al, 1988). При анализе результатов этих исследований следует учитывать два момента. Во-первых, отсутствует информация о надежности и валидности методов оценки убежденности в первом исследовании. Во-вторых, связь между сверхценными идеями и результатами вмешательства может быть нелинейной. Клинические наблюдения показывают, что лишь пациенты с крайней степенью убежденности в правильности своих навязчивых мыслей не откликаются на вмешательство. Действительно, Фоа с коллегами (Foa et al., 1999) обнаружили, что лишь самые сильные убеждения (фиксированные) были связаны с плохим исходом терапии. Такие пациенты могут впасть в бред при обсуждении вероятных катастрофических событий. Мы предполагаем, что влияние фиксированных убеждений на исход вмешательства опосредуется соответствием: если пациент убежден, что выполнение упражнений повышает вероятность катастрофических событий, вряд ли он станет выполнять задания, как это ему предписано.

При оценке степени убежденности психотерапевту важно помнить, что представления пациентов о реалистичности своих убеждений могут варьировать. Некоторые пациенты с готовностью признают, что навязчивые мысли/убеждения иррациональны, но тем не менее эти мысли продолжают вызывать у них значительный дискомфорт. Отдельные индивиды твердо убеждены в разумности и обоснованности своих навязчивых мыслей и вынужденных действий. У большинства пациентов, однако, степень убежденности варьирует в зависимости от ситуации, что сильно затрудняет оценку их представлений. Ниже в качестве примера приведен диалог, цель которого выяснить степень убежденности пациентки в обоснованности ее страхов заразиться вирусом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

- Т: Насколько вероятно, по-вашему, что вы можете заразиться СПИДом в общественном туалете?
- П: Я испытываю ужас при мысли о том, что могу заразиться СПИДом в туалете ресторана.
- Т: Я знаю, что вы боитесь подхватить СПИД, но, рассуждая логически, скажите, какова вероятность того, что вы заразитесь СПИДом в общественном туалете?
- П: Мне кажется, я обязательно заражусь, если присяду на унитаз.
- Т: Итак, вы полагаете, что, однажды сев на унитаз в общественном туалете, вы с вероятностью сто процентов подхватите СПИД?
- П: Ну, не стану утверждать, что для этого надо посидеть на унитазе всего один раз, но если делать это постоянно, то СПИД гарантирован.
- Т: А как быть с другими людьми? Они также заразятся СПИДом, если станут пользоваться общественными туалетами?
- П: Думаю, да. Но точно не знаю.
- Т: Поскольку большинство людей пользуются общественными туалетами, СПИДом уже должны быть заражены все поголовно. Как вы объясните тот факт, что больных все-таки сравнительно мало?
- П: Возможно, другие менее восприимчивы к СПИДу, чем я.
- Т: Вы считаете, что вы гораздо более чувствительны, чем другие люди?
- П: Я не уверена в этом. Возможно, мои шансы заболеть не превышают пятидесяти процентов.

Основываясь на приведенных рассуждениях, психотерапевт делает вывод о том, что у пациентки отсутствуют сверхценные идеи, поэтому ее прогноз лучше, чем если бы она продолжала упорно настаивать на своем. Соответственно, терапия Э/ПР в данном случае будет проводиться по стандартному протоколу.

Избегание и ритуалы

С целью максимального повышения эффективности вмешательства необходимо предотвратить все проявления избегающего и ритуального поведения, даже самые незначительные. Следовательно, психотерапевт должен собрать всеобъемлющую информацию о проявлениях пассивного избегания и ритуалах. Если психотерапевт сомневается в том, что специфическое избегающее поведение связано с ОКР, он может провести своего рода эксперимент, в ходе которого для пациента создают избегаемую ситуацию. Если при этом пациент испытывает тревогу или дистресс, избегающее поведение следует обязательно предотвращать в процессе вмешательства. Аналогичным образом, если неясно, является ли то или иное действие ритуалом, проводится эксперимент на его профилактику. Если воздержание от выполнения этого действия вызывает дискомфорт, само действие считается ритуалом и должно учитываться при психотерапии.

Пациенты с ОКР, подобно лицам с фобиями, часто пытаются избежать провоцирующих тревогу ситуаций. Большинство стратегий пассивного избегания довольно очевидны (например, отказ посещать общественные туалеты, готовить пищу или выносить мусор). Вместе с тем психотерапевту необходимо внимательно относиться к минимальным проявлениям избегания, таким, например, как раскладывание денег по карманам, чтобы не пользоваться бумажником, ношение туфель-шлепанцев, чтобы не надо было дотрагиваться до шнурков, использование соломинок для коктейлей, чтобы не касаться губами краев стакана или банки. Пациенты с ритуалами проверок также могут проявлять избегание достаточно

изошренными способами, например, так составлять рабочий график, чтобы не уходить с работы последними (следовательно, ответственность за безопасность помещения автоматически перекладывается на другого работника).

Активные ритуалы, подобно пассивным, могут быть явными (например, длительное мытье рук, повторные проверки, закрыта ли дверь, расположение объектов в определенном порядке) или скрытыми (например, вытирание рук об одежду, моргание и «правильные» мысли). Важно выявить как явные, так и скрытые ритуалы, чтобы уделить им внимание в процессе вмешательства.

Хотя вынужденные действия совершаются с целью ослабить дистресс из-за навязчивых мыслей, пациенты в некоторых случаях сообщают, что само по себе исполнение ритуалов влечет за собой негативные последствия. Например, миссис С, озабоченная правильной расстановкой предметов в шкафу, находила это неприятным занятием, поскольку никак не могла подыскать «идеального» места для каждой вещи. Аналогичным образом мистер Дж., который думал, что он отравлен химикатами, считал повторное мытье рук неприятным, потому что не знал, достаточно ли хорошо вымыты руки; в связи с этим он мыл руки до тех пор, пока кожа не разбухла. Другой причиной нелюбви к ритуалам может быть связанное с ними нарушение естественного хода жизни. Например, мистер Дж., которому приходилось по два часа принимать душ, чтобы очиститься, неоднократно получал замечания от своего начальника за опоздания на работу.

Когда определенные навязчивые мысли становятся неприятными, некоторые пациенты уделяют им меньше времени, при этом усиливается избегающее поведение или же формируется другой ритуал, отнимающий меньше времени. Например, миссис Е. страдала навязчивыми страхами загрязниться от объектов, связанных с захоронением трупов (например, кладбищ, вернувшихся с похорон людей), в результате она подолгу принимала душ и мыла руки. В конце концов ей это надоело, и она заперлась у себя в спальне, избегая всяких контактов с внешним миром. Описанный выше мистер Дж. иногда по несколько дней не принимал душ, однако в перерывах между принятием душа подолгу мыл руки и избегал прикасаться к своей жене. В отдельных случаях сравнительно «новые» ритуалы возникают уже в процессе вмешательства с целью замещения ранее выявленных и устраненных. Например, мистер Ф., озабоченный загрязнением своих рук, успешно противостоял желанию их вымыть, однако вскоре после начала профилактики ритуалов стал навязчиво тереть ладони друг о друга, чтобы их «обеззаразить». При выявлении подобных замещающих ритуалов их следует учитывать в ходе вмешательства. Психотерапевтам необходимо внимательно наблюдать за всеми изменениями в ритуальном поведении, помогая пациентам вовремя это заметить.

История основной жалобы и история вмешательства

Многие пациенты с ОКР не могут точно указать, когда и при каких обстоятельствах возникли симптомы расстройства, поскольку это произошло много лет назад. Тем не менее следует попытаться собрать как можно больше информации о начале и протекании расстройства. Эта информация может дать указания на особенности структур страха и причины поддержания симптоматики, предусмотреть возможные проблемы в ходе вмешательства (например, «старые» навязчивые мысли или ритуалы, которые могут «всплыть» при устранении наиболее заметных).

Многие пациенты с ОКР прошли через ряд психологических и фармакологических вмешательств, поэтому необходимо детально их расспросить об исходах предшествующих вмешательств. Если пациент уже проходил терапию Э/ПР, психотерапевту следует оценить правильность проведения вмешательства и степень выполнения пациентом условий вмешательства. Для разработки поведенческой программы важно знать, испытывал ли пациент трудности при соблюдении рекомендаций по профилактике ритуалов, насколько адекватной была экспозиция. Необходимо учитывать и другие факторы, которые могли способствовать снижению эффективности терапии или стать причиной рецидива, в частности неприятности на работе, смерть близкого родственника, беременность; все это надо обязательно обсудить с пациентом. В то же время не стоит рассматривать прошлую неудачу Э/ПР как прогностически значимый показатель, особенно если сам пациент осознает причины неуспеха. Один из наших пациентов, неоднократно и безуспешно проходивший менее интенсивную терапию Э/ПР, обратился в наш центр, будучи твердо убежден в том, что невыполнение им заданий на экспозицию в промежутках между еженедельными сессиями заметно снизило действенность вмешательства. Он также отметил, что слишком медленный темп изменений обескуражил его, и он утратил веру в эффективность терапии. Когда ему был предоставлен выбор, он отдал предпочтение более насыщенному графику сессий, ежедневным, а не дважды в неделю, обосновав свой выбор тем, что интенсивный подход снижает риск рецидивов. Этому пациенту удалось успешно завершить программу интенсивного вмешательства.

В нашей клинике абсолютное большинство амбулаторных пациентов хотели провести профилактику ритуалов с целью закрепления результатов, достигнутых с помощью медикаментозной терапии. Некоторые из них со временем отказались от препаратов, сочтя их неэффективными, по причине их побочного действия или нежелания постоянно принимать лекарства. При планировании программы вмешательства необходимо выяснить, какие цели ставит перед собой пациент.

Социальное функционирование

Обсессивно-компульсивная симптоматика может серьезно нарушать повседневное функционирование пациентов. Психотерапевтам следует оценить влияние симптомов ОКР на разные сферы жизни. По возможности полученную информацию необходимо использовать для разработки соответствующих упражнений на экспозицию. Например, миссис Д. испытывала трудности при выполнении профессиональных обязанностей, потому что постоянно перепроверяла правильность выполнения каждого задания. Вмешательство - в этом случае включало экспозицию к выполнению заданий на работе без проверки правильности, хотя клиентка на тот момент уже не работала; экспозиции к проблемным ситуациям необходимы, если симптоматика создавала трудности в этих ситуациях в прошлом.

Обсессивно-компульсивное расстройство плохо сказывается на близких отношениях большинства пациентов. Около половины семейных пациентов, обратившихся за вмешательством по поводу ОКР, испытывают супружеский дистресс (Emmelkamp et al, 1990; Riggs et al, 1992). В результате ОКР могут страдать и другие социальные отношения. Нарушение социального функционирования возникает в том случае, если социальный контакт представляется угрожающим (на-

пример, «Я могу заразить других людей»), или в том случае, когда пациент тратит свое время и силы на исполнение ритуалов и планирование стратегий избегания проблемных ситуаций. И вновь информация о связи социальной дисфункции с ОКР может подсказать психотерапевту тематику специфических экспозиций, нацеленных на устранение социальных затруднений.

При оценке социального функционирования надо обязательно учитывать, какую роль, если это имеет место в действительности, играют окружающие в совершении пациентом навязчивых действий. Требуется ли пациент от других людей участия или согласия с этими ритуалами (например, члены семьи должны обязательно снимать обувь при входе в квартиру); психотерапевту следует проинструктировать членов семьи, как правильно себя вести, если пациент предлагает им принять участие в исполнении своих ритуалов. Прежде чем давать конкретные поведенческие рекомендации значимым другим, необходимо тщательно проанализировать их отношения с пациентом. Кроме того, если члены семьи склонны критиковать пациента при возникновении у него вынужденных действий, важно обязательно затронуть эти взаимодействия в процессе вмешательства. Мы обычно решаем эту проблему в процессе эмпатического обсуждения фрустрации, которую испытывает этот член семьи, с репетицией более эффективного поведения в данной ситуации.

Настроение

Хотя некоторые пациенты с серьезной депрессией и ОКР могут извлечь пользу из поведенческой психотерапии по поводу ОКР (Foa et al., 1992), данные исследований свидетельствуют, что тяжелая депрессия мешает устранению симптоматики ОКР и не позволяет получить стойкие результаты (Abramowitz et al., 2000; Foa et al., 1982; Foa, Grayson, Steketee, & Doppelt, 1983; Marks, 1977; Rachman & Hodgson, 1980). Таким образом, прежде чем приступать к поведенческой психотерапии, целесообразно оценить аффективное состояние пациента. Пациенты с тяжелой депрессией должны пройти терапию антидепрессантами или когнитивную психотерапию с целью снижения депрессивной симптоматики до начала поведенческой психотерапии ОКР. Вмешательство с использованием серотонинергических антидепрессантов может одновременно снизить выраженность и симптоматики ОКР. Поскольку влияние этих препаратов на проявления ОКР удастся заметить не ранее, чем через три месяца после начала вмешательства, психотерапевту следует принять решение о начале терапии Э/ПР после уменьшения проявлений депрессии или же подождать эффектов фармакотерапии на симптоматику ОКР.

Выбор вмешательства

Чем руководствоваться при разработке плана вмешательства для конкретного пациента? Как уже говорилось, доказано, что терапия Э/ПР, а также серотонинергические препараты эффективны в отношении ОКР. Психотерапевт с пациентом имеют выбор между Э/ПР, фармакотерапией или сочетанием этих двух вмешательств. Ни один из подходов не может считаться эффективным абсолютно во всех случаях, не существует также индикаторов, по которым можно судить о том, какое вмешательство в данном случае будет наиболее действенным. Следова-

но, если у пациента нет опыта успешных или безуспешных попыток той или иной терапии, принимая решение надо исходить из следующих факторов: доступность вмешательства, количество времени, которое пациент готов уделить вмешательству, его мотивация, а также готовность смириться с побочными эффектами.

Интенсивное вмешательство предполагает значительные затраты времени на протяжении нескольких недель. Многие пациенты не могут себе позволить или не желают тратить 4-5 часов в день на психотерапию. Этим пациентам целесообразно рекомендовать фармакологическое вмешательство, прежде всего в целях экономии времени. Как уже говорилось, нами в настоящее время изучаются эффекты проведения терапии Э/ПР дважды в неделю, с целью выяснить, позволяет ли менее интенсивная программа, предполагающая относительно редкие визиты в клинику, получить более или менее удовлетворительные результаты; пока полученные нами данные можно считать обнадеживающими (Abramowitz et al., 2000). Некоторые пациенты не желают (иногда это выражается в форме «Я не справлюсь с этим») испытать временный дискомфорт в связи с терапией Э/ПР. Таким пациентам также имеет смысл рекомендовать медикаментозную терапию. В свете сравнительно большого числа отказов от участия в терапии существует настоятельная потребность в разработке специальных «программ подготовки» таких пациентов к вмешательству Э/ПР. В такие программы могут быть включены свидетельства бывших пациентов, когнитивные стратегии, разработанные с целью помочь пациенту точнее оценить объективные риски, элементы психологического просвещения относительно ОКР и Э/ПР, а также обзор литературы, посвященной результативности различных вмешательств. Реализация таких программ с исследованием их эффективности по увеличению желающих пройти терапию Э/ПР, а также результативность Э/ПР у пациентов, прошедших эти программы, требует дальнейшего изучения.

Одни пациенты проявляют обеспокоенность в связи с возможным (или уже проявившимся) побочным действием лекарственных препаратов, а также их потенциальными отсроченными эффектами. Эти пациенты часто отдают предпочтение терапии Э/ПР. Другие пациенты опасаются перспективы «нескончаемого» вмешательства, поскольку, согласно имеющимся сведениям, рецидивы обычно возникают вскоре после отмены лекарственных препаратов (Pato et al, 1988; Thoren et al., 1980). Эти опасения особенно часто посещают женщин, которые планируют свою беременность и будут вынуждены в связи с этим прекратить прием медикаментов. Всем этим группам пациентов целесообразно рекомендовать терапию Э/ПР, поскольку ее эффекты более стойки.

Как уже говорилось, отсроченные эффекты сочетания терапии Э/ПР и лекарственной терапии окончательно не установлены; следовательно, нет оснований рекомендовать кому-либо программы вмешательства, сочетающие два этих подхода. Вместе с тем, некоторые пациенты, обратившиеся по поводу вмешательства, уже принимают антидепрессанты. Поскольку эти лекарственные препараты, по имеющимся данным, не снижают эффективности Э/ПР (Franklin et al, 2000), обычно рекомендуется продолжать лекарственную терапию в том случае, если у пациента отмечается положительная динамика обсессивно-компульсивной или депрессивной симптоматики. Если у пациента не наблюдается улучшения на фоне медикаментозной терапии, следует рассмотреть вопрос о целесообразности отмены препарата до начала или во время Э/ПР. Особого внимания заслуживают

пациенты с тяжелой депрессией, которая сочетается с ОКР. Таким лицам желательно пройти курс лечения антидепрессантами или когнитивной психотерапии по поводу депрессии до начала интенсивной Э/ПР для ОКР, учитывая недавно полученные данные о сравнительно неблагоприятном исходе терапии у страдающих тяжелой депрессией (Abramowitz et al.).

Программа интенсивного вмешательства

Программа интенсивного вмешательства проводится в четыре этапа: 1) сбор информации и планирование вмешательства; 2) интенсивная терапия Э/ПР; 3) посещение пациента на дому; 4) поддерживающий этап и профилактика рецидивов.

Сбор информации и планирование вмешательства

Первый шаг в сборе информации — тщательное диагностическое обследование пациента для уточнения основного психопатологического диагноза ОКР. Второй шаг — решение вопроса о пригодности терапии Э/ПР для данного пациента. В отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, мы рекомендуем предварительную коррекцию этой патологии, прежде чем приступать к вмешательству по поводу ОКР. Пациенты с явным бредом и галлюцинациями также считаются неподходящими кандидатами для интенсивного вмешательства. Индивиды с выраженным депрессивным расстройством первоначально должны пройти лечение по поводу депрессии. Следует тщательно оценить мотивацию пациента к выполнению условий интенсивного вмешательства. Необходимо подробно рассказать пациенту о программе вмешательства, чтобы пациент был готов активно работать. Если у пациента отсутствует сильная мотивация и стремление пройти вмешательство, имеет смысл отложить терапию или предложить другой метод лечения, например медикаментозный. Как уже говорилось, в нашем центре в настоящее время проводится исследование результативности менее интенсивного курса терапии Э/ПР у достаточно мотивированных пациентов, которым, однако, сложно посещать сессии ежедневно.

Как только пациента сочли годным для интенсивного вмешательства, начинается этап сбора информации и планирования вмешательства. Этот этап, как правило, длится от четырех до шести часов на протяжении двух-трех дней. На этом этапе психотерапевт выясняет сведения о проявлении у данного пациента обсессивно-компульсивной симптоматики, его общий анамнез и анамнез вмешательств по поводу ОКР. Во время этих сессий обосновывается необходимость вмешательства, подробно описывается его программа, а пациента обучают наблюдать за проявлениями у себя ритуального поведения. В заключение разрабатывается план вмешательства.

Первая сессия, посвященная сбору информации

Чрезвычайно важно обосновать необходимость вмешательства и дать пациенту подробное описание программы терапии. Программа требует от пациента выполнения ряда условий: необходимо отказаться от связанных с ОКР привычек, в связи с чем неизбежно возникнет выраженный временный дискомфорт. Если пациент плохо понимает, зачем это нужно, или не верит в действенность вмешательства,

он вряд ли станет следовать указаниям психотерапевта. Необходимость вмешательства разъясняется следующим образом.

У вас есть ряд привычек, которые, как вам известно, называются «обсессивно-компульсивными симптомами». Эти привычки касаются манеры думать, чувствовать и действовать, они сами по себе чрезвычайно неприятны, отнимают много времени, но от них трудно избавиться самостоятельно. Как правило, это мысли, образы или импульсы, которые привычно приходят вам на ум, даже если вы этого не хотите. Наряду с этими мыслями у вас возникают нежелательное чувство дискомфорта или тревоги и настоятельная потребность от него избавиться. Чтобы устранить тревогу, люди приобретают привычку производить особые действия или думать о чем-то определенном: мы называем это «ритуал».

К сожалению, ритуалы, как вам известно, не очень-то помогают, поэтому дискомфорт исчезает лишь на короткое время, а затем вновь возвращается. В конце концов, может оказаться, что вы тратите на ритуалы все больше и больше времени и сил, пытаетесь избавиться от тревоги, но и в этом случае наступает лишь временное облегчение, а затем приходится вновь исполнять ритуал. Постепенно вы обнаруживаете, что тратите на ритуал чересчур много времени и сил, но он уже не помогает, а другие стороны вашей жизни заметно страдают.

Вмешательство, которое мы с вами начинаем, называется «экспозиция и профикактика ритуалов». Оно направлено на разрушение связей двух типов. Первый тип — это связь между чувством тревоги и объектами, ситуациями или мыслями, которые вызывают этот дискомфорт. *{Используйте собранную вами информацию, чтобы привести соответствующие примеры типа «Всякий раз, когда вы прикасаетесь к чему-то, связанному с мочой, у вас возникает тревога, дискомфорт, вам кажется, что вы стали грязным»}*. Вторая связь, которую мы намерены разрушить, — между исполнением поведенческих ритуалов и чувством снижения тревоги или дискомфорта. Иными словами, после того как вы выполните ритуал *{назовите конкретный, выявленный у пациента ритуал}*, дискомфорт временно уменьшается. В связи с этим вы все чаще повторяете эти действия. Предлагаемое нами вмешательство разорвет автоматическую связь между чувствами дискомфорта/тревоги/загрязнения *{конкретизируйте навязчивые мысли}* и вашими ритуалами. Кроме того, вы отучитесь исполнять ритуалы, когда испытываете тревогу.

После обоснования необходимости вмешательства психотерапевту следует приступить к сбору информации о симптоматике ОКР у данного пациента. Обоснование необходимости сбора информации и описание вмешательства даются следующим образом.

На протяжении следующих двух сессий я буду задавать вам конкретные вопросы о различных ситуациях и мыслях, которые вызывают у вас дискомфорт или тревогу. Мы расположим их по порядку возрастания связанного с ними дискомфорта на шкале от 0 до 100, где 0 означает «отсутствие тревоги», а 100 — «максимально выраженную тревогу или панику». Программа экспозиционного вмешательства включает вашу конфронтацию с ситуациями и мыслями, которых вы обычно избегаете, потому что они вызывают у вас тревогу и потребность в ритуальном поведении. Зачем необходимо помещать вас в ситуации и заставлять сталкиваться с объектами, которых вы обычно избегаете любой ценой? Нам известно, что, когда люди попадают в пугающие ситуации, тревога постепенно уменьшается. Следовательно, благодаря экспозиции связь между тревогой и *{назовите навязчивые мысли}* прервется, поскольку вы повторно будете попадать в эти ситуации, и прежняя тревога с течением времени ослабнет.

У многих людей с ОКР навязчивые мысли возникают лишь в воображении и редко проявляются в действительности. Поэтому невозможно проводить длительную экспозицию в реальной пугающей ситуации. Например, если человек боится, что его дом сгорит, мы не станем уговаривать его поджечь дом, чтобы немного поупражняться. Аналогичным образом, если человек боится наехать на кого-то, лежащего на дороге, мы не можем организовать для него такую ситуацию в действительности.

Если для устранения навязчивых мыслей требуется конфронтация с пугающей ситуацией, как можно добиться успеха, не сталкиваясь с этой ситуацией в действительности? Вы можете встретиться со своими страхами в воображении, представив себе, что все ваши опасения сбылись. В воображении вы создаете детальные картины ужасных последствий, которые, как вы опасаетесь, неизбежны, если отказаться от ритуального поведения. Во время длительной экспозиции к таким образам уровень дискомфорта постепенно снизится.

Когда люди, страдающие ОКР, сталкиваются с пугающими ситуациями или навязчивыми мыслями о них, они начинают тревожиться и ощущают потребность в ритуальных действиях для снижения уровня дистресса. Упражнения на переносимость способны вызывать сходный дискомфорт и потребность в ритуальном поведении. Обычно исполнение ритуалов закрепляет стереотип дискомфорта в сочетании с ритуалами. Следовательно, при вмешательстве практикуется профилактика ритуалов, призванная устранить привычку к ритуальному поведению. Для этого требуется, чтобы вы перестали выполнять ритуальные действия, даже когда у вас возникает такая потребность. Встретившись со своими страхами и не прибегая при этом к вынужденным действиям, вы постепенно перестанете испытывать тревогу. Поведенческие терапевты называют этот процесс «привыканием». Итак, на протяжении трех недель интенсивной экспозиции связь между ощущением снижения тревоги и исполнением *(перечислите ритуалы пациента)* ослабеет, поскольку вы не будете выполнять этих действий. Таким образом, тревога уменьшится и без ритуалов.

Первичная сессия, посвященная сбору информации, обычно используется для того, чтобы обучить пациента внимательно наблюдать за своими ритуалами. Точные отчеты о частоте и длительности ритуального поведения необходимы для оценки результативности вмешательства, а также для того, чтобы продемонстрировать пациенту реально происходящие с ним изменения. В некоторых случаях наблюдение выступает в роли активного компонента вмешательства. Пациенты убеждаются в том, что ритуальное поведение не длится без конца, поэтому сам факт наблюдения за ритуалами может привести к снижению их частоты и длительности.

Для успеха программы вмешательства крайне важно, чтобы мы имели точное представление о том, насколько часто и длительно вас одолевают навязчивые мысли или вы совершаете вынужденные действия. Зная, сколько это отнимает времени, вы и я можем судить об успехах и в случае необходимости корректировать программу вмешательства. Таким образом, уже на этой неделе, пока я продолжаю собирать информацию для разработки программы вмешательства, вам следует начать ежедневно отмечать свои симптомы. Не так-то просто научиться точно фиксировать время, затраченное на обсессивно-компульсивное поведение, поэтому мы с вами сейчас и на следующей сессии определим ряд правил для наблюдения за симптоматикой. Вот несколько бланков для ведения записей о ваших навязчивых мыслях и ритуалах.

Психотерапевту следует конкретизировать, какой именно ритуал(ы) пациент должен описывать; подробно разобрать с пациентом все инструкции и вместе

с ним заполнить бланк, используя «воображаемый день» из его жизни. Следующие правила помогут пациенту наблюдать за своими ритуалами.

1. Смотрите на часы, чтобы узнать время, затраченное на ритуалы.
2. Не стройте предположений о времени, затраченном на ритуалы, будьте точны.
3. Немедленно укажите время на бланке наблюдения.
4. Не откладывайте запись на конец дня или на следующий день.
5. Коротко, одним предложением, опишите, что послужило поводом для ритуального поведения.

Перед началом вмешательства пациент должен выбрать человека (например, родителя, супруга/партнера или близкого друга), который будет оказывать ему поддержку во время программы интенсивного вмешательства. Пациенту рекомендуют обращаться к этому человеку за помощью во время экспозиций, а оказывающему поддержку следует в свою очередь помогать пациенту воздерживаться от ритуалов. Если пациент испытывает затруднения и не может воздерживаться от ритуального поведения, ему следует обратиться за поддержкой к выбранному им человеку. Поскольку человек, оказывающий поддержку, будет привлекаться к психотерапии, психотерапевту необходимо выделить время на этапе сбора информации, чтобы рассказать о вмешательстве и обсудить его детали с человеком, призванным оказывать пациенту поддержку.

Психотерапевту следует приложить усилия, чтобы пациент и человек, призванный оказывать ему поддержку, пришли к взаимному соглашению о способах выражения конструктивной критики и изложения результатов наблюдений. Высказывая свои предложения, психотерапевт должен учитывать все проблемы, которые существовали в прошлом между пациентом и человеком, призванным оказывать ему поддержку. Например, мистер Б., который должен был оказывать поддержку своей жене, часто высказывал критические замечания, когда «заставал» ее за ритуальным мытьем рук. Чтобы предотвратить негативное влияние таких замечаний на ход вмешательства, психотерапевт уделит время обсуждению с супругами оптимальных ответов на просьбу о поддержке, а также способы помочь жене воздержаться от ритуалов, не критикуя ее при этом.

Человек, призванный оказывать поддержку, должен регулярно (как минимум два раза в неделю) общаться с психотерапевтом с целью информировать его о ходе выполнения пациентом конкретных домашних заданий на экспозицию и делиться своими наблюдениями о поведении пациента за рамками психотерапевтической сессии. Кроме того, лицо, оказывающее поддержку, имеет право с разрешения пациента связываться с психотерапевтом в случае серьезных нарушений правил вмешательства (например, отказа выполнять домашнее задание или выполнение ритуальных действий).

Вторая сессия, посвященная сбору информации

В начале второй сессии, посвященной сбору информации, психотерапевт должен отвести время для анализа отчетов пациента о результатах наблюдения. Сюда относится ознакомление с описанием ситуаций, которые провоцируют ритуальное поведение, с высказыванием конструктивных замечаний в случае необходимости. Следует напомнить пациенту о целесообразности использования коротких

фраз или предложений для описания провоцирующих ситуаций. Психотерапевт должен оценить, насколько точно пациент указывал время ритуалов, и еще раз напомнить о необходимости точных измерений.

Разработка плана вмешательства. Основная часть второй сессии отводится сбору информации о патологической симптоматике у пациента. Затем, исходя из полученных сведений, совместно с пациентом разрабатывается план вмешательства. Необходимо объяснить пациенту, каким образом упражнения на экспозицию, являющиеся составной частью вмешательства, помогут снизить симптоматику ОКР. Например, пациенту с навязчивыми религиозными мыслями следует объяснить, что мысленная экспозиция к ситуации сгорания в аду с максимальным числом подробностей гораздо более эффективно устраняет дискомфорт вследствие навязчивых мыслей, чем менее проработанный мысленный образ этой ситуации. Пациентам важно понять, что лежит в основе центральной концепции Э/ПР: конфронтация со стимулами, провоцирующими навязчивые мысли, временно усиливает дистресс, однако со временем приводит к стойкому его снижению. Мы обычно предупреждаем своих пациентов, что трудности, которые возникнут на первой неделе экспозиционных сессий, при правильном проведении Э/ПР уйдут.

Описание домашнего задания. В конце второй сессии психотерапевт описывает домашнее задание, входящее в программу вмешательства. Домашнее задание обычно требует от двух до трех часов, помимо двухчасовой терапевтической сессии. Домашнее задание включает дополнительные упражнения на экспозицию в перерывах между терапевтическими сессиями, которые выполняются пациентом дома или в других условиях (например, в супермаркете или в гостях). Мы рекомендуем пациенту наблюдать за уровнем субъективного дискомфорта каждые 10 минут во время выполнения домашнего задания на экспозицию. В некоторых случаях пациенту не удастся проводить экспозицию в течение 45–60 минут. Тогда психотерапевт совместно с пациентом должен разработать план продления экспозиции. Например, вместо того, чтобы предлагать пациенту провести 45 минут в туалете местного ресторана, психотерапевт может порекомендовать обернуть платком сиденье общественного унитаза и носить этот «источник заразы» в кармане.

Ход вмешательства: интенсивная терапия Э/ПР

Программа вмешательства в нашем центре обычно включает 15 терапевтических сессий, которые проводятся пять раз в неделю в течение трех недель; продолжительность каждой сессии — два часа. Клинические наблюдения показывают, что такие массированные сессии дают лучшие результаты по сравнению с более редкими сессиями; исходя из этого, мы рекомендуем проводить не менее трех сессий в неделю. Каждая сессия начинается с 10–15-минутного разбора домашнего задания и обзора наблюдений за ритуалами в предшествующий день. Следующие 90 минут распределяются так: 45 минут отводится на мысленную экспозицию и еще 45 минут на экспозицию *in vivo*. Заключительные 15 минут отводятся для обсуждения домашнего задания на следующий день. В случае необходимости можно корректировать этот формат. Например, если для экспозиции *in vivo* требуется, чтобы психотерапевт и пациент шли в местный торговый центр, чтобы разбить детскую одежду, на это отводится целая сессия. Некоторым пациентам трудно вызвать у себя эмоции в процессе мысленной экспозиции (т. е. создава-

емые образы не вызывают дискомфорта). В таких случаях вмешательство должно быть сведено исключительно к упражнениям *in vivo*.

В начале сессии психотерапевту имеет смысл обсудить план проведения данной сессии с пациентом. Учитывая возможные неожиданные осложнения (например, заявление пациента о своем нежелании участвовать в запланированной экспозиции), эти дискуссии должны быть ограничены во времени, например не более 15 минут. Пациенты с ОКР обычно испытывают страх перед выполнением заданий на экспозицию, поэтому затянувшееся обсуждение задания может служить формой избегания экспозиции. Эти обсуждения предстоящей экспозиции часто служат способом получения поддержки (т. е. пациент интересуется у психотерапевта, уверен ли тот в безопасности предлагаемого упражнения). Психотерапевту следует проявлять осторожность при ответе на такие вопросы, избегая настойчивых заверений, но и не вселяя в пациента мысль о том, что предполагаемая экспозиция сопряжена с объективной опасностью.

Упражнения на мысленную экспозицию обычно проводятся перед упражнениями *in vivo* на каждой сессии, часто — в качестве подготовительного этапа. Во время мысленной экспозиции пациент садится в удобное кресло и получает такие инструкции.

Сегодня вы создадите мысленный образ (*описывается сцена*). Я прошу вас закрыть глаза, чтобы не отвлекаться. Пожалуйста, попытайтесь представить себе эту сцену как можно живее — словно вы переживаете происходящее прямо сейчас, а не просто слышите чей-то рассказ. Каждые несколько минут я буду просить вас оценить уровень тревоги по шкале от нуля до ста. Пожалуйста, отвечайте на мой вопрос быстро, не выходя из образа.

Сессии, посвященные мысленной экспозиции, записываются на аудиопленку, затем пациенту предлагают повторить экспозицию, прослушивая запись, в качестве домашнего задания на следующий день.

Ситуации, которые включаются в экспозицию *in vivo*, заметно варьируют от пациента к пациенту (особенно у лиц, склонных к проверкам). Ниже приведены несколько примеров инструкций, которые могут быть предложены пациентам при выполнении упражнений на экспозицию *in vivo*.

Для пациентов с ритуалом мытья:

Сегодня вы прикоснетесь к... (*конкретизировать объект*). Это означает, что я попрошу вас коснуться этого предмета всей рукой, а не только пальцами, а затем приложить его к лицу, волосам и одежде — ко всем частям тела, чтобы все они были заражены. Далее я попрошу вас сесть в кресло, держа этот предмет в руках, и повторно прикасаться им к своему лицу, волосам и одежде на протяжении всего оставшегося времени сессии. Мне известно, что это вас расстроит, но помните, что тревога постепенно уйдет. Мне также хотелось бы, чтобы вы пошли еще дальше и представили себе худший вариант развития событий, например, заболевание вследствие того, что после экспозиции вы не вымыли рук и не почистили одежду. Позвольте себе как следует беспокоиться. Я сожалею, что это вмешательство будет для вас трудным и неприятным, но я уверен, что вы справитесь. Вы обнаружите, что со временем вам станет легче. Вот и наш предмет. Подойдите и прикоснитесь к нему.

Психотерапевт должен передать объект пациенту, затем предложить хорошенько его ощупать, после чего приложить объект или «зараженные» руки к лицу, волосам и одежде. Каждые 10 минут надо спрашивать у пациента: «Какой сейчас

РЕКОМЕНДАЦИИ КЛИЕНТУ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РИТУАЛОВ: МЫТЬЕ

- На протяжении периода вмешательства не разрешается пользоваться водой для мытья тела. Запрещается мыть руки, умываться, использовать влажное полотенце и салфетки.
- Использование кремов и другой парфюмерии (талька, дезодорантов) разрешается, если только это не снижает ощущение того, что вы заражены.
- Брейтесь электробритвой.
- Пользуйтесь водой для питья и полоскания зубов, но следите за тем, чтобы она не падала на руки и лицо.
- Можно принимать душ каждые три дня по 10 минут, при этом можно мыть волосы. Ритуальное или повторное мытье определенных областей тела (например, гениталий, волос) во время принятия душа запрещается. Время принятия душа контролируется лицом, призванным оказывать вам поддержку, однако нет необходимости непосредственного наблюдения за вами.
- Исключения возможны при необычных обстоятельствах, например, по медицинским показаниям, когда требуется очистка кожи. Посоветуйтесь об этом со своим психотерапевтом.
- В домашних условиях, если у вас возникает настоятельная потребность вымыть руки или почистить одежду, и вы опасаетесь поддаться этому, поговорите с человеком, призванным оказывать вам поддержку, попросите побыть с вами, пока эта потребность не снизится до приемлемого уровня.
- Человек, призванный оказывать вам поддержку, должен сообщать обо всех нарушениях правил профилактики ритуалов вашему психотерапевту. Он должен попытаться помешать вам нарушить эти правила, настойчиво предложив этого не делать, однако без применения физической силы или спора. Ему разрешается закрыть водопроводные краны, если вы предварительно условились с ним об этом.

Специальные рекомендации _____

РЕКОМЕНДАЦИИ КЛИЕНТУ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РИТУАЛОВ: ПРОВЕРКИ

- Начиная с первой сессии экспозиции и профилактики ритуалов вам не разрешается выполнять ритуальные действия.
- Разрешаются лишь «нормальные» меры предосторожности (например, один раз проверить, заперта ли дверь).
- Для действий, правильность которых обычно не проверяется (например, выбрасывание пустых конвертов), запрещаются любые проверки.
- Исключения могут быть сделаны лишь при чрезвычайных обстоятельствах, однако предварительно необходимо посоветоваться со своим психотерапевтом.
- В домашних условиях, если у вас возникает настоятельная потребность вымыть руки или почистить одежду, а вы опасаетесь поддаться этому, поговорите с человеком, призванным оказывать вам поддержку, попросите побыть с вами, пока эта потребность не снизится до приемлемого уровня.
- Человек, призванный оказывать вам поддержку, должен сообщать обо всех нарушениях правил профилактики ритуалов вашему психотерапевту. Он должен попытаться помешать вам нарушить эти правила, настойчиво предложив этого не делать, однако без применения физической силы или спора.

Специальные рекомендации _____

Форма 5.1. Рекомендации по профилактике ритуалов для пациентов с ритуалами мытья и проверок

у вас уровень тревоги или дискомфорта от 0 до 100, когда вы концентрируете внимание на том, к чему прикасаетесь?» Можно спросить и короче: «Какой сейчас у вас уровень дискомфорта по шкале *SUDS7*», если пациент поймет этот вопрос. Для пациентов с ритуалами проверок:

Сейчас мне хотелось бы, чтобы вы... *{например, подписали свои чеки на оплату счетов, не глядя на них после этого; потом положили их в конверт, а затем мы сразу же их отправим}*. Потом мы продолжим упражнения: вот что вы сделаете... *{например, поедете по ухабистой дороге, не глядя в зеркало заднего вида}*. Во время упражнений мне хотелось бы, чтобы вы беспокоились о возможных последствиях того, что вы не проверяете правильность своих действий, причем ваши мысли не должны вам мешать выполнять упражнения.

Пациентам необходимо напомнить о конкретных рекомендациях по профилактике ритуалов в первый день и периодически по ходу вмешательства. По нашему опыту имеет смысл раздать пациентам напечатанный перечень правил профилактики ритуалов (см. форму 5.1), что помогает лучше усвоить эти правила. Если общие правила не очень подходят для специфического ритуала у данного пациента, психотерапевту необходимо дополнительно снабдить его специально разработанными инструкциями в письменной форме.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО «НОРМАЛЬНОМУ» ПОВЕДЕНИЮ: МЫТЬЕ

- Ежедневно принимайте душ не более 10 минут.
- Ежедневно мойте руки не чаще пяти раз по 30 секунд.
- Ограничьте мытье рук следующими случаями: перед едой, после туалета, после контакта с жирными и явно грязными предметами.
- Продолжайте произвольно еженедельно контактировать с объектами и ситуациями, которые обычно вызывали в вас беспокойство.
- Если объекты или ситуации продолжают вас беспокоить, подвергайтесь их воздействию дважды в неделю.
- Не избегайте ситуаций, которые вызывают у вас дискомфорт. Если возникает потребность избежать той или иной ситуации, позаботьтесь о том, чтобы произвольно сталкиваться с ней не реже двух раз в неделю.

Другие правила _____

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО «НОРМАЛЬНОМУ» ПОВЕДЕНИЮ: ПРОВЕРКИ

- Не повторяйте больше одного раза проверки своих действий в ситуациях, которые обычно вызывают у вас настоятельное желание это сделать.
- Не проверяйте правильности своих действий ни разу в ситуациях, которые, по словам вашего психотерапевта, не требуют проверок.
- Не избегайте ситуаций, которые вызывают у вас настоятельную потребность проверить правильность своих действий. Если вы заметили у себя склонность к избеганию, произвольно сталкивайтесь с этими ситуациями дважды в неделю, воздерживаясь при этом от проверок.
- Не возлагайте ответственности за проверку на друзей и членов семьи, чтобы самому этого избежать.

Другие правила _____

Форма 5.2. Рекомендации по «нормальному» мытью и проверке правильности своих действий

Во время нескольких последних терапевтических сессий пациента следует познакомить с правилами «нормального» мытья или проявления бдительности. Рекомендации по таким «нормальным» видам поведения представлены в форме 5.2. Требования профилактики ритуалов должны быть ослаблены, чтобы пациент имел возможность вернуться к нормальному существованию.

Посещение на дому

Важно убедиться в том, что успехи пациента, достигнутые в рамках программы вмешательства, распространяются на домашнюю обстановку. Обычно для этого дается домашнее задание, однако, по нашему опыту, посещения психотерапевтом пациента на дому могут быть весьма полезными, особенно в тех случаях, когда пациент лишен возможности ежедневно возвращаться домой на этапе интенсивного вмешательства (например, пациент приехал из другого города или находится в стационаре). Визит на дому также дает возможность психотерапевту обсудить с пациентом рекомендации по «нормальному» поведению. Психотерапевту следует заранее, до окончания вмешательства, обсудить с пациентом и членами его семьи планы посещения на дому. Надо иметь в виду, что в некоторых случаях терапевтические сессии преимущественно проводятся на дому у пациента, например, когда у него имеется ритуал создания запасов. Частота посещений на дому во время основного вмешательства зависит от того, насколько симптоматика ОКР у данного пациента может быть «транспортирована» к ситуациям вне дома или же проявляется исключительно в домашних условиях. Для пациентов с ритуалами мытья, имеющих «безопасные» помещения и зоны в доме, необходимо обеспечить заражение именно этих зон, что довольно трудно; психотерапевту следует помочь пациенту организовать и провести экспозицию в домашних условиях, поскольку сомнительно, чтобы пациент самостоятельно смог заразить «святая святых». Как правило, посещение на дому включает четырехчасовые сессии в течение двух последних дней вмешательства. Основная задача этих сессий — проведение дополнительных экспозиций к навязчивым стимулам внутри и в окрестностях дома или места работы пациента. Например, психотерапевт может сопровождать пациента, в то время как он заражает объекты вокруг дома или в местном бакалейном магазине. Аналогичным образом пациенту можно предложить включить и выключить кухонную плиту, не проверяя правильности своих действий, а затем выйти из дома вместе с психотерапевтом. Большинство пациентов, особенно те из них, которые имеют возможность возвращаться домой во время вмешательства, практически не испытывают дискомфорта при подобных упражнениях на экспозицию благодаря регулярному выполнению домашних заданий. Иногда, однако, психотерапевту удастся выявить некоторые зоны и помещения, которые пациент отказывается заражать, или зоны, вызывающие у него дискомфорт, несмотря на повторные экспозиции. Во время посещения на дому внимание уделяется главным образом экспозиции к ситуациям или объектам, которые продолжают оставаться проблемными.

Поддерживающий период

Помимо постоянных домашних заданий на самостоятельную экспозицию, которые призваны помочь пациенту сохранить достигнутые терапевтические изменения, психотерапевт может счесть необходимыми специальные поддерживающие

сессии. Эти сессии могут быть использованы для проведения дополнительных экспозиций, обсуждения рекомендаций по нормальному поведению и решению проблем, связанных с необходимостью для пациента привыкать жить без ОКР. Есть данные, что пациенты извлекают пользу из общения с психотерапевтом после завершения интенсивных терапевтических сессий. В одном из исследований было показано, что 12 поддерживающих терапевтических сессий с частотой раз в неделю (без упражнений на экспозицию) способствовали снижению числа рецидивов у группы пациентов с ОКР после трех недель интенсивной терапии ЭЛП (Foa et al, 1992). В другом исследовании отмечено, что после интенсивного вмешательства — одна неделя ежедневных когнитивно-поведенческих сессий и затем восемь коротких (10 минут) телефонных разговоров с частотой раз в неделю — были получены более стойкие результаты по сравнению с вмешательством, при котором после интенсивного этапа в течение недели проводилась терапия с использованием свободных ассоциаций (Hiss et al., 1994).

Терапевтическая обстановка

Желательно, чтобы пациенты во время интенсивного вмешательства продолжали пребывать в своем обычном окружении. Это особенно важно для пациентов, чьи страхи вызваны преимущественно стимулами, действующими в домашней обстановке. Условия клиники обеспечивают искусственную защиту, поэтому пациенты, в частности склонные к ритуалам проверок, могут не ощущать своей ответственности и, следовательно, не будут испытывать настоятельной потребности проверять правильность своих действий. Если пациент проживает слишком далеко, чтобы иметь возможность посещать ежедневные сессии, мы рекомендуем временно поселиться недалеко от клиники на съемной квартире или в гостинице. Если это не представляется возможным, следует обсудить целесообразность госпитализации. Кроме того, госпитализация показана тем пациентам, которые отнесены к группе риска по суициду или нервному срыву, а также тем, которые нуждаются в постоянном наблюдении, но система их собственной социальной поддержки не позволяет обеспечить это на период вмешательства.

Если пациент работает и его симптоматика связана с работой, то надо порекомендовать ему продолжать работать, чтобы можно было включить в план вмешательства соответствующие экспозиции. Поскольку вмешательство занимает 5–6 часов в день, пациент может работать половину рабочего дня во время интенсивного вмешательства.

В тех случаях, когда симптоматика у пациента не связана с работой, пациент может самостоятельно решить, продолжать ему работать или нет во время интенсивного вмешательства. Поскольку вмешательство отнимает много времени, мы часто рекомендуем пациентам временно оставить работу. Если пациент не может позволить себе отсутствовать на работе три полных недели, психотерапевт может предложить ему работать половину рабочего дня или взять отпуск в первую и вторую недели вмешательства.

Особенности психотерапевта

Интенсивное вмешательство с экспозицией к пугающим ситуациям и профилактикой реакции в виде ритуального поведения вызывает у пациентов значитель-

ный стресс. Их желание подвергнуться таким «пыткам» определяется мотивацией к избавлению от симптоматики ОКР. Интенсивный характер вмешательства требует от психотерапевта умения поддерживать точное равновесие между подталкиванием пациента к вмешательству и сочувствием к его страданиям. Клинические наблюдения и результаты исследований (Rabavilas, Boulougouris, & Perisaki, 1979) показали, что уважительный, понимающий, способный оказать поддержку и в то же время проявить твердость психотерапевт достигнет лучших результатов, чем снисходительный и терпимый терапевт.

Во время вмешательства поведение пациентов варьирует от выраженного стремления к сотрудничеству и желания участвовать в экспозициях до явного манипулирования и отказа выполнять рекомендации психотерапевта. Поведение конкретного пациента также может меняться в зависимости от того, какого рода экспозиция проводится на данной сессии. В значительной мере «искусство» поведенческой психотерапии при ОКР состоит в том, чтобы знать, когда надавить, когда вступить в конфронтацию, когда проявить гибкость. Принятие подобных решений предполагает умение внимательно наблюдать за реакциями пациента и делать правильные выводы, основываясь на своем клиническом опыте. По мере возможности психотерапевт должен демонстрировать отношение к пациенту, которое смягчает жесткость программы вмешательства, соблюдая при этом правила психотерапии, установленные в начале вмешательства. Психотерапевту следует заверить пациента в том, что его не станут силой заставлять участвовать в экспозиции, что ни одна экспозиция не будет запланирована и проведена без его согласия. Если пациент не доверяет психотерапевту, сомневается в соблюдении всех этих важнейших правил вмешательства, положительный исход вряд ли возможен. Мы также заверяем своих пациентов в том, что члены семьи будут предупреждены о нежелательности незапланированных экспозиций (например, не будут просить пациента вынести мусор).

Особенности пациента

Мотивация пациента — основной фактор, определяющий результативность интенсивного поведенческого вмешательства. Поскольку вмешательство Э/ПР вызывает выраженный дискомфорт, у пациента должна присутствовать сильная мотивация, чтобы это выдержать. Часто уровень мотивации связан с тяжестью имеющейся у данного пациента симптоматики. Когда симптомы достаточно выражены, пациенты готовы стерпеть временный дискомфорт, чтобы впоследствии от них избавиться.

Иногда на психотерапии настаивают члены семьи, и пациент соглашается на вмешательство вынужденно. Такие пациенты не склонны следовать рекомендациям психотерапевта, поэтому они редко добиваются заметных и стойких успехов. В свете подобных наблюдений мы не рекомендуем пациентам начинать Э/ПР, если они не готовы выполнять инструкции; при таких обстоятельствах целесообразно отдать предпочтение другим стратегиям вмешательства.

Необходимо, чтобы психотерапевт четко объяснил пациенту, что в течение одного месяца психотерапии, пусть даже интенсивной, невозможно полностью устранить симптоматику ОКР.

В результате вмешательства можно ожидать, что тревога и потребность в совершении ритуальных действий заметно ослабеет. Завышенные ожидания и на-

дежда на полное избавление от симптомов к окончанию вмешательства могут привести к разочарованию и последующему рецидиву, поскольку поддержание терапевтических изменений обычно требует дополнительных усилий после интенсивного вмешательства. Исходя из этого мы информируем своих пациентов при первой же встрече, что у нас нет «лекарства» от ОКР; вмешательство поможет значительно ослабить имеющуюся у них симптоматику, в том числе в отдаленном периоде.

Кроме того, важно объяснить пациентам, что вмешательство Э/ПР — отнюдь не панацея от всех психологических и межличностных проблем. Это вмешательство специально нацелено на снижение у пациента навязчивых мыслей и потребности в исполнении ритуалов. Проблемы, существовавшие до вмешательства (например, супружеские разногласия или депрессия) скорее всего сохранятся, хотя могут и уменьшиться после вмешательства.

Как уже было сказано, пациенты с тяжелой депрессией и/или твердой убежденностью в обоснованности навязчивых страхов могут не достичь хороших результатов при Э/ПР.

Дополнительным фактором, который может послужить помехой когнитивно-поведенческому и фармакологическому вмешательству при ОКР, является шизотипическое расстройство личности (Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz, & Carey, 1986; Minichiello, Baer, & Jenike, 1987). Хотя остаются вопросы о методах диагностики шизотипии (Stanley, Turner, & Borden, 1990), психотерапевты должны быть готовы к тому, что пациенты с шизотипическим расстройством не откликнутся на вмешательство по поводу ОКР.

Случай из практики

В этом разделе мы на конкретном примере иллюстрируем процесс сбора информации, относящейся к вмешательству, планирование программы вмешательства и проведение экспозиционных сессий.

Предыстория

Джун, замужняя женщина 26 лет, только что получившая степень бакалавра по сестринскому делу, обратилась за вмешательством по поводу выраженной склонности к мытью и соблюдению правил гигиены. Во время первого интервью она была очень возбуждена и рассказала, что «плакала не переставая» в течение предшествующих шести недель. Женщина приехала в сопровождении мужа (свадьба состоялась шесть месяцев назад) и своей невестки, которую считала своей подругой. Предшествующее вмешательство, включавшее систематическую десенсибилизацию, терапию антидепрессантами, транквилизаторами и когнитивное реструктурирование, оказалось неэффективным. Наличие такой симптоматики мешало Джун устроиться на работу в качестве медсестры.

Приведенная выше информация была получена в ходе предварительного обследования Джун с целью решения вопроса о целесообразности вмешательства Э/ПР. После того как работавший с ней клиницист удостоверился в отсутствии у нее психоза, органических расстройств и склонности к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, Джун была направлена к психотерапевту.

Сбор информации

Текущая симптоматика

Прежде всего психотерапевт (Т) получил от Джун (Д) информацию о содержании навязчивых мыслей, включая внешние и внутренние пугающие стимулы, потенциальных негативных последствиях, а также стереотипах пассивного избегания и ритуалах.

Поскольку ритуалы являются наиболее наглядными симптомами, удобнее бывает начать с описания подобного поведения.

Т: Если я правильно понял доктора Ф., у вас проблемы с мытьем и соблюдением правил гигиены. Не могли бы вы рассказать об этом подробнее?

Д: Мне кажется, в последнее время я себя не контролирую. Я слишком часто моюсь. Я провожу под душем уйму времени, муж очень расстраивается из-за этого. Он и моя невестка пытаются мне помочь, но я ничего не могу с собой поделать. Я все время расстраиваюсь, в последнее время много плачу *(со слезами в голосе)*. Ничто не помогает.

Т: Понимаю. Вы и сейчас выглядите расстроенной. Пожалуйста, постарайтесь объяснить, как вы мылись за последние несколько дней, чтобы я могла себе это представить. Насколько часто вы это делаете?

Д: Очень часто. Принимая душ, я расходую всю горячую воду. Кроме того, я постоянно мою руки. Мне кажется, что я всегда грязная.

Т: Как долго вы принимаете душ? Сколько минут или часов на это уходит?

Д: Около сорока пяти минут. Я стараюсь вымыться как можно быстрее. Иногда прошу Кении остановить меня.

Т: И как часто вы моетесь?

Д: Обычно два раза в день, утром и вечером, перед тем, как лечь спать. Иногда, если я уж очень расстроена, могу помыться и еще раз.

Т: А как обстоят дела с мытьем рук? Сколько времени это занимает?

Д: Вы хотите знать, как часто я мою руки?

Т: Сколько времени вам требуется, чтобы вымыть руки, и как часто вы это делаете, сколько раз в день?

Д: Гм, наверное, раз двадцать за день. Каждый раз на это уходит минут пять, иногда чуть больше. Мне всегда кажется, что мои руки недостаточно чистые. Если я случайно прикасаюсь к раковине после того, как вымылась, я считаю, что руки опять грязные.

Теперь у психотерапевта имеются основные сведения о наиболее выраженных ритуалах. Дальнейший расспрос позволяет выявить другие вынужденные действия.

Т: Вы предпринимаете что-то еще, чтобы почувствовать себя чистой?

Д: Да, я протираю вещи спиртом, например сиденье в автомобиле.

Т: Протираете ли вы спиртом свою кожу?

Д: Нет, только предметы, которые считаю грязными.

Т: Скажите, пожалуйста, как часто вы это делаете?

Д: За неделю я расходую бутылку спирта.

На этом этапе психотерапевту предстояло выбрать, спросить ли Джун, какие предметы она протирает, или же перейти к расспросу о других возможных ритуалах. Психотерапевт предпочла продолжить расспрос о ритуальных действиях, вернувшись к теме «заражения» в конце интервью.

Т: Хорошо, можете ли вы сообщить о других способах очистить себя и окружающие вас предметы, которые представляются вам грязными?

Д: На данный момент я больше ничего не могу вспомнить.

Т: Имеются ли у вас другие действия, которые мы называем навязчивыми или вынужденными? Приходится ли вам проверять правильность своих действий или многократно повторять какое-либо действие?

Д: Нет, за исключением того, что я по несколько раз моюсь, если считаю это необходимым.

Т: Имеются ли какие-либо другие повторяющиеся действия, кроме мытья?

Поскольку у пациентки, по-видимому, не было множественных ритуалов, психотерапевт переключилась на содержание навязчивых мыслей. Обычно первыми выявляют внешние стимулы.

Т: Что именно вызывает у вас потребность в мытье? Например, почему вы протираете сиденье машины спиртом?

Д: Мне кажется, что я или Кении можем испачкаться, если на сиденье будет грязь. Понимаете, испражнения собак.

Т: От обуви?

Д: Да. Кроме того, я беспокоюсь, что подол платья касается сиденья. Я опасаясь коснуться туфель подола, а когда поднимаюсь по лестнице, боюсь, что платье заденет ступеньки.

Т: Это платье?

(Джун была одета в платье, которое едва закрывало колени. Вероятность коснуться им туфель или ступеней лестницы была ничтожно мала.)

Д: Да.

Т: Вы когда-нибудь замечали на своей юбке следы собачьих испражнений? Д: Думаю, нет, но мысленно я представляю себе, что они каким-то образом туда попали. Мне кажется, это маловероятно, ведь правда?

Мысли о том, что может произойти маловероятное событие, весьма типичны для ОКР. Такие искажения мышления могут быть следствием выраженной тревоги. Сомнения в своей «безопасности» часто вынуждают человека обращаться за поддержкой к окружающим или прибегать к ритуалам. Заверения Джун в том, что ее платье вряд ли загрязнено, шло бы вразрез с основными принципами психотерапии, поскольку лишь усилило бы невротические страхи. Вместо этого психотерапевт продолжила расспрос о содержании навязчивых мыслей.

Т: Собачьи испражнения вызывают у вас наибольшую тревогу?

Д: Думаю, да. Но микробы в ванной комнате тоже мне неприятны.

Т: Какие именно микробы?

Д: Из унитаза. Знаете, те, которые там живут.

Т: В моче и фекалиях? *

Д: Да, моча беспокоит меня гораздо меньше, чем все остальное.

Т: Почему?

Д: Потому что в медицинском училище нам говорили, что она практически стерильная. Мне с трудом дался курс микробиологии, потому что мне было неприятно изучать бактерии и микроорганизмы. У меня сложилось впечатление, что все вокруг просто кишит опаснейшими микробами. Я плохо усвоила этот материал, я старалась не думать об этом.

Беспокойство Джун по поводу «собачьих испражнений» и микробов из туалета показывало, что структура ее страха включала представления о потенциальном

заболевании. Психотерапевт подробнее расспросила ее об этом, чтобы лучше понять природу ее страха заразиться.

Т: Вы боитесь заболеть, загрязнившись фекалиями?

Д: Да, думаю, так. Дело в том, однако, что другие люди об этом не тревожатся, как я.

Знаете, они просто идут в туалет, потом моют руки и ни о чем таком не думают.

Но я не могу выбросить эти мысли из головы, мне все кажется, что я грязная. Т:

Если вы плохо вымоетесь, то заболеете или заразите других? Д: В основном я боюсь заболеть сама, хотя иногда я беспокоюсь и о Кении. Т: Вы имеете в виду какую-то определенную болезнь? Д: Не знаю. Просто болезнь.

Вполне обычно, что пациентка, опасаясь негативных последствий от несоблюдения ритуалов, не может четко определить, чего именно она боится. Пациенты с ритуалами проверок часто боятся забыть или упустить что-то важное, но они не всегда представляют себе, что это может быть. Те же, кто склонен к повторению одних и тех же действий, могут опасаться, что с любимым человеком произойдет нечто ужасное, но не могут сказать, какая именно опасность ему грозит. Наряду с этим многие пациенты с ОКР боятся вполне определенных последствий (например, слепоты или лейкемии). На этом этапе психотерапевт должна решить, закончить ли ей расспрос о внешних пугающих стимулах или продолжить разговор о вызывающих страх последствиях и убежденности в том, что эти последствия весьма вероятны. В данном случае выбрано последнее из вышеперечисленных направлений.

Т: Давайте представим себе, что вы прикоснулись к собачьим или человеческим испражнениям, не заметили этого вовремя и не помылись. Какова вероятность того, что вы или Кении серьезно заболеете?

Д: Ну, мне кажется, это действительно может произойти.

Т: Я могу представить себе, как сильно вы расстроитесь, если это действительно произойдет; вам даже может показаться, что вы больны. Но сейчас я прошу вас объективно оценить возможность заболеть, если вы притронетесь к испражнениям и не помоетесь. Например, если вы десять раз прикоснетесь к испражнениям. Сколько раз вы заболеете?

Д: О, я знаю, что это маловероятно, но иногда мне это кажется вполне реальным.

Т: Можете ли вы выразить это количественно? Каковы в процентах ваши шансы заболеть оттого, что вы прикоснулись к испражнениям и вовремя не помылись?

Д: Я бы оценила эти шансы как невысокие, меньше двадцати пяти процентов.

Т: Это означает, что каждый четвертый раз вы заболеете.

Д: Нет, это не так. Мне кажется, в действительности шансы не превышают один процент.

Из приведенного выше диалога видно, что Джун не очень-то верила в то, что пугающие ее события могут произойти в действительности, хотя первоначально она оценила вероятность этих событий как довольно высокую. Человек, менее критично относящийся к своим симптомам, приписал бы негативным событиям больше шансов (обычно свыше 80%) и стал бы настаивать на точности своих прогнозов, несмотря на наводящие вопросы. Отметим также, что этот диалог — пример неформального когнитивного реструктурирования, одной из составляющих Э/ПР, о которой шла речь выше. Психотерапевту может потребоваться возобновить разговор на эту тему в ходе последующих сессий, посвященных экспозиции,

если Джун проявит выраженную тревогу по поводу контакта с грязью и пересмотрит собственные оценки вероятности заболеть. Убежденность пациентки в правильности своих умозаключений может измениться; при возникновении реальной угрозы убежденность часто возрастает.

Т: Хорошо. Что еще, кроме болезни, может произойти, если на вас попадут фекалии?

Д: Мне кажется, я боюсь того, что обо мне подумают другие люди, если на обуви или платье у меня будут фекалии. Кто-нибудь увидит это или почувствует запах и решит, что я грязная. Скорее всего, я боюсь, что люди меня осудят.

Психотерапевт расспросила Джун об этом пугающем ее последствии, в том числе о вероятности того, что окружающие сочтут ее плохим человеком, если на одежде у нее будут фекалии. Сведения о вызывающих страх последствиях собираются для того, чтобы затем включить их в сцены мысленной экспозиции. В продолжение расспроса о природе навязчивых мыслей активно выявляются и другие пугающие внешние стимулы.

Т: Помимо человеческих и собачьих испражнений, а также унитазов, что еще может «заразить» вас? Ничего, если я буду использовать слово «зараженный» для описания того, как вы себя будете чувствовать, если прикоснетесь ко всему этому?

Д: Да, мне кажется, я почувствую это кожей, даже если не буду видеть. Гм, я также расстраиваюсь, если вижу на своей машине птичий помет.

Т: Птичьи испражнения? Беловатые пятна?

Д: Да. Я подбираю подол, чтобы не коснуться пятен своей одеждой.

Т: Хорошо, птичий помет, что еще?

Д: Мертвые животные на обочине дороги. Я ощущаю, как микробы или нечто другое попадают на колеса и пачкают машину. Даже если я просто еду мимо. Словно вся улица вокруг заражена.

Т: Что вы делаете, когда видите мертвое животное?

Д: Я объезжаю его стороной. Однажды я остановила машину, вышла из нее и заметила рядом с задним колесомдохлую кошку. Мне пришлось срочно постирать всю одежду и принять душ. Это доставило мне немало хлопот.

Т: Складывается впечатление, что вам это нелегко дается. Есть еще что-либо, кроме мертвых животных, что может заразить вас?

Д: Не могу вспомнить. Теперь мне приходится избегать многих мест, но по тем причинам, о которых мы уже говорили.

Психотерапевт продолжала расспрашивать пациентку о вещах, которые могли бы вызвать у нее страх, потому что были так или иначе связаны с уже известными пугающими внешними стимулами.

Т: А как насчет мусора?

*

Д: Да, это тоже меня беспокоит. И еще я избегаю сточных канав на улицах.

Т: Что плохого в сточных канавах?

Д: Мне кажется, мертвые животные. И еще дождь смывает микробов с улицы. Кроме того, там гниет мусор и вообще грязно. Иногда сточные канавы вызывают настораживающее отвращение.

Т: Гм. Вы боитесь заболеть из-за мертвых животных и мусора?

Д: Да, так же как из-за унитазов и собачьих испражнений.

Чтобы спланировать экспозиции в порядке возрастания дискомфорта, вызываемого внешними стимулами, Джун было предложено ранжировать вызываю-

щие страх объекты. На этом этапе пациентка сообщает информацию о видах поведенческого избегания в связи с основными пугающими стимулами.

Т: А теперь давайте составим перечень основных вещей, которые вас расстраивают. Я буду задавать вам вопросы о том, как сильно вы расстроились бы, если бы прикоснулись к вещи, которую я назову. Оценивайте свое расстройство по шкале от нуля до ста. Ноль соответствует полному отсутствию дискомфорта, а сто означает его крайнюю выраженность, на которую вы только способны.

Д: Хорошо.

Т: Что если вы коснетесь собачьих испражнений?

Д: А я смогу помыться, когда захочу?

Т: Нет, скажем, вы в течение некоторого времени не будете иметь возможности помыться.

Д: Тогда сто.

Т: Мертвое животное?

Д: Тоже сто.

Т: Птичий помет на вашей машине?

Д: Все зависит от того, насколько он свежий.

Т: Скажите мне оба варианта.

Д: Если свежий, то сто, а сухой — девяносто пять.

Т: Сточная канава на улице?

Д: Около девяносто пяти.

Т: Мусор в вашей раковине дома?

Д: Не очень плохо. Только пятьдесят. Но мусор на улице — не меньше девяносто.

Т: В чем разница?

Д: Потому что внутри мусорный бак грязный от старого мусора.

Т: Понятно. Как насчет сиденья унитаза в общественном туалете?

Д: Плохо — девяносто пять.

Т: Колеса машины?

Д: Обычно девяносто. Но после того как я проехала мимо мертвого животного — все девяносто девять.

Т: Как насчет дверной ручки в общественном туалете?

Д: Для наружной ручки не так уж плохо — около сорока, но внутренняя ручка — восемьдесят, потому что люди касаются ее после того, как сходили в туалет, а некоторые после этого не моют руки, я сама видела.

Т: Ясно. Как насчет травы в парке, когда кругом бегают собаки?

Д: Если я пройду по траве — около восьмидесяти или восьмидесяти пяти, но я обычно этого не делаю. Мне также неприятно видеть коричневые пятна на тротуарах. Наверное, это ржавчина или просто грязь, но мне все время кажется, что это собачьи испражнения.

Т: Насколько сильно это вас беспокоит?

Д: Если я наступлю на коричневое пятно? Около девяноста. Я всегда обхожу их стороной.

Психотерапевту следует продолжать в том же духе, пока не будет составлен перечень из 10-20 пунктов. Если у пациента имеются множественные навязчивые мысли, страхи или ритуалы, пунктов в перечне может быть больше. В рамках подготовки к терапевтической экспозиции пункты следует ранжировать в порядке возрастания связанного с ними дискомфорта. Если какие-либо ситуации вызывают равный дискомфорт, их необходимо сгруппировать. Помимо этого, важно обсудить, в чем состоят различия между стимулами, что позволяет понять «обсессивно-компульсивную логику» конкретного пациента. Эта информация необ-

ходима для определения оптимальной последовательности экспозиционных ситуаций, а также для неформальных когнитивных обсуждений риска, ответственности и т. п.

Полезная информация о моделях избегания и ритуалах пациента может быть получена из беседы о признаках внешней угрозы. Дополнительные детали можно узнать, предложив пациенту подробно описать свой обычный день, час за часом, с момента пробуждения и до отхода ко сну. Как правило, пациенты не отличаются точностью при описании навязчивых действий во время интервью, поскольку, по словам одной нашей пациентки, раньше она «представляла себе ОКР совсем иначе». Таким образом, задание проводить самонаблюдение помогает пациентам составить представление о собственных паттернах ОКР, в результате чего психотерапевт получает более точные сведения о ритуалах и избегающем поведении.

В случае Джун мы уделяли особое внимание ее привычкам, связанным с мытьем, посещением туалета, использованием полотенец, обращению с грязной одеждой, одеванию, в том числе обуви. Дополнительная информация о паттернах избегания может быть подтверждена в процессе расспроса о других видах повседневной деятельности, например, посещении магазинов, ресторанов, уборке дома, приготовлении пищи, исполнении профессиональных обязанностей и т. д. Следующий диалог позволяет составить представление о требуемой степени детализации.

Т: Джун, чтобы правильно спланировать вмешательство, мне надо знать, чего вы избегаете в повседневной жизни. Давайте начнем с того момента, когда вы утром просыпаетесь.

Д: Сначала я иду в ванную.

Т: В ночной рубашке или без нее?

Д: Я снимаю ночную рубашку, потому что боюсь, что она коснется унитаза. Она чистая, ведь я на ночь моюсь.

Т: Продолжайте.

Д: Я иду в туалет. Мне кажется, я использую много туалетной бумаги, потому что не хочу ни к чему прикасаться. После опорожнения кишечника я принимаю душ.

Т: Как вы готовитесь к принятию душа?

Д: Я вешаю рядом с душем чистое полотенце. Мне не хочется, чтобы оно касалось чего-либо до того, как я им воспользуюсь. Еще я ставлю тапочки носками к двери, рядом с душевой кабиной, чтобы сразу же надеть их, не ступая на пол ванной, когда выйду из душа. Только после этого я захожу в душевую кабину.

Т: Вы упомянули, что принимаете душ в течение сорока пяти минут. Почему это занимает столько времени?

Д: Мне необходимо вымыться в определенной последовательности. При этом я подсчитываю, сколько раз я вымыла каждую часть тела. Так, каждую руку я мою четыре раза. Поэтому все так растягивается. *

Т: В каком же порядке вы моете части тела?

Д: Прежде всего я мою руки, затем — лицо и волосы, после этого двигаюсь вниз.

Т: Как насчет гениталий и промежности? *(Эта зона должна особенно беспокоить данную пациентку, поскольку она боится заразиться «микробами» фекалий.)*

Т: Это в самом конце, после того как вымою стопы.

Такое подробное описание помогает психотерапевту прогнозировать возможные виды избегающего поведения, которые проявит пациентка во время вмешательства, и дать ей конкретные рекомендации по проведению экспозиции. Обучение нормальному поведению в процессе мытья, предусмотренное в конце вмеша-

тельства, будет нацелено на склонность Джун мыться в определенной последовательности, подсчитывая, сколько раз какую часть тела она вымыла. Во время первичной сессии, посвященной сбору информации, Джун получила рекомендации наблюдать за часто той и продолжительностью своих ритуалов.

Т: В промежутке между этой и следующей сессией мне хотелось бы, чтобы вы записывали все случаи, когда вы моетесь или протираете вещи спиртом. Вы можете воспользоваться этим бланком (*дает пациентке бланк самонаблюдения за ритуалами*). Пожалуйста, отмечайте здесь, когда вы моетесь, как долго, что послужило поводом для мытья, насколько выраженной была ваша тревога перед мытьем. Эти записи помогут нам выявить источники заражения, о которых вы забыли упомянуть, а также оценить ваши успехи в процессе вмешательства.

Д: Вы хотите, чтобы я записывала свои действия каждые полчаса?

Т: Нет, только когда вы моетесь или используете спирт.

Д: Хорошо.

История симптоматики и история вмешательства

Оценив текущую симптоматику у Джун, психотерапевт приступила к выяснению обстоятельств возникновения проблемы, акцентируя внимание на конкретных стрессорах в это время и их наличии на сегодняшний день.

Т: Как давно вы уже так моетесь?

Д: Это началось около двух лет назад, когда я начала учиться в школе медсестер. Сначала все было не так уж плохо. Началось все в городе. Мне приходилось ездить в город на занятия, и город казался мне очень грязным.

Т: Ваши занятия сыграли в этом какую-то роль?

Д: Возможно. Это было для меня трудное время. Мне пришлось оставить работу секретарем, при этом надо было платить за обучение в школе. Мои родители не могли мне помочь. Затем мы начали изучать технику стерилизации, про курс микробиологии и свои проблемы я уже рассказывала.

Т: Ваше состояние ухудшалось постепенно?

Д: В основном да, но я заметила ухудшение после цикла хирургии, во время которого я очень боялась, что микробы попадут на инструменты. После этого я стала мыться более тщательно, чем обычно.

Т: Вы обращались за помощью в это время?

Д: Да, в тот момент я уже лечилась у доктора У. в университете, он пытался мне помочь.

Т: Вы уже проходили психотерапию? По какому поводу?

Д: Он помогал мне избавиться от проблемы с приемом пищи. У меня была анорексия. Я лечилась у него уже в течение года, когда начались проблемы с мытьем.

Т: Анорексия? Вмешательство вам помогло?

Д: Да, тогда я весила всего семьдесят пять фунтов, а теперь — около ста пяти. Он, главным образом, рекомендовал мне прибавлять в весе каждую неделю, еще он проводил «когнитивную психотерапию», так, кажется, это называлось.

Т: Понятно. А как обстояли дела с мытьем?

Д: Он попытался провести такой же курс психотерапии, но в данном случае это не помогло. Поэтому я здесь. Моя невестка рассказала мне о вашем центре, и доктор У. рекомендовал к вам обратиться.

Т: А как насчет лекарственных препаратов? Вы принимали какие-либо лекарства по поводу этой проблемы?

Д: Да, я пробовала принимать анафранил (*кломипрамин*), это немного помогло, но у меня появились головокружения и сонливость, и я отказалась от лечения.

Кроме того, я слышала, что нельзя принимать лекарства во время беременности, а мы с Кении решили завести ребенка. До этого я принимала ксанакс (*алпразолам*). Благодаря ему я стала спокойнее, но привычка мыться не исчезла.

Т: Пытались ли вы предпринять какие-либо другие вмешательства?

Д: Только по поводу анорексии. В течение года я ходила в другой консультативный центр при университете, но это не помогло.

История Джун была необычной только в части недавнего начала ее симптоматики. Как правило, пациенты нашей клиники сообщают о гораздо большей продолжительности своих симптомов, в среднем около восьми лет. Другие подобные центры в Англии и Голландии дают сходные показатели. История вмешательств у Джун, с использованием различных психотерапевтических и фармакологических подходов до обращения к Э/ПР вполне типична. Поскольку предшествующие неудачные попытки не поведенческих видов вмешательств, по-видимому, не оказывают влияния на действенность Э/ПР, подобная история не должна обескураживать клинициста. Но в связи с возможным скептическим отношением пациентки к вмешательству психотерапевт должен четко и ясно обосновать необходимость Э/ПР, что видно из следующего диалога.

Т: Прежде чем подробнее расспрашивать вас о ваших проблемах, я кратко опишу предстоящее вмешательство.

Д: Хорошо, доктор Ф. уже кое-что мне рассказала, но я пока не имею четкого представления о том, как все будет происходить.

Т: Наше вмешательство называется «экспозиция и профилактика ритуалов». Я предложу вам встретиться с ситуациями и предметами, которые пугают вас, заставляя ощущать себя зараженной. Мы будем это делать постепенно, начиная с самых легких ситуаций. Например, начать можно с наружных ручек дверей в туалет, а впоследствии перейти к сиденьям унитазов и птичьему помету. Мы все это сделаем вместе. Я всегда буду рядом, чтобы помочь вам. Сессии будут длиться полтора-два часа, мы с вами будем встречаться каждый день, кроме выходных. Кроме того, я буду давать вам домашние задания, сходные с теми, которые вы будете выполнять на сессиях.

Д: Вы имеете в виду, что мне придется прикасаться ко всему этому, даже к собачьим испражнениям?

Т: Да, чтобы побороть подобные страхи, людям необходимо научиться контактировать с тем, чего они боятся, оставаясь в ситуации до тех пор, пока дискомфорт не пройдет.

Д: Даже если я и отважусь на это, потребуется не меньше года, чтобы привыкнуть.

Т: Помните, что вы не всегда так относились к собачьим испражнениям. Когда вы были моложе, вам, скорее всего, доводилось на них наступать; после этого вы просто вытирали обувь о траву, и продолжали играть.

Д: Да, я забыла об этом. Это было так давно. Раньше я об этом даже не думала.

Т: Чтобы вернуть вас в прежнее состояние, нам необходимо, чтобы вы встретились со своими страхами. Далее идет вторая часть вмешательства. Я собираюсь попросить вас не мыться в течение трех дней подряд. Три дня не мыть рук и не принимать душ. После этого вы сможете принять душ, но ограничиться при этом десятью минутами. После душа вам придется вновь «заразиться» и подождать еще три дня, когда вы опять сможете помыться в душе.

Д: Не может быть! Мне этого ни за что не сделать. Если бы я могла, то меня бы здесь не было. Как можно не мыться? Каждый день я принимаю решение прекратить это делать, но мне никогда не удается исполнить свое намерение. Вы хотите сказать, что мне нельзя будет вымыть руки после туалета и перед едой?

Другие люди моют руки после туалета. Почему мне нельзя просто поменьше мыться, как все нормальные люди?

Т: Другие люди не страдают ОКР. Помните, для вас мытье означает, что вы ощущаете себя менее «зараженной» и меньше тревожитесь. Так?

Д: Да.

Т: Если вы вымоетесь, пусть даже очень быстро, когда почувствуете себя «зараженной», вы никогда не узнаете, что ощущение зараженности пройдет само по себе и без мытья. Если вы сильно встревожены, пройдет некоторое время, иногда несколько часов, прежде чем вы почувствуете себя лучше, но это обязательно произойдет. С другой стороны, если вы станете мыться, даже очень быстро, каждые несколько часов, это укрепит вас в мысли, что мытье дает вам возможность чувствовать себя лучше.

Д: Но почему целых три дня? Почему мне нельзя принимать душ один раз в день, как всем остальным людям?

Т: По той же самой причине. Вы неизбежно почувствуете облегчение, даже если перерыв составит всего сутки. Но это укрепит вашу убежденность в том, что вам необходимо мыться, чтобы себя «обеззаразить». Вам предстоит научиться использовать мыло и воду, чтобы ощущать себя чистой и опрятной, а не чтобы себя «обеззараживать».

Д: Я поняла вашу мысль. Значит, я принимаю душ для того, чтобы удалить со своего тела все, чего я боюсь. Раньше я принимала душ для того, чтобы смыть пот и грязь, почувствовать себя хорошо. Но я по-прежнему сомневаюсь, что смогу не мыться три дня.

Т: Правила вмешательства очень жесткие. Прежде чем мы приступим к реализации программы, вы должны взять перед собой обязательство, что не станете мыться, как бы плохо вам ни было. Я, со своей стороны, попытаюсь вам помочь; вмешательство будет спланировано таким образом, чтобы вы четко знали, чего следует ожидать каждый день. Можете рассчитывать на мою поддержку в случае необходимости. Кто-то обязательно должен вам помогать и поддерживать в любое время. Между сессиями вы всегда сможете связаться со мной, позвонить сюда или домой, если возникнут проблемы. Я знаю, что вам будет нелегко, но я уверена, что стоит вам решиться, и у вас все получится.

На этом этапе не следует вынуждать пациента давать твердые обещания. Необходимо проинформировать его о том, что от него потребуются, чтобы пациент мог соответствующим образом планировать свои дела на период вмешательства. Пациенту необходимо позаботиться о том, чтобы иметь возможность ежедневно посещать терапевтические сессии на протяжении трех-четырех недель. Как уже говорилось, двух-трех сессий в неделю может быть вполне достаточно для пациентов с менее выраженной симптоматикой. Психотерапевту не следует преуменьшать трудностей вмешательства, чтобы пациент был готов встретиться с проблемами и мобилизовать внутренние резервы, а также заручиться поддержкой родственников и друзей.

Анамнез пациента обычно выясняется на первой сессии. Поскольку сбор анамнеза у пациентов с ОКР ничем не отличается от аналогичной процедуры при других психиатрических расстройствах, детали здесь не приводятся.

Планирование вмешательства

Психотерапевт начинает вторую сессию с краткого разбора результатов самонаблюдения пациента за своими ритуалами. Оставшаяся часть сессии посвящается разработке плана вмешательства.

Т: А сейчас мне хотелось бы обсудить план работы на первую неделю психотерапии. Нам необходимо подвергнуть вас экспозиции как в воображении, так и в реальности к тем вещам и ситуациям, которые вызывают у вас страх, мы говорили об этом на первых сессиях. Как я уже сказала, мы также ограничим ваше мытье. Сцены, которые вы будете себе представлять, касаются воображаемого ущерба, которого вы опасаетесь и который произойдет в случае, если вы не будете мыться. Реальная экспозиция будет направлена на контакт с предметами, которые вас заражают. Ограничение мытья научит вас жить без ритуалов. Мысленно вы представите себе, что прикасаетесь к тому, чего боитесь, например к сиденью унитаза, после этого не моетесь и заболеваете. Вы представляете себе, как идете к врачу, который пытается выяснить, что случилось, но ему это не удастся, и помочь вам он не в силах. Именно этого вы и боитесь, не так ли?

Д: Да, ведь может заболеть и Кении. Это будет на моей совести.

Т: Хорошо, тогда в одних сценах заболеете вы, а в других Кении. Может, стоит добавить, что окружающие станут во всем винить вас за вашу неосторожность? Вы ведь боитесь этого?

Д: Да, особенно моя мать.

Т: Отлично. Пусть она ругает вас за неосмотрительность. Вы могли бы предложить что-то еще, что следует включить в эту сцену?

Д: Нет, этого достаточно.

Т: Мы детально обговорим эти сцены после того, как составим план реальных экспозиций. Давайте обратимся к перечню вещей, которых вы избегаете или к которым боитесь прикасаться, чтобы удостовериться, в правильном ли порядке мы их перечисляем. Тогда мы сможем составить расписание на каждый день. Хорошо?

Д: Да.

Джун читает перечень, который включает такие пункты, как мусорные баки, кухонный пол, пол ванной, ковер в холле учреждения, сгнившие растения, лужи, колеса автомобиля, сухие собачьи испражнения и птичий помет. В случае необходимости вносятся коррективы.

Т: Хорошо. Теперь приступим к планированию вмешательства. В первый день мы с вами начнем с вещей, которые вы оценили ниже 60 баллов. Сюда относятся прикосновения к коврику, наружным ручкам дверей туалетов, книгам на моих полках, выключателям и поручням лестницы. На второй день мы перейдем к пунктам, которые соответствуют 60-70 баллам по шкале дискомфорта. Это, в частности, водопроводные краны, непокрытые полы, грязное белье и вещи на столе Кена. *{Психотерапевт продолжает детально описывать сессии 3-5 по приведенному выше плану, постепенно, день за днем, повышая уровень трудностей.}* Во время второй недели мы повторим наиболее проблемные для вас ситуации, в частности, контакт со сточными канализациями, автомобильными колесами, унитазами в общественном туалете, птичьим пометом и собачьими испражнениями. Мы обязательно найдем дохлое животное, что походить рядом с ним и прикоснуться к тротуару рядом с тем местом, где оно будет лежать.

В редких случаях непосредственный контакт с вызывающим страх объектом (например, пестицидами или другими химикатами) может быть действительно небезопасен. Тогда следует прийти к компромиссу, выбрать вариант, который находится где-то посередине между полным избеганием и тем, чтобы подвергнуться опасности. Что касается химикатов, например, пациенты подвергаются воздействию малых их количеств, что практически безвредно. В случае Джун психотера-

певт решила, что непосредственный контакт с мертвым животным неоправдан, поэтому для экспозиции достаточно будет наступить на шерсть животного, а затем коснуться рукой подошвы. В целом психотерапевт обязан соизмерять уровень дискомфорта, который будет спровоцирован той или иной экспозицией, с реально существующим риском подвергнуться при этом опасности. Пациенты с ОКР не способны правильно оценить возможный риск, поэтому психотерапевт несет полную ответственность за выбор той или иной экспозиции. Например, пациент со страхом заразиться СПИДом, безусловно, будет в полном расстройстве, если предложить ему взять в руки иглу для подкожных инъекций, найденную в уличной сточной канаве, однако экспозиция к подобному стимулу сопряжена с объективно существующим риском и вряд ли будет включена в программу вмешательства.

Т: Что вы думаете по поводу такого плана?

Д: Первая неделя меня вполне устраивает, но то, что предстоит дальше, вызывает у меня страх. Я не уверена, что через неделю смогу войти в общественный туалет или прикоснуться к птичьему помету.

Т: Многие люди чувствуют вначале то же, что и вы, но в конце первой недели вы будете уверены в себе гораздо больше, чем теперь. Вы не станете так бояться автомобилей колес и унитазов в общественных туалетах. Помните, я всегда буду рядом, чтобы помочь вам, потому что вначале вам будет нелегко.

Д: Да, я знаю. Мне кажется, у меня уже нет выбора. Мое мытье сводит меня с ума, я сама себе противна. Я готова попробовать.

Т: Отлично. Помните, я буду просить вас поработать над этими вещами два-три часа самостоятельно дома после каждой сессии, но к этому времени вы уже будете иметь опыт контакта с ними в моем присутствии, поэтому вам будет легче. Я думаю, вы договорились с Кении о помощи, раз он сидит сейчас в приемной.

Д: Да, он согласился. Теперь он желает знать, что надо делать.

Т: Давайте пригласим его войти. Вы договорились со своей невесткой, чтобы она была готова вам помочь днем, когда Кении будет на работе?

Д: Да, она также дала согласие, но сегодня она не смогла прийти из-за детей.

Т: Если ей трудно прийти сюда, я могу поговорить с ней по телефону. Пригласите Кении, пожалуйста.

Вмешательство

С Джун были проведены 15 психотерапевтических сессий, которые проходили ежедневно по рабочим дням на протяжении трех недель. В течение четырех недель психотерапевт дважды посетила ее на дому, каждое посещение длилось четыре часа. Во время этих визитов Джун, под наблюдением психотерапевта, заражала весь свой дом и контактировала со всеми объектами, которые вызывали у нее страх, в доме и вокруг него. После этого были назначены поддерживающие сессии раз в неделю с целью закрепления результатов и разрешения других проблем. Как уже говорилось, вмешательство начинается с экспозиции к объекту или ситуациям, вызывающим умеренный дискомфорт, а затем, к началу второй недели, задействуются наиболее проблемные пункты иерархического перечня. Вызывающие наибольший дискомфорт ситуации повторяются в оставшиеся дни второй недели и на протяжении третьей недели. Следующий диалог, состоявшийся на шестой день от начала вмешательства, иллюстрирует этот процесс.

Т: Как вы провели выходные?

Д: Не очень хорошо. Мне казалось, все будет гораздо лучше. В субботу вечером я приняла душ, но я так нервничала, чтобы закончить вовремя, что вряд ли мне удалось правильно вымыться.

Т: Большинство людей чувствуют себя так же. Помните, однако, что вам не следует мыться «правильно», достаточно просто вымыться. Кен следил за временем?

Д: Да, он отсчитывал минуты, как вы ему сказали: «Пять, семь, девять». Затем сказал: «Стоп».

Т: Вы прекратили мыться, как только он это произнес.

Д: Да, но это было нелегко.

Т: Понимаю. Я рада, что вы выполнили все правила.

Д: Я много думала об этом и решила, что это последний шанс вернуться в нормальное состояние. Поэтому я стараюсь изо всех сил.

Т: Вот и отлично. Мне нравится ваше настроение. Как насчет домашнего задания?

Д: Я дотронулась до пола, до подошв туфель и тротуара. Все это отмечено в дневнике. В субботу я поехала к сестре поиграть с детьми, как мы договорились. Они ползали по мне, когда я лежала на полу, а я касалась их попок, когда брала их на руки. В воскресенье мы с Кении отправились в парк. Я не присела на траву, но походила по ней, а потом потрогала подошвы туфель.

Т: Правда?

Д: Да. Мы поехали в центр, я выбросила кое-что в мусорный бак и затолкала подале, стараясь коснуться стенок. Мне было неприятно, но я все-таки это сделала.

Т: Вы просто молодец. Рада слышать о ваших успехах. Как насчет коврика у двери и прогулки по саду?

Д: Я вычистила коврик и вышла в сад, но не смогла дотронуться до собачьих испражнений. Соседская собака постоянно там гуляет. Я знаю, что должна была это сделать, но мне не хватило духа.

Т: Ничего, зато вы сделали много другого. Давайте выйдем сегодня погулять и продолаем все вместе, тогда дома вам будет гораздо легче.

Д: Хорошо.

Джун в точности соблюдала все правила вмешательства. Некоторым пациентам не удается воздерживаться от ритуалов, особенно во время первой недели вмешательства. Психотерапевту следует похвалить пациента за частичное соблюдение правил, подчеркнув, однако, необходимость в точности следовать рекомендациям по проведению вмешательства. Что касается экспозиции в рамках домашнего задания, пациентам не всегда удается справиться со всеми из них. И опять следует их похвалить за успехи и помочь выполнить другие задания.

Т: Как дела у вас с Кении?

Д: Он вышел из себя в воскресенье вечером после душа, потому что я стала расспрашивать его, как он принимает душ и достаточно ли хорошо я вымылась. Думаю, я надоела ему со своими вопросами, поэтому он потерял терпение. Мы с ним смотрели телевизор, потом немного поговорили, он извинился за свою несдержанность. Но я понимаю, что задала слишком много вопросов. Во всяком случае, оставшаяся часть недели прошла спокойно.

Т: Конечно, плохо, что Кен вышел из себя, но он молодец, что не стал отвечать на ваши вопросы. Он не должен комментировать качество вашего мытья.

Д: Мне кажется, ему бывает трудно решить, когда отвечать мне, а когда нет. Я тоже не знаю этого, поэтому было бы неплохо, если бы вы поговорили с ним до среды, когда у меня по плану мытье в душе.

Т: Хорошая идея. Я позволю ему сразу после окончания сегодняшней сессии. Сегодня мы с вами начнем со сцены, когда вы едете на машине на встречу со мной, но прокалываете колесо, и вам надо его поменять. Из-под колес проехавшей мимо машины летит грязь, она попадает на вас и вашу машину. Обойдя машину, вы замечаете у правого заднего колесадохлую кошку. Вы ощущаете себя зараженной. Вы идете к ближайшей заправочной станции, чтобы узнать, могут ли они починить колесо. Вам очень хочется в туалет, поэтому ничего не остается, кроме как зайти в туалет на станции. Работники станции согласны починить колесо, если вы снимете его и принесете на станцию, потому что они очень заняты. Конечно, это означает, что вам придется возиться с колесом, которое заражено отдохлой кошки. Добавим немного птичьего помета на проезжую часть и тротуар. Вам не по себе, возможно, вы заболеваете, потому что заразились. Достаточно неприятная картина?

Д: Да уж, хуже некуда. Мне все это надо себе представить? Не надо, я знаю ответ.

Т: Хорошо. Тогда закройте глаза и вообразите, что ведете машину по Вест-авеню.

Отметим, что психотерапевт проверила выполнение пациенткой домашнего задания, заданного вчера, чтобы удостовериться в его выполнении и отсутствии избегающего поведения и ритуалов. Это дало возможность похвалить пациентку за ее усилия по проведению самостоятельных экспозиций. Необходимо обязательно проверять выполнение домашних заданий, поскольку пациенты далеко не всегда с готовностью сообщают о своих затруднениях. Они, как правило, признают свои недочеты, если задать прямой вопрос; если же подкрепить их реальные успехи, со следующим заданием они обычно справляются.

Что касается конфликта между Джун и Кении, известно, что, подобно Кении, большинство членов семьи готовы оказать пациенту помощь. Вместе с тем могут возникнуть трудности, когда они сами расстраиваются настолько, что просто не в силах помочь, что усиливает дискомфорт пациента. Если предоставить возможность членам семьи обсудить ситуацию с психотерапевтом, который может дать им рекомендации по более эффективному поведению, напряженность в отношениях удастся устранить.

Одна и та же сессия включала мысленную экспозицию к сценарию, который был оговорен заранее. Поскольку все детали были известны, никаких неожиданностей для пациентки не было. Пациент представляет себе этот сценарий в течение одного часа или пока тревога заметно не уменьшится. Затем пациентке предстоит встретиться с реальными ситуациями наподобие той, которая была описана в придуманном сценарии.

Т: Пришло время заняться настоящим делом. Вчера я занялась поиском мертвых животных на обочине дороги и кое-что нашла примерно в миле отсюда. Думаю, стоит туда съездить.

Д: Какой ужас! Вы искали это специально для меня.

Т: Сегодня нам повезло. Вы ведь знаете, что нам все равно пришлось бы сегодня заняться поисками. По крайней мере, это недалеко отсюда.

Д: Отлично.

Проявления чувства юмора следует поощрять. Иногда это приносит неоценимую пользу, особенно если пациент способен ответить на шутку. В то же время чрезвычайно важно, чтобы психотерапевт смеялся не *над* пациентом, а *вместе* с ним. Пациенты и психотерапевты часто создают собственный иносказательный лексикон для обсуждения ОКР и хода вмешательства, который понятен только

им и способствует соблюдению правил вмешательства. Например, одна пара пациента—психотерапевт стали называть домашнее задание на экспозицию «проглотить жабу» по аналогии с пословицей, которую привела пациентка. Когда психотерапевт спрашивал пациентку, проглотила ли она утром жабу, он тем самым имел в виду трудность экспозиционного задания, которое надо было выполнить между сессиями. Психотерапевту следует проявлять наблюдательность и чутко реагировать на стиль межличностного общения, свойственный конкретному пациенту, для достижения терапевтических целей.

Т (*за пределами офиса*): А вот и оно, позади машины. Подойдите и коснитесь бордюра и асфальта рядом с ним. Не думаю, что стоит дотрагиваться до трупа, он дурно пахнет, но мне хотелось бы, чтобы вы прошли рядом, а потом прикоснулись бы к подошве туфель.

Д: Ну и ну! И правда, дохлятина. Какая мерзость!

Т: Ну да, немного неприятная, хотя, если хорошенько подумать, это всего лишь дохлая кошка. Какой от нее может быть вред?

Д: Не знаю. Наверное, у меня на руке теперь микробы.

Т: Какие микробы?

Д: От дохлой кошки.

Т: Что это за микробы?

Д: Не знаю. Обычные микробы.

Т: Что-то вроде туалетных микробов, с которыми мы уже знакомы?

Д: Вроде того. Что-то не видно, чтобы вокруг ходили люди и трогали дохлую кошку.

Т: Но не видно также, чтобы кто-нибудь спешил домой принимать душ или протирать свою машину спиртом. Самое время от этого избавиться. А теперь подойдите сюда, я сделаю это первой. (*Пациентка идет следом.*) Отлично. Прикоснитесь к бордюру и асфальту. Этот камешек вы можете взять, чтобы носить с собой. А вот и клочок бумаги, который лежал у животного под хвостом. Подойдите и возьмите его.

Д (*с отвращением*): Ох!

Т: Мы обе это потрогаем. Теперь прикоснитесь камнем к своей юбке, лицу, волосам. Вот так. Хорошо. Какой у вас уровень тревоги?

Д: Ох! Около девяноста девяти. Я бы сказала, что все сто, но это было бы преувеличением. Если бы вас здесь не было, точно было бы сто.

Т: Вам известно по прошлому опыту, что скоро станет намного легче. Не двигайтесь и давайте подождем. Вы отлично справляетесь.

Д (*прошло несколько минут, а она все еще выглядит потрясенной*): Вы сделали бы это, если бы не я?

Т: Да, если бы это была моя машина, а я уронила бы здесь свои ключи. Я бы подняла их и поехала дальше.

Д: И вы не стали бы их мыть?

Т: Нет. Дохлые животные не очень хорошо выглядят, однако они — часть мира, в котором мы с вами живем. Какова вероятность того, что мы заболеем, если до них дотронемся?

Д: Думаю, очень низкая. Я чувствую себя немного лучше, чем вначале. Сейчас тревога около девяноста процентов.

Т: Хорошо! Еще немного постоим.

Сессия продолжалась еще 45 минут, пока тревога значительно не снизилась. В течение этого времени разговор шел о вызывающих страх ситуациях и реакции на них пациентки. Психотерапевт приблизительно каждые 10 минут интересовалась уровнем тревоги у Джун. Важно отметить, что пациентка и психотерапевт

вели беседу во время выполнения задания на экспозицию, обсуждая такие вопросы, как привыкание, риск, ответственность и отдаленные результаты. В то же время необходимо было периодически переключать внимание пациентки на экспозиционное задание, чтобы она не отвлекалась. Вопросы об уровне тревоги выполняли две функции: давали информацию об уменьшении страха и возвращали пациентку в ситуацию экспозиции. Вместе с тем, если неформальная дискуссия отвлекает пациента, помогает ему «забыться», не думать о том, что он делает, психотерапевту следует ограничивать такой разговор.

Т: Как вы сейчас себя чувствуете?

Д: Гораздо лучше, но еще не очень хорошо.

Т: Как это выглядит в количественном выражении?

Д: Я бы сказала, что около пятидесяти пяти или шестидесяти.

Т: Вы сегодня хорошо поработали. Вы, должно быть, устали. Достаточно. Мне хотелось бы, чтобы вы захватили с собой эту палку и булыжник, чтобы продолжать ощущать себя зараженной. Положите их в карман и дотрагивайтесь до них в течение дня как можно чаще. Я хочу, чтобы вы заразили с их помощью свой офис и свой дом. Прикоснитесь ими ко всем вещам, в том числе на кухне, к стульям, кровати, к одежде в шкафу. Кроме того, мне бы хотелось, чтобы вы проезжали на машине мимо этого места по дороге на работу и с работы. Вы можете это сделать?

Д: Думаю, да. Но мне не хочется возвращаться домой со всей этой грязью.

Т: Почему бы вам не позвонить Кену и не договориться о том, чтобы он пришел домой первым и был рядом, чтобы вам помочь? Помните, вы всегда можете позвонить мне, если возникнут проблемы.

Д: Да, это отличная идея. Я просто уйду с работы после того, как уйдет он. До завтра.

Описанный сценарий иллюстрирует процесс экспозиции *in vivo*. Психотерапевт дает четкие ответы на задаваемые вопросы, не отклоняясь от основной цели сессии — экспозиции к вызывающему страх заразному началу. После первоначального подъема тревога может начать довольно быстро снижаться у некоторых пациентов, в то время как у других этот процесс может затянуться. Как указывалось ранее, желательно продолжать экспозицию до тех пор, пока состояние пациента внешне не улучшится и он не сообщит о значительном снижении уровня тревоги (на 40-50%).

Между 10-й и 15-й сессиями субъективный уровень тревоги у пациента должен значительно снизиться. Во время 15-й сессии максимальный уровень тревоги по шкале субъективного дискомфорта у Джун уже не превышал 70% (это тоже довольно высокий уровень, хотя и ниже 99) и сохранялся в течение нескольких минут. Минимальный уровень дискомфорта составил 35%. Средний уровень дискомфорта в течение сессии составил 45. В идеале к моменту окончания вмешательства максимальный уровень дискомфорта по шкале *SUDS* не должен превышать 50, а к концу сессии он должен снижаться до 20 баллов и ниже. В случае Джун требовалось увеличить число поддерживающих сессий в связи с высоким уровнем ее тревоги.

Чтобы ускорить переход к нормальному соблюдению правил гигиены, психотерапевт ввела режим нормального мытья на третьей неделе вмешательства. Пациентке было позволено ежедневно принимать душ продолжительностью не более 10 минут, не чаще пяти раз в день по 30 секунд мыть руки, когда на них была заметна грязь или же они были липкими.

На следующей неделе психотерапевт посетила Джун на дому для проведения терапевтической сессии, и между ними состоялся такой разговор:

Т: Как вы провели выходные?

Д: Неплохо. Но в субботу я немного расстроилась. Мы выехали на пикник, а вокруг места, где мы расположились, было несколько собачьих кучек. На мне были шлепанцы, а я хотела поиграть в волейбол. Шлепанцы мне мешали, и я стала играть босиком.

Т: Великолепно! Я рада это слышать.

Д: Да, но потом я очень расстроилась, когда представила, как возвращаюсь домой и несу все это в квартиру. Я сделала это — я прошла везде босиком, шлепанцы несла в руках. Но я тревожилась об этом весь следующий день, пока не поговорила в воскресенье с Кении. Мне стало немного легче, когда он сказал, что это его не беспокоит. Я словно чувствовала себя виноватой в том, что дом грязный. Но позднее я успокоилась, раз он считает, что все в порядке.

Т: Со временем вы научитесь самостоятельно приходить к такому заключению. Как обстояли дела с мытьем?

Д: Все было хорошо. Я мылась полминуты перед едой, потому что была вся в пыли после волейбола. Я сознательно не стала мыться сразу, как только пришла домой, потому что плохо себя чувствовала. Если бы я сделала это, все выглядело бы так, словно я себя «обеззараживала». Я приняла душ в субботу вечером и почувствовала облегчение, но я знала, что мне надо еще пройтись босиком по полу, по которому я ходила грязными ногами. Так я и сделала.

Т: Великолепно! Вы отлично справились. Я очень довольна. Вы не стали мыться, когда это означало бы снижение ощущения зараженности, при этом вы сумели подвергнуть себя экспозиции, несмотря на беспокойство по поводу микробов. Все замечательно. Теперь давайте поговорим о других проблемных ситуациях, над которыми стоит поработать дома. Что еще вас беспокоит?

Д: Подвал. Я очень беспокоюсь по поводу старых туфель и шкатулки из соломки, которые я бросила туда год назад, потому что они заражены. Кроме того, зараженная одежда лежит в шкафах. И еще меня тревожит задний двор. И крыльцо. На крышу садятся голуби, и на перилах много их помета. Я лучше подожду вас, мы сделаем это вместе.

Т: Ладно. Давайте начнем с наиболее простого. Что вызывает у вас меньше беспокойства?

Д: Подвал и шкафы.

Т: Хорошо. С них мы и начнем.

Экспозиция к заражающим агентам во время посещения на дому проводится аналогично экспозиции на терапевтических сессиях. Как правило, сессии в домашних условиях длятся дольше (от двух до четырех часов), пока пациент не прикоснется ко всем «грязным» предметам и все «чистые» места не будут заражены. Эти посещения следует повторить, если пациент выражает сильные сомнения в своей способности стойко воздерживаться от уклоняющегося поведения.

Сессии проспективного наблюдения

Джун приходила на сессии один раз в неделю на протяжении трех месяцев, пока у нее не возникли новые навязчивые мысли. Она стала беспокоиться о том, что может сбить пешехода во время езды на машине. Мысли о том, что она «может кого-то сбить», возникали особенно часто при повороте за угол или взгляде в зеркало заднего вида при необходимости перестроиться в другой ряд. Возникнув,

эти мысли не оставляли ее часами. Чтобы справиться с этой новой проблемой, психотерапевт порекомендовала ей ездить на машине чаще, воздерживаясь при этом от воспоминаний о проделанном пути и не поглядывая в зеркало для профилактики неожиданностей. Джун было сказано, что она может остановить машину только в том случае, если будет твердо уверена, что сбила человека. Мысли о том, что это «могло бы» произойти, следует игнорировать. Чтобы уменьшить тревогу Джун по поводу возникновения навязчивых мыслей (например: «О боже, опять эти мысли, какой ужас»), ей было предложено ожидать их возникновения время от времени, быть к этому готовой. Частота навязчивых мыслей о возможности кого-нибудь сбить после трех недель самостоятельной экспозиции уменьшилась с нескольких раз ежедневно до одного в неделю; связанный с этими мыслями уровень дискомфорта по шкале *SUDS* снизился с 95 до 50 баллов и даже меньше.

Из имевшихся у Джун навязчивых мыслей о микробах иногда возникали лишь опасения по поводу испражнений собак. Страхи, связанные с общественными туалетами и мертвыми животными, были выражены мало. Психотерапевт сочла, что страху, связанному с испражнениями собак, во время вмешательства было уделено недостаточно внимания. Чтобы исправить положение, Джун была приглашена на три часовые экспозиционные сессии в течение недели, на которых она прикасалась к коричневым пятнам на тротуаре, проходила мимо и даже наступала на собачьи испражнения. Домашнее задание включало прогулки в парке, хождение по тротуарам не глядя под ноги, наступая при этом на собачьи испражнения и траву там, где, по ее мнению, гуляли и оправлялись собаки. Это вмешательство продолжалось в течение четырех недель, затем еще в течение трех недель дополнительно проводилось две сессии в неделю. После этого Джун приходила раз в неделю еще шесть недель, выполняя при этом домашние задания на самостоятельную экспозицию с анализом всех возникающих по ходу проблем. Появившиеся в средствах массовой информации сведения о распространенности герпеса послужили причиной возникновения у Джун кратковременной тревоги в связи с посещением общественных туалетов, которая прошла в течение нескольких дней.

В приведенном ниже диалоге психотерапевт разбирает с Джун ее успехи за девять месяцев проспективного наблюдения.

Т: Мне хотелось бы узнать, как вы себя чувствуете сейчас по сравнению с тем, как вы пришли сюда первый раз девять месяцев назад.

Д: Мне стало определенно лучше. Но иногда бывают трудные дни, когда я слишком тревожусь и злюсь на себя за это. Но когда я вспоминаю, как плохо мне было прошлым летом, все это бесконечное мытье, я вижу, что стало гораздо лучше, наверное, процентов на восемьдесят. Пока я еще не готова быть постовой медсестрой, но после вмешательства я смогла устроиться на вполне приличную работу. У нас с Кении все хорошо, за исключением того, что он чересчур резко реагирует, если у меня проявляются прежние страхи. Я бы предпочла, чтобы он просто выслушал меня и сказал «Ладно», вместо того чтобы тревожиться. Словно он боится за меня. Это мешает мне быть с ним откровенной, но иногда он реагирует вполне нормально. Мне не на что жаловаться. Ему тоже досталось, год назад и до этого я была не подарок.

Т: Я рада узнать, что вам лучше. Вы держитесь более свободно. Вы стали чаще смеяться. Не знаю, помните ли вы это, но в начале нашего знакомства вы вообще не смеялись.

Д: Я помню.

Т: Что еще осталось — что составляет эти двадцать процентов?

- Д: Навязчивые мысли. Я не могу полностью избавиться от мыслей, что на кого-нибудь наеду. Это редко длится больше пятнадцати минут, но бывает, что затягивается на целый вечер.
- Т: Как часто так происходит?
- Д: Мне кажется, один раз в неделю или две. Кроме того, мне не хочется ходить по траве в парке. Словно я проявляю бдительность. Я заставляю себя это делать, и довольно часто.
- Т: Вы хотите сказать, что приходится напоминать себе о том, что не следует избегать собачьих испражнений?
- Д: Да. И еще я склонна видеть все в черно-белом свете, только хорошее или только дурное. Я ловлю себя на мысли, что ощущаю вину за всякие глупости вроде съеденного после плотной еды десерта. Я не могу остановиться, словно постоянно виню себя или думаю дурно о том, что сделала. Мне приходится за этим следить. Несмотря на это, мое состояние не сравнить с прежним. Я могу испытывать удовольствие. Работа отнимает много времени и сил, поэтому иногда я целыми днями ни в чем себя не виню. Будет ли так всегда?
- Т: Возможно, в той или иной степени. Мы знаем, что у вас имеется склонность к навязчивым мыслям и действиям. Большинство тех, у кого имеются обсессивно-компульсивные проблемы, утверждают, что ритуалы и потребность их исполнять проходят гораздо быстрее, чем навязчивые идеи. В течение некоторого времени беспокоящие вас мысли могут сохраняться, однако они постепенно будут возникать реже, если вы не станете подкреплять их ритуалами или избегающим поведением. Справитесь ли вы с этим?
- Д: Думаю, да. Конечно, это нелегко, но, мне кажется, я опять стала жить нормальной жизнью. Наверное, у каждого имеются свои проблемы.

Крайне редко пациенты сообщают о полном исчезновении всяких навязчивых мыслей. Нереалистично обещать пациентке, что через четыре недели вмешательства все ее навязчивые мысли и ритуалы полностью исчезнут. Пациенты должны подготовиться к длительной борьбе с навязчивыми мыслями и стремлением к ритуальному поведению. Необходимо прорепетировать стратегии преодоления неожиданных затруднений.

Осложнения при проведении вмешательства Э/ПР

Само собой разумеется, во время проведения вмешательства Э/ПР при ОКР могут возникнуть трудности. Некоторые из них описаны ниже с соответствующими рекомендациями по их преодолению.

*

Неспособность воздерживаться от ритуалов

Пациенты с ОКР часто сообщают об исполнении ритуалов, несмотря на рекомендации воздерживаться от них. В большинстве случаев это кратковременные «срывы», на которые психотерапевт должен отреагировать, подчеркнув важность соблюдения правил вмешательства и строгого воздержания от ритуалов. Кроме того, психотерапевт может предложить способы сведения ритуала на нет (например, повторное заражение или включение-выключение кухонной плиты).

Иногда о нарушении принципа профилактики ритуалов психотерапевту сообщает член семьи пациента, призванный оказывать ему поддержку. Этот случай

обязательно следует обсудить с пациентом, подчеркнув при этом, что повторные нарушения инструкций по профилактике ритуалов приведут к неукладу вмешательства. Ниже приводится пример того, как можно отреагировать на нарушение требований о профилактике ритуалов.

Я узнал от вашего отца, что трижды на этой неделе он застал вас за тем, как вы, прежде чем уйти из дому, пять или шесть раз проверяли, заперта ли входная дверь. Как мы условились на первой сессии, он позвонил и сообщил мне об этом. Я думаю, вы помните наш уговор, что вы не должны проверять, заперта ли дверь, больше одного раза. Если же у вас есть проблемы, то их следует обсудить со мной или отцом, чтобы мы помогли вам преодолеть стремление к ритуальному поведению. Может быть, вы объясните мне, что произошло?

Если пациент признается, что сорвался, и подтверждает свое согласие следовать рекомендациям, психотерапевту не следует больше обсуждать эту тему. Вместе с тем, при возникновении второго значимого нарушения требований о профилактике ритуалов, психотерапевт должен вновь напомнить пациенту о правилах проведения психотерапии и обосновать эти правила, обсудив с пациентом конкретные пути профилактики ритуалов.

Если в ходе этой дискуссии станет ясно, что пациент не желает соблюдать рекомендации и продолжает исполнять ритуалы и придерживаться избегающего поведения для борьбы с дискомфортом вследствие навязчивых мыслей, психотерапевт может поднять вопрос о прекращении вмешательства в связи с неготовностью пациента.

Складывается впечатление, что в настоящий момент вы не способны воздерживаться от ритуалов. Для успеха вмешательства необходимо, чтобы вы *полностью* прекратили свои ритуалы. Всякий раз, когда вы избавляетесь от дискомфорта с помощью ритуалов, вы лишаете себя возможности узнать, что тревога со временем проходит и без ритуалов, не давая прервать связь между навязчивыми мыслями и дискомфортом.

Подвергать себя действию пугающих ситуаций, продолжая при этом ритуалы, бессмысленно, вмешательство не принесет успеха. В таком случае лучше прекратить терапию и подождать, пока вы не сможете в точности соблюдать все рекомендации. Людям трудно противостоять стремлению к ритуалам, вполне возможно, что вы пока не готовы, но в будущем вам это будет удаваться лучше. Целесообразно отложить вмешательство и подождать более благоприятных условий, чем продолжать сейчас, когда вы вряд ли извлечете из него пользу. Неудача только укрепит ваше неверие в возможность улучшения.

Как уже говорилось, пациенты иногда заменяют выявленные ритуалы менее очевидными моделями избегания. Например, пациент может воспользоваться лосьоном для рук с целью «обеззараживания», вместо того чтобы подолгу мыть руки, как это было вначале. В подобных случаях психотерапевту необходимо своевременно запретить пациенту новый ритуал. Другими возможными способами замещения ритуалов мытья является привычка отряхивать руки или сдуть «микробов»; избыточные проверки замещаются быстрыми взглядами. Прямой расспрос пациента с целью получения необходимой информации проводится следующим образом.

Теперь, когда вы воздерживаетесь от ритуалов мытья, не заметили ли вы у себя появления новых привычек, позволяющих избавиться от тревоги? Например, некото-

рые люди начинают вытирать руки бумажными полотенцами или салфетками вместо мытья с водой и мылом. Не делаете ли вы чего-то подобного?

В случае утвердительного ответа психотерапевту следует квалифицировать новые виды поведения как ритуалы, рекомендуя пациенту воздерживаться от них точно так же, как он это делает в отношении других вынужденных действий.

Стойкое пассивное избегание

Пациенты, продолжающие избегать ситуаций, которые вызывают навязчивые мысли и дискомфорт, как правило, не добиваются больших успехов в результате вмешательства Э/ПР. Например, пациент может положить «зараженную» одежду обратно в шкаф, как ему было рекомендовано, но при этом постарается сделать так, чтобы она не касалась чистой. Такое избегание отражает двойственное отношение к вмешательству, замедляя привыкание к тревоге в пугающих ситуациях. Поскольку все эти процессы могут ухудшить исход терапии, наличие стойкого и частого избегающего поведения требует от психотерапевта (Т) и пациента (П) решить вопрос о целесообразности продолжения вмешательства.

Т: Джим, давайте разберемся, удалось ли вам на этот раз правильно выполнить домашнее задание. Насколько я помню, вам было трудно положить грязное нижнее белье с другой грязной одеждой. Как успехи на этот раз?

П: Я боялся, что вы меня об этом спросите. Я по-прежнему не могу их класть вместе. Я боюсь.

Т: Мы с вами обсуждали эту тему несколько дней назад, вы должны были сделать это в тот же день вечером. Желательно, чтобы вы рассказывали мне о своих проблемах как можно раньше, на следующий день. Я прошу вас завтра взять с собой грязную одежду. Принесите грязное белье и другую одежду, положив их в разные сумки. Мы с вами смешаем их здесь, в кабинете. Есть ли другие вещи, которых вы избегаете, но не говорите об этом мне?

П: Думаю, нет.

Т: Мне хотелось бы, чтобы вы обратили внимание на то, что вы делаете и чего не делаете. Составьте перечень предметов или ситуаций, которых вы избегаете, особенно тех, с которыми надо контактировать в соответствии с программой психотерапии. Чрезвычайно важно, чтобы вы не пытались защитить себя, избегая неприятных ситуаций, иначе ваше состояние не улучшится. Давайте попробуем еще раз; если вам снова не удастся выдержать проблемные ситуации без малейших проявлений избегания, имеет смысл подумать об откладывании вмешательства до той поры, пока вы не сможете выполнить требования программы вмешательства.

Споры

Некоторые индивиды, справляющиеся с заданиями на экспозицию, не прибегая при этом к ритуалам, могут попытаться вовлечь психотерапевта в спор по поводу домашних заданий. Возникает искушение вступить в дискуссию с пациентом относительно его предпочтений во время вмешательства. Чтобы избежать этого, психотерапевту и пациенту необходимо предварительно оговорить ряд основных правил до начала интенсивной программы. Пациенты должны дать согласие следовать плану вмешательства, разработанному при их участии, и без возражений прорабатывать неприятные ситуации; в тех случаях, когда обнаружатся новые зоны дискомфорта, следует это обсудить и разработать новую экспозиционную

программу, согласовать ее и затем выполнять. Если пациент возражает против запланированной экспозиции или пытается внести свои изменения в уже согласованный сценарий, психотерапевт должен признать имеющийся у пациента дискомфорт, поинтересоваться причинами неуверенности и поощрить пациента к выполнению намеченного.

Я сожалею, что вам так трудно сидеть на полу. Мне известно, что это нелегко и вы напуганы. Но если мы отложим экспозицию или вообще отменим ее, вам станет хуже. Вам действительно необходимо прикоснуться к полу, поэтому давайте продолжать. Мы с вами договорились, что сегодня день «пола», и это не было бы одолжением с моей стороны, если бы я позволил вам избежать этого. Помните, однако, я с вами и готов оказать вам всемерную поддержку в случае необходимости.

В некоторых случаях трудности удастся преодолеть, если поначалу подвергнуть пациента воздействию сходных раздражителей, но вызывающих менее выраженный дискомфорт. Например, если пациент отказывается прикоснуться к сиденью унитаза, психотерапевт может предложить для начала дотронуться до пола или двери туалета. После этого пациент может коснуться стен и бачка, прежде чем дотронуться до самого сиденья.

Эмоциональная перегрузка

Изредка во время вмешательства пациента охватывает страх или другие сильные эмоции, непосредственно не связанные с имеющейся у него симптоматикой ОКР. Так, пациент может быть расстроен недавним событием (например, смертью родственника) или жизненными обстоятельствами (например, началом самостоятельной жизни или поиском работы). Если пациент очень расстроен, нежелательно проводить упражнения на экспозицию, поскольку маловероятно, чтобы пациент адекватно отреагировал на предъявленные раздражители; в связи с этим снижается вероятность развития привыкания к тревоге. Вместо экспозиции лучше обсудить с пациентом проблемную ситуацию, а упражнение провести после того, как пациент успокоится. В редких случаях экспозицию имеет смысл перенести на следующую сессию. Если это становится правилом, целесообразно прервать вмешательство до окончания кризиса.

Отсутствие тревоги во время экспозиции

Иногда пациенты реагируют на экспозицию, проявляя эмоции иные, чем тревога или дискомфорт, в частности гнев или депрессию. Клинические наблюдения показывают, что гнев часто служит для пациента средством избежать дискомфорта или тревоги, которые являются целью экспозиции. Если это происходит, гнев квалифицируется как проявление избегания. Психотерапевт должен переориентировать пациента на вызывающие тревогу аспекты ситуации, указав ему на то, что гнев мешает достижению успехов.

Временами, когда пациенты сталкиваются во время мысленной экспозиции с пугающими последствиями своего поведения, они впадают в депрессию. Подобная депрессия и другие эмоциональные реакции могут снизить эффективность вмешательства, поэтому психотерапевту необходимо помочь пациенту переключить внимание на вызывающие тревогу моменты ситуации. Это достигается путем изменения содержания мысленной экспозиции, ухода в сторону от вызыва -

ющих страх последствий, к признакам внешней угрозы. В отдельных случаях такая переориентация не позволяет разрешить проблему, и пациенты продолжают демонстрировать депрессивную реакцию на экспозицию. Тогда следует разработать другие сценарии мысленной экспозиции, не провоцирующие депрессию.

Вновь возникающие страхи и ритуалы

Как уже говорилось, у пациентов в процессе вмешательства время от времени возникают «новые» страхи или ритуалы. Часто содержание новой симптоматики тесно связано с первоначальными страхами, поэтому можно бороться с ним при помощи тех же рекомендаций по проведению Э/ПР вмешательства, которые пациент получил ранее. Например, после успешной реализации принципов профилактики ритуалов по поводу вынужденного мытья рук мистер Ф. начал потирать ладони друг о друга, чтобы их очистить. Его психотерапевт квалифицировал такое поведение как вновь возникший ритуал, дав рекомендацию воздерживаться от таких действий. После этого мистер Ф. начал осторожно потирать пальцы о ладони с целью очистить руки и уменьшить выраженность тревоги. Ему было предложено прекратить этот ритуал, как и все остальные, что увенчалось успехом.

Некоторые из вновь возникающих страхов могут быть явно не связаны с первоначальными страхами пациента. Например, возникший у Джун страх сбить пешехода не имел явной связи с боязнью заразиться. При дальнейшем рассмотрении, однако, удается выявить концептуальную связь между двумя страхами. В случае Джун ее страх быть обвиненной в заболевании или смерти другого человека, ее беспокойство о том, что другие сочтут ее «плохой», потому что из-за нее кто-то погиб или от нее пахнет испражнениями, помогают провести параллели между двумя имеющимися страхами. В таких случаях психотерапевту необходимо разработать план экспозиций, включающих раздражители, связанные с проявлениями этого генерализованного страха. Психотерапевт Джун провела мысленную экспозицию, включавшую образы людей, критиковавших Джун и обвинявших ее в чьей-то смерти.

Негативная реакция членов семьи

В связи с тем, что члены семьи, как правило, годами страдают от симптоматики пациента, не удивительно, что многие из них с нетерпением ждут результатов в надежде, что все пройдет быстро и гладко. Поэтому члены семьи часто испытывают разочарование или гнев, когда улучшение не наступает достаточно скоро. В подобных случаях психотерапевт должен заверить членов семьи, что периодическое проявление реакций тревоги вполне обычное явление, которое не говорит о неуспехе вмешательства. Родственников надо убедить в необходимости спокойного реагирования и поддержки пациента в случае проявлений у него тревоги. Часто в семьях формируются стереотипы поведения, направленные на снижение дискомфорта у пациента. Иногда родственники продолжают так себя вести и на фоне вмешательства, потому что пытаются защитить пациента от волнений, или же дает себя знать устоявшаяся привычка приспосабливаться к требованиям пациента. Так, мистеру П., в угоду жене привыкшему входить в свой дом через подвал, быстро снимать с себя одежду и принимать душ, было рекомендовано

входить через парадную дверь и бросать свой плащ на кушетку. Аналогичным образом члены семьи могут продолжать выполнение разнообразных действий, которые привыкли считать необходимыми для блага пациента, дабы уберечь его от дискомфорта. Так, мистер Ф. выполнял обязанности по приготовлению пищи, поскольку его жена опасалась заразить продукты питания и чрезвычайно страдала от этого. В связи с тем, что подобные паттерны семейного поведения замедляют прогресс в процессе вмешательства, задача психотерапевта — расспросить пациента и членов его семьи о подобных привычках, с тем чтобы рекомендовать соответствующие альтернативные виды поведения, усиливающие экспозицию и препятствующие избеганию у пациента.

Бессимптомное функционирование

В конце вмешательства многие пациенты с ОКР обнаруживают, что у них много свободного времени. В отсутствие необходимости тратить большую часть дня на исполнение ритуалов они вынуждены решать, что им теперь делать. Психотерапевт должен проявить чуткость в этих вопросах и помочь пациенту поставить перед собой новые цели, касающиеся профессионального роста или расширения социальных контактов после завершения психотерапии. В случае необходимости психотерапевту следует провести дополнительные сессии или направить пациента к другому психотерапевту, который будет заниматься социальной адаптацией пациента.

Проведя долгие годы в исполнении своих ритуалов, пациенты иногда плохо представляют себе, что такое «нормальное» поведение. В задачи психотерапевта входит дать рекомендации по адекватному мытью, проверкам, повторам действий или наведению порядка (см. формулу 5.2). Если ритуалы все еще дают о себе знать, психотерапевт должен дать пациенту инструкции продолжить профилактику ритуалов с целью поддержания стойких результатов вмешательства. У пациента может возникнуть страх, что симптоматика ОКР вернется. Психотерапевт должен убедить такого пациента, что единичное мытье рук не свидетельствует о рецидиве расстройства.

Заклучение

В этой главе мы проанализировали опубликованные данные по ОКР и терапии этого расстройства, а также привели диалоги между пациентом и психотерапевтом, отражающие взаимодействие в процессе вмешательства Э/ПР. Из обзора видно, что в настоящее время уже многое известно о когнитивно-поведенческой терапии и фармакотерапии при ОКР. В своей клинической работе со взрослыми мы преимущественно руководствуемся результатами эмпирических наблюдений, которые обобщены в этой главе, однако далеко не все наши клинические решения имеют эмпирическое обоснование. Так, пока не существует достаточно обоснованных свидетельств (прямого сопоставления с привлечением контрольной группы) того, что интенсивное вмешательство Э/ПР превосходит по эффективности менее интенсивное вмешательство; несмотря на это, мы, как правило, проводим именно интенсивное вмешательство у своих взрослых пациентов уже при умеренной выраженности ОКР. Хотя клинический опыт говорит о том, что сессий с частотой раз в неделю обычно недостаточно для достижения значимого

улучшения у большинства взрослых пациентов с ОКР, еще предстоит доказать, что сессии с частотой 2-3 раза в неделю дают результаты, сопоставимые с ежедневной терапией непосредственно после вмешательства и при проспективном наблюдении. Требуется проведение специальных исследований с целью изучения этого вопроса, чтобы можно было построить кривую «доза—эффект» для терапии Э/ПР. Другим важным моментом является сочетание Э/ПР с лекарственной терапией. В перспективе можно будет планировать оптимальный режим вмешательства для каждого конкретного пациента.

Эмпирические данные и клинические наблюдения свидетельствуют о том, что психосоциальное вмешательство при ОКР должно включать в себя как экспозицию, так и рекомендации по профилактике ритуалов, причем невозможность провести экспозицию к ситуациям, провоцирующим наиболее выраженную тревогу, сопряжена с неблагоприятным исходом вмешательства. Учитывая различия между самостоятельной экспозицией и экспозицией под руководством психотерапевта, мы в нашей клинике отдаем предпочтение второй. В настоящее время отказ от помощи психотерапевта при проведении упражнений на экспозицию представляется преждевременным, поскольку известные на сегодняшний день исследования, посвященные этой проблеме, имеют существенные методологические недостатки, например малочисленность выборки. Учитывая роль когнитивных вмешательств при ОКР, можно сказать, что описанная в данной главе программа Э/ПР, по сути дела, «когнитивно-поведенческое» вмешательство, поскольку нацелена как на представления пациента об окружающей действительности, так и на его поведение. Но мы обычно не проводим формального когнитивного реструктурирования. Требуются дальнейшие исследования, чтобы определить наиболее эффективные когнитивные и поведенческие процедуры для коррекции тех или иных патологических эмоций. Когнитивные процедуры могут также быть использованы в «программах подготовки», разработанных с целью помочь пациентам, которые сомневаются в необходимости вмешательства Э/ПР, осознать, что это вмешательство не только обладает высокой эффективностью, но и вполне им по силам. Данные современных эмпирических исследований свидетельствуют о том, что, хотя антидепрессанты при ОКР не снижают эффективности когнитивно-поведенческой терапии, комбинация этих двух подходов не обязательно будет превосходить по действенности изолированную терапию Э/ПР. Вместе с тем частичная редукция симптомов, которую обычно обнаруживают при проведении фармакотерапевтического вмешательства при ОКР, помогает некоторым пациентам пережить страдания, связанные Э/ПР, что в некоторых случаях оправдывает проведение премедикации.

Какие факторы способствуют получению стойких результатов в процессе вмешательства Э/ПР при ОКР? По нашим данным, те пациенты с ОКР, состояние которых заметно улучшается сразу же после вмешательства, с большей вероятностью сохраняют достигнутое при проспективном наблюдении, чем те, состояние которых улучшилось незначительно. Таким образом, акцент на процедурах, приводящих к наилучшему результату непосредственно после вмешательства, дает и поддерживающий эффект. По нашим клиническим наблюдениям, с положительным исходом вмешательства связаны хорошее понимание идеи вмешательства, активное участие в выполнении упражнений на экспозицию, строгое соблюдение рекомендаций по профилактике ритуалов, стремление разработать и применить

на практике упражнения на экспозицию в промежутках между сессиями, а также готовность проработать самые трудные ситуации в иерархии страхов. Таким образом, словесное подкрепление пациентов, когда им удается достичь своих целей, наряду с дополнительными разъяснениями в случае неудачи чрезвычайно важны для достижения стойких позитивных терапевтических изменений. Помимо этого, хороший эффект дают техники профилактики рецидивов, разработанные специально для ОКР (Hiss et al., 1994). В своей клинической практике мы начинаем обсуждать процедуры профилактики рецидивов задолго до завершения вмешательства, а во время нескольких последних сессий активного вмешательства мы полностью переключаемся на поддержание достигнутых изменений. Считается, что благоприятное действие оказывает также продление контакта с лечащим врачом; в связи с этим в течение первых нескольких месяцев после завершения активного вмешательства проводятся короткие сессии проспективного наблюдения, в случае необходимости контакт продолжается и после того, как этап проспективного наблюдения формально завершится. В качестве профилактики рецидивов мы часто предлагаем нашим пациентам планировать упражнения на Э/ПР для гипотетических навязчивых мыслей, которые могут возникнуть у них в будущем (например, «Если в течение ближайших шести месяцев у вас возникнут навязчивые мысли о том, что, притронувшись к стволу дерева, вы заразитесь ужасной болезнью, какие упражнения вы будете выполнять?»). Это побуждает пациентов творчески и самостоятельно подходить к решению проблем, связанных с обсессивно-компульсивной симптоматикой, вместо того, чтобы полагаться при этом на рекомендации психотерапевта. Мы также подчеркиваем, что эпизодическое возникновение навязчивых мыслей не должно служить основанием для тревоги, при условии, что пациенты самостоятельно проводят Э/ПР с целью профилактики этих навязчивых мыслей и стремлений к исполнению ритуалов. Пациенты, принимающие такую позицию, как правило, эффективно пользуются приобретенными в процессе вмешательства навыками, что позволяет им контролировать свою обсессивно-компульсивную симптоматику даже спустя годы после завершения вмешательства.

Литература

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (in press). Empirical status of cognitive methods in the treatment of OCD. In M. H. Freeston & S. Taylor (Eds.), *Cognitive approaches to treating obsessions and compulsions: A clinical casebook*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31, 517-528.
- Alien, J. J., & Tune, G. S. (1975). The Lynfield Obsessional/Compulsive Questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 20, 21-24.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ballentine, H. T., Bouckoms, H. A., Thomas, E. K., & Giriunas, L. L. (1987). Treatment of psychiatric illness by stereotactic singulotomy. *Biological Psychiatry*, 22, 807-809.
- Baxter, L. R., Phelps, M. L., Maziotta, J. C., Guze, B. H., Schwartz, J. M., & Selin, C. L. (1987). Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive and compulsive disorder: A comparison with rates in unipolar depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 44, 211-218.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Behar, D., Rapoport, J. L., Berg, C. J., Denckla, M., Mann, L., Cox, C., Fedio, P., Zahn, T., & Wolfman, H. (1984). Computerized tomography and neuropsychological test measures in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 363-369.
- Boulougouris, J. C., Rabavilas, A. D., & Stefanis, C. (1977). Psycho-physiological responses in obsessive compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 221-230.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Chamey, D. S., Goodman, W. K., Price, L. H., Woods, S. W., Rasmussen, S. A., & Heninger, G. R. (1988). Serotonin function in obsessive-compulsive disorder: A comparison of the effects of tryptophan and m-chlorophenylpiperazine in patients and healthy subjects. *Archives of General Psychiatry*, 45, 177-185.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995). Memory for actions in obsessive compulsives with checking rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 665-671.
- Cottraux, J., Mollard, L., Bouvard, M., Marks, I., Sluys, M., Nury, A. M., Douge, R., & Ciadella, P. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 5, 17-30.
- Cox, C. S., Fedio, P., & Rapoport, J. L. (1989). Neuropsychological testing of obsessive-compulsive adolescents. In J. L. Rapoport (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents* (pp. 73-86). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DeAraujo, L. A., Ito, L. M., Marks, I. M., & Deale, A. (1995). Does imaginal exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD? A controlled study: I. Main outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 65-70.
- Dollard, J., & Miller, N. L. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155, 102-108.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive — compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Emmelkamp, P. M. G., Van der Helm, M., Van Zanten, B. L., & Plochg, I. (1980). Treatment of obsessive-compulsive patients: The contribution of self-instructional training to the effectiveness of exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 61-66.
- Emmelkamp, P. M. G., & van Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 491-495.
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 189-193.
- Flament, M., Koby, E., Rapoport, J. L., Berg, C. J., Zahn, T., Cox, C., Denckla, M., & Lenane, M. (1990). Obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 363-380.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, J. M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 78-171.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 391-399.
- Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 10, 717-724.
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K., Molnar, C., Przeworski, A. (in press). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Foa, E. B., & Chambless, D. L. (1978). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 391-399.
- Foa, E. B., Grayson, J. B., & Steketee, G. (1982). Depression, habituation and treatment outcome in obsessive-compulsives. In J. C. Boulougouris (Ed.), *Practical applications of learning theories in psychiatry* (pp. 129-142). New York: Wiley.

- Foa, E. B., Grayson, J. B., Steketee, G. S., Doppelt, H. G., Turner, R. M., & C Latimer, P. I. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421-52). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & Kozak, M.J. (1996). Psychological treatments for obsessive compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. P. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W K, Hollander, E.Jenike, M. A., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G., & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., & Doppelt, H. C (1983). Treatment of obsessive-compulsives: When do we fail? In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 10-34). New York: Wiley.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Tumer, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., Kozak, M. J., & Dugger, D. (1985). *Effects of imipramine on depression and on obsessive-compulsive symptoms*. Paper presented at the European Association for Behavior Therapy, Munich, Federal Republic of Germany.
- Foa, E. B., Steketee, G., Tumer, R. M., & Fischer, S. C (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 449-455.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2000). *Exposure and ritual prevention with and without concomitant pharma-cotherapy in the treatment of OCD*. Manuscript submitted for publication.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive Compulsive disorder: Randomized versus non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freund, B. (1986). *Comparison of measures of obsessive-compulsive symptomatology and standardized assessor- and self-rated*. Unpublished doctoral dissertation, Southern Illinois University.
- Freund, B., Steketee, G., & Foa, E. B. (1985). *Comparison of obsessive-compulsive symptomatology measures: versus self-rated*. Unpublished manuscript.
- Goodman, W K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C, Delgado, P., Heninger, G. R., & Chamey, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K, Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C, Fleischmann, R. L., Hill, C L., Heninger, G. R., & Chamey, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Greist, J. H. (1992). An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl.), 38-41.
- Greist, J. H., Chouinard, G., DuBoff, E., Halaris, A., Kim, S., Koran, L., Liebowitz, M. Lydiard, R., Rasmussen, S., White, K., & Sikes, C. (1995). Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 289-295.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W, Kobak, K. A., Katelnick, D. J., & Serlin, R. C (1995). Efficacy and tolerability of serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 46, 53-60.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Head, D., Bolton, D., & Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 25, 929-937.
- Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). A relapse prevention program for treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117.

Когнитивная психотерапия при депрессии¹

Джеффри Э: Янг, Артур
Д. Уэйнбергер, Аарон Т.
Бек

Одним из величайших достижений в сфере психосоциальных подходов к решению эмоциональных проблем стало успешное применение когнитивной психотерапии при депрессии. Накопилось много данных в пользу высокой эффективности этого подхода с момента второго переиздания этой книги, в частности о получении стойких отдаленных результатов. Наряду с широким спектром специфических когнитивных и поведенческих техник, для когнитивной психотерапии характерна продуманная структура каждой сессии с конкретными задачами и специфическими подходами к их решению, а также чрезвычайно свободный и действенный стиль терапевтического взаимодействия с пациентом в виде серии вопросов. Более того, авторы убедительно доказывают важность отношений сотрудничества между психотерапевтом и пациентом, а также предлагают конкретные техники налаживания такого сотрудничества, когда пациент и психотерапевт становятся слаженной командой.

В этой главе авторы описывают второй важный этап вмешательства, который отражает любопытную разновидность когнитивной психотерапии. Этот так называемый «сфокусированный на схемах» этап вмешательства посвящен выявлению и модификации ранних неадаптивных или «сущностных» схем, сформировавшихся в период детства. Эти схемы могут повышать вероятность рецидива расстройства. Детальное описание этого второго этапа вмешательства будет чрезвычайно полезно как опытным когнитивным терапевтам, так и тем, кто впервые узнал об этом подходе к психотерапии Депрессии.

ДэвидХ. Барлоу

Обзор и исследования

Депрессия и возникновение когнитивной психотерапии

Депрессия — одно из наиболее распространенных расстройств, с которыми приходится сталкиваться специалистам по поддержанию психического здоровья. Национальный институт психического здоровья США (NIMH) приводит следующие данные:

ПоМКБ-10 — F 32. — *Примеч. науч. ред.*

- свыше 19 млн взрослых американцев ежегодно страдают депрессией в той или иной форме;
- депрессия повышает риск сердечных приступов, а также осложняет течение инсульта, диабета и злокачественных новообразований;
- депрессия является ведущей причиной нетрудоспособности;
- связанные с ней материальные затраты превышают \$30 млрд в год (NIMH, 1999)

По прогнозам ученых, к 2010 г. депрессия станет вторым по материальным затратам заболеванием во всем мире; в 1990 г. она занимала четвертое место (Keller & Boland, 1998). Как явствует из этих сообщений, депрессия широко распространена, нарушает нормальное функционирование людей и сопровождается значительными материальными затратами.

Хотя существует множество теорий о предпосылках депрессии,

данные исследований, посвященных возникновению очерченных эпизодов депрессии у взрослых, позволяют утверждать, что большинство эпизодов провоцируются жизненными событиями или существующими проблемами; причем роль событий считается наиболее важной... Исследования показали, что около 66-90% эпизодов депрессии последовали после тяжелых жизненных событий, происшедших за полгода или менее до этого эпизода... Большинство из этих событий в той или иной степени связаны с утратой... (Brown, 1996, pp. 151-154).

Никакие слова не могут передать боли и страданий, которыми сопровождается депрессия. Вместе с тем люди, нуждающиеся в помощи специалистов в первую очередь, как правило, этой помощи не получают (Frank & Thase, 1999; Jarrett, 1995). Одна из причин этого — стигматизация страдающих депрессией, но не следует умалять и те препятствия, которые мешают получить помощь. Значение адекватной терапии трудно переоценить, что особенно важно для людей с уже нарушенным функционированием.

Американцы, которые обращаются по поводу вмешательства при депрессивной симптоматике, должны самостоятельно решать, куда идти и какому специалисту довериться... клиницист должен выбрать соматическую или психологическую терапию или же комбинацию этих двух подходов к вмешательству, правильно составить график сессий и рассчитать их интенсивность с учетом особенностей конкретного пациента... Во время этой процедуры пациент принимает решение о том, насколько точно и как долго он станет соблюдать данные ему рекомендации с учетом известных и неизвестных ему материальных, физических и эмоциональных затрат... К сожалению, недостаточность информации, а также продолжающаяся социальная стигматизация лиц, страдающих психическими заболеваниями, и самих психологических вмешательств оказывает сильнейшее влияние на процесс принятия решений. Кроме того, эти решения принимаются в обстановке социальных, политических и экономических распри и напряженных отношений между законодателями, страховыми компаниями и клиницистами, а также представителями разных терапевтических подходов (Jarrett, 1995, p. 435).

Когда помощь, наконец, близка, она часто оказывается неадекватной, отражая кризис в общественном здравоохранении (Keller & Boland, 1998). Сохраняется настоятельная потребность в разработке быстродействующих вмешательств с доказанной эффективностью.

Одним из важнейших достижений в области терапии депрессии стало появление когнитивной психотерапии. Работа, проделанная за последние 30 лет Аароном Т. Беком и его коллегами (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), привела к созданию особого направления в психотерапии (Salkovskis, 1996). Отчасти благодаря разработанному Беком подходу к проверке гипотез и ведению клинических протоколов, когнитивная психотерапия привлекла внимание специалистов (Hollon, 1998; McGinn & Young, 1996; Rehm, 1990). Из всех когнитивно-поведенческих терапевтических (КПТ) подходов к депрессии наиболее широкое признание получила стратегия Бека (Beck, 1967; Beck et al, 1979): исследована ее эффективность и сферы клинического применения (Barlow & Hermann, 1997; de Oliveira, 1998; Dobson & Pusch, 1993; Hollon, 1998; Rehm, 1990; Roberts & Hartlage, 1996; Scott, 1996a). Опубликован целый ряд замечательных книг для психотерапевтов-практиков, в которых подробно изложены процедуры когнитивной психотерапии (например, J. S. Beck, 1995).

Наряду со столь широким признанием все чаще стал возникать вопрос, что в действительности следует понимать под термином «когнитивная психотерапия»:

...Реально существующие когнитивные терапевтические стратегии, которые входят в «когнитивные» вмешательства, заметно отличаются друг от друга и от рекомендаций Бека (Beck et al, 1979) в части процедур когнитивной психотерапии при депрессии. Таким образом, читатель должен отдавать себе отчет в том, что термин «когнитивная психотерапия» не обязательно обозначает единообразие процедур. Дополнительную путаницу вносит параллельное употребление терминов «когнитивная психотерапия» и «когнитивно-поведенческая психотерапия». Психотерапия, которая была описана Беком (Beck et al, 1979), подразумевает использование как когнитивных, так и поведенческих техник, а значит, более точным является термин «когнитивно-поведенческая терапия»; вместе с тем в литературе оба термина употребляются применительно к процедурам, которые предложил Бек (Beck et al, 1979), причем в последних публикациях используется термин «когнитивная психотерапия» (Sacco & Beck, 1995, p. 345).

Данные исследований о стойкой ремиссии после вмешательства при депрессии

Изучение эффективности разных подходов к терапии депрессии показало, что когнитивная психотерапия не менее действенна, чем трициклические антидепрессанты (ТЦА) при проведении вмешательства у амбулаторных пациентов с униполярной депрессией на этапе завершения (Beck et al, 1979; Blackburn & Bishop, 1979, 1980; McLean & Hakstian, 1979; Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). В одной группе исследований были получены следующие средние показатели терапевтических изменений, касающихся уровня депрессии у амбулаторных пациентов непосредственно после вмешательства: 66% для прошедших только когнитивную психотерапию, 63% для получавших только ТЦА и 72% для пациентов с комбинированным подходом (Williams, 1997). Несмотря на значительную вариабельность положительной динамики от исследования к исследованию (см. Biggs & Rush, 1999), улучшение состояния пациентов на завершающем этапе редко не дотягивает до 50%, причем различия между тремя терапевтическими подходами к вмешательству обычно не значимы. В нескольких специально спланированных

исследованиях не удалось получить доказательств большей эффективности комбинированного подхода (КПТ + антидепрессанты) по сравнению с одним из вмешательств (Biggs & Rush, 1999; Evans et al., 1992; Hollon, Shelton, & Loosen, 1991; Scott, 1996a; Shaw & Segal, 1999). Более того, несмотря на малое число подобных исследований, получены обнадеживающие результаты при проведении когнитивной психотерапии у страдающих депрессией пациентов в стационаре (Stuart & Bowers, 1995; Wright, 1996).

В ряде исследований было обнаружено, что когнитивная психотерапия превосходит по эффективности фармакотерапию при депрессии на этапе завершения, хотя эти выводы не всегда подтверждаются. Существуют разногласия и по поводу необходимости когнитивных компонентов вмешательства при терапии депрессии, причем некоторые клиницисты пытаются доказать, что когнитивная психотерапия играет главенствующую роль в достижении положительных терапевтических изменений. Так, недавно опубликованные результаты метаанализа (Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn, 1998) клинических исследований за период 1977-1996 гг. показывают, что когнитивная психотерапия превосходит по эффективности антидепрессанты и целый ряд других психотерапевтических подходов, равной ей можно считать только поведенческую психотерапию. Исследователи делают следующий вывод: «Несмотря на возможную общность терапевтического процесса с поведенческой психотерапией, когнитивная психотерапия доказала свою эффективность у пациентов с легкой и умеренной депрессией, а ее действенность оказалась выше, чем у антидепрессантов» (р. 69). Исследование, проведенное другими авторами (Haurzinger & de Jong-Meyer, 1996, р. 339), показало, что «КПТ является эффективным, быстродействующим подходом, позволяющим получить стойкие результаты у пациентов с тяжелой депрессией или дистимическим расстройством и являет собой хорошую альтернативу стандартной лекарственной терапии... Сама по себе фармакотерапия сопряжена с более значительным отсевом пациентов и клинически менее значимыми результатами, чем изолированная КПТ или комбинированное вмешательство».

Противоречивые результаты и критика

Несмотря на то что когнитивная психотерапия — наиболее изученный на сегодняшний день психотерапевтический подход при депрессии, отношение к ней неоднозначное. Некоторые клиницисты оспаривают валидность полученных результатов, мотивируя это методологическими просчетами или нехваткой данных (Gelder, 1994; Klein, 1996; Scott, 1996a), другие пытаются умалить значение результатов, приписывая их предпочтению, которое отдавал экспериментатор определенному виду психотерапии (Gaffan, Tsaousis, & Kemp-Wheeler, 1995; Luborsky et al., 1999). Отдельные сторонники поведенческой терапии пытаются полностью отрицать когнитивную психотерапию, заявляя при этом, что она основана на «навязывании когнитивистских идей» и «самообмане» (Wolpe, 1993, р. 143).

Серьезные вопросы об эффективности когнитивной психотерапии были подняты в Программе исследования вмешательств при депрессии (*Treatment of Depression Collaborative Research Program, TDCRP*), которую проводил Национальный институт психического здоровья. Предварительные результаты (Elkin et al., 1989) показывают, что действенность когнитивной психотерапии гораздо мень-

ше, чем в более ранних исследованиях. Кроме того, некоторые группы пациентов достигают лучших результатов при сочетании межличностной психотерапии и антидепрессантов. Хорошая наглядность и высокий авторитет вышеупомянутого исследования (TDCRP) вызвали много споров (Hollon, DeRubeis, & Evans, 1996; Wolpe, 1993), поскольку складывалось впечатление, что в предыдущих исследованиях эффективность когнитивной психотерапии на этапе острого вмешательства была завышена. Однако после дополнительного анализа данных с использованием более мощных статистических процедур эти выводы были пересмотрены: «...проверка заключительных показателей и удельного веса пациентов с улучшением позволяет сделать вывод о том, что результативность КПТ находится на том же уровне, что и в исследованиях со сходными проектами» (Elkin, Gibbons, Shea, & Shaw, 1996, p. 99).

Результаты исследований, посвященных оценке частоты рецидивов после терапии депрессии

Хотя абсолютное большинство пациентов восстанавливаются после эпизода депрессии, они тем не менее сохраняют уязвимость к депрессии в будущем¹.

Возникновение рецидивов — важная проблема для многих индивидов, страдающих депрессией: как минимум у 50% лиц, переживших один депрессивный эпизод, в течение ближайших 10 лет разовьется второй эпизод. Те же, кто пережил два эпизода, с вероятностью 90% переживут и третий; при наличии в анамнезе трех и более эпизодов риск развития очередного эпизода депрессии в течение ближайших 15 недель составляет 40% (Kupfer, Frank, & Wamhoff, 1996, p. 293).

Другие исследователи пришли к выводу, что у 85% пациентов с униполярной депрессией рано или поздно возникнут рецидивы (Keller & Boland, 1998, p. 350). Как видно из этих данных, в процессе вмешательства необходимо уделять внимание профилактике рецидивов.

При проведении когнитивной психотерапии по поводу депрессии наиболее впечатляет тот факт, что пациенты, прошедшие когнитивную психотерапию, одну или в сочетании с фармакотерапией, гораздо меньше склонны к появлению рецидивов по сравнению с теми, кто получал только фармакотерапию (при условии, что оба вмешательства прекращены на этапе ремиссии). Несмотря на разные характеристики выборок и использованных в исследованиях методологических подходов, когнитивная психотерапия обладает явно выраженными профилактическими свойствами. После годичного проспективного наблюдения частота рецидивов у пациентов, которым проводилась когнитивная психотерапия, была гораздо ниже по сравнению с пациентами, получавшими антидепрессанты: 12% против 66% (Simons, Murphy, Levine, & Wetzel, 1986); 20% против 80% (Bowers, 1990) и 9% против 28% (Shea et al., 1992). По результатам метаанализа сделан следующий вывод: «В среднем, только у 29,5% пациентов, которым проводилась [когнитивная психотерапия], возникли рецидивы, против 60% у тех, кто получал антидепрессанты» (Gloaguen et al., 1998, p. 68). Профилактическое действие когнитивной психотерапии на самом деле еще сильнее, поскольку «нет доказательств того, что фармакотерапия хоть как-то защищает от повторного возникновения симптоматики после завершения вмешательства². Поскольку большинство индивидов, страдающих депрессией, рано или поздно переживет несколько эпизодов,

способность вмешательства предотвратить рецидивы симптоматики не менее важна, чем возможность с его помощью излечить текущий эпизод» (Evans et al, 1992, p. 802).

С этим связана и другая проблема, весьма актуальная для большинства психотропных препаратов, — наличие остаточной симптоматики после завершения вмешательства: «...после вмешательства при депрессии с использованием фармакологических препаратов у большинства пациентов сохраняется выраженная остаточная симптоматика» (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998, p. 820). Практически неизбежно, что, несмотря на связанное с приемом антидепрессантов улучшение, у пациентов сохраняются некоторые симптомы депрессии; как доказали многочисленные исследования, неполное выздоровление с сохранением симптомов расстройства повышает риск рецидивов (Evans et al., 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998; Keller & Boland, 1998).

Группа исследователей, которых интересовал риск рецидивов, связанный с остаточной симптоматикой, проанализировала симптомы, сохраняющиеся после вмешательства с использованием флуоксетина (прозака). Было обнаружено следующее:

...Даже среди субъектов, которые считались безусловно откликнувшимися на терапию флуоксетином 20 мг в течение 8 недель, у более чем 80% сохранялась остаточная симптоматика (1-2 симптома тяжелого депрессивного расстройства по *DSM-IV-R*), свыше 30% имели 3 и более симптомов, а 10,2% соответствовали формальным критериям слабо выраженной или доклинической депрессии... Эти наблюдения свидетельствуют о том, что минимальная депрессивная симптоматика предвещает и повышает риск развития развернутого эпизода тяжелой депрессии (Nierenberg et al., 1999, p. 224-225).

Когнитивная психотерапия эффективно способствовала снижению остаточной симптоматики и профилактике рецидивов после завершения лекарственной терапии: «Краткосрочная КПТ после успешной фармакотерапии антидепрессантами позволяла предупредить рецидивы после прекращения лекарственной терапии. У пациентов, которым проводилась КПТ, частота рецидивов была существенно ниже (25%) на протяжении двух лет проспективного наблюдения по сравнению с теми, кто просто находился под клиническим наблюдением (80%)» (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998, p. 818). Защитное действие когнитивной психотерапии проявлялось даже при четырехлетнем проспективном наблюдении, хотя спустя шесть лет оно уже не наблюдалось (Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari, & Morphy, 1998). В другом исследовании было обнаружено, что только 5% пациентов, которых реабилитировали с помощью КПТ, обратились за дополнительным вмешательством, по сравнению с 39% из группы, получавшей антидепрессанты (см. Williams, 1997).

Какую частоту и продолжительность сессий когнитивной психотерапии следует считать оптимальной для получения максимального эффекта как на этапе завершения, так и в отдаленные сроки при проспективном наблюдении? Сакко и Бек (Sacco & Beck, 1995) писали:

Общие рекомендации гласят: надо провести от 15 до 25 (продолжительностью 50 минут) сессий с недельным интервалом, причем клиенты с выраженной депрессией обычно нуждаются во встречах дважды в неделю на протяжении первых 4-5 недель вмешательства. Чтобы избежать эффекта резкой отмены, рекомендуется

постепенное уменьшение интенсивности: последние несколько сессий проводятся с интервалом в две недели. После завершения основного вмешательства отдельным клиентам требуется несколько поддерживающих сессий (обычно 4-5) (p. 332).

Некоторые авторы отмечают, что для стойкой ремиссии требуется более продолжительное вмешательство (Elian et al., 1996; Thase, 1992).

В последнее время у психиатров наметилась тенденция профилактики высокой частоты рецидивов, связанных с приемом антидепрессантов, это так называемая «продолженная фармакотерапия» — длительное (часто пожизненное) поддерживающее вмешательство (Evans et al., 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti, & Belluardo, 1998; Thase, 1999). Как правило, речь идет о тех же самых дозах, которые использовались на этапе интенсивного вмешательства. В свете превосходства когнитивной психотерапии над фармакотерапией в плане профилактики рецидивов нет необходимости в поддерживающей когнитивной психотерапии, во всяком случае, по имеющимся на сегодняшний день сведениям. Некоторые клиницисты указывают на отсутствие логики в пожизненном назначении антидепрессантов: «Лекарственное вмешательство дает больше рецидивов по сравнению с когнитивно-поведенческой психотерапией; следовательно, с целью профилактики рецидивов пациенты должны постоянно принимать антидепрессанты» (Antonuccio, Danton, & DeNelsky, 1995, p. 578). В следующем разделе мы более подробно остановимся на причинах нежелания многих психиатров включать когнитивную психотерапию в план вмешательства при депрессии.

Политика при депрессии: фармакотерапия как вмешательство выбора

Несмотря на вышеперечисленные факты, в США медикаментозные препараты по-прежнему остаются средствами первой помощи и наиболее частым видом вмешательства при униполярной депрессии (Antonuccio et al., 1995). В одной из официальных публикаций, например, при депрессии рекомендуется проведение двух попыток терапии антидепрессантами, и только в случае их неуспеха следует назначение психотерапии (Depression Guideline Panel, 1993); недавно проведенная в Белом доме конференция по проблемам психического здоровья подтвердила эту точку зрения (Saeman, 1999). Наряду с несомненным положительным эффектом психотропных препаратов у большого числа страдающих депрессией пациентов, данные исследований не подтверждают обоснованности столь широкого применения антидепрессантов. Клинические наблюдения показывают, что «значительная по численности группа пациентов не может принимать лекарственные препараты при депрессии по причине медицинских противопоказаний или страдает от побочных эффектов антидепрессантов» (Spanier, Frank, McEachran, Grochocinski, & Kupfer, 1999, p. 250). В действительности некоторые исследователи пришли к выводу, что «есть многочисленные доказательства того, что терапия антидепрессантами отнюдь не безопасна... Многие антидепрессанты обладают кардиотоксичным действием, имеют опасные побочные эффекты и часто используются при суицидах... Их воздействие заметно слабее, чем при психотерапии, чаще наблюдаются отказы от продолжения вмешательства, а в некоторых популяциях до 60% пациентов не откликаются на терапию антидепрессантами» (Antonuccio et al., 1995, p. 583). Конечно, психотерапия также может привести

к неожиданным и нежелательным побочным эффектам (Mohr, 1995), однако практически ничего не известно о негативных последствиях, связанных с проведением когнитивной психотерапии.

Рекомендуя то или иное вмешательство, психотерапевт обязательно должен учитывать желания самого пациента как «потребителя». Данные исследований позволяют сделать вывод о том, что потребители отдают предпочтение психотерапии над фармакотерапией при депрессии: «Результаты исследований, посвященных принятию вмешательства, показывают, что взрослые потребители в качестве вмешательства при депрессии предпочитают психотерапию, а не фармакотерапию или комбинацию этих двух подходов» (Hall & Robertson, 1998, p. 271). Это не удивительно, учитывая, что большинство людей связывают свою депрессию с негативным жизненным опытом, стрессом и факторами окружающей среды, которые играют важнейшую роль (Antonuccio et al, 1995; Brown, 1996; Eifert, Beach, & Wilson, 1998).

Результаты исследований тяжелой депрессии

Методики вмешательства при тяжелой депрессии, подобные предложенному Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association, 1993), часто рекомендуют антидепрессанты в качестве первоочередного и единственного способа вмешательства. Вместе с тем исследователи, сопоставившие эффективность когнитивной и медикаментозной терапии при тяжелой депрессии (по средством «метаанализа» результатов рандомизированных сравнительных исследований), обнаружили следующее:

Когнитивная поведенческая психотерапия оказалась не менее эффективной, чем антидепрессанты, у амбулаторных пациентов с тяжелой депрессией в четырех крупных исследованиях... Пока не будут получены дополнительные данные, мы рекомендуем специалистам учитывать при разработке планов вмешательства результаты, полученные при анализе сравнительной эффективности антидепрессантов и когнитивной поведенческой психотерапии: лекарственные препараты-антидепрессанты и когнитивная поведенческая психотерапия не различались по действенности в период интенсивного вмешательства у амбулаторных пациентов с выраженной депрессией (DeRubeis, Gelfand, Tang, & Simons, 1999, pp.1007-1013).

Сходные наблюдения с соответствующими выводами были сделаны и другими исследователями (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1996).

Текущее состояние и будущее исследований по терапии депрессии

В настоящее время получены многочисленные данные о вмешательстве при депрессии с использованием антидепрессантов и когнитивной психотерапии. Конечно, существует еще много разногласий между клиницистами, что делает необходимым проведение дальнейших исследований с анализом сравнительной эффективности разных вмешательств при депрессии (Agosti & Osepek, 1997; Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; Oei & Free, 1995; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990; Stewart, Garfinkel, Nunes, Donovan, & Klein, 1998; Thase et al, 1997). Тем не менее эффективность когнитивной психотерапии при депрессии может считаться практически доказанной. Основываясь на имеющихся данных, некоторые ис -

следователи даже рекомендуют когнитивную психотерапию в качестве первоочередного вмешательства многим пациентам с депрессией — не только потому, что психотерапия не сопряжена со значительными медицинскими осложнениями, но и в связи с более стойкими ее результатами (Antonuccio et al., 1995; de Oliveira, 1998; Holton, 1998).

Мы надеемся, что исследователи отойдут наконец от популярного ныне подхода к терапии депрессии (Williams, 1997). Имеется много важных неразрешенных вопросов, которые, на наш взгляд, не позволяют однозначно рекомендовать в любом случае то или иное вмешательство при депрессии. Независимо от изучаемой модальности вмешательства, примерно треть пациентов в некоторых исследованиях не откликается ни на одно из вмешательств (Blackburn & Moore, 1997), а гораздо большее число не достигает стойкого улучшения (Evans et al., 1992; Shaw & Segal, 1999). С помощью специальных исследований предстоит оценить, при каком типе депрессии следует применять тот или иной вид вмешательства, либо комбинацию вмешательств, и в какой последовательности.

Оставшаяся часть главы посвящена подробному рассмотрению основных характеристик когнитивной психотерапии и иллюстрации ее применения для терапии депрессии в клинической практике.

Когнитивная модель депрессии

Согласно когнитивной модели, убеждения, поведение и биохимические процессы в равной мере важны при депрессивных расстройствах. Эти составляющие отражают разный уровень анализа, ни одна из них не является приоритетной. Каждый подход к вмешательству имеет собственную точку приложения. Фармаколог осуществляет вмешательство на биохимическом уровне; когнитивный психотерапевт работает на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях. По нашему опыту, изменение депрессивных убеждений сопряжено с изменением преобладающего настроения, поведения и, по некоторым данным, биохимии депрессии (Oei, & Appleton, 1998; Joffe, Segal, & Singer, 1996). Хотя точный механизм изменений пока неизвестен (Barber & DeRubeis, 1989; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Crews & Harrison, 1995; DeRubeis et al., 1990; DeRubeis & Feeley, 1990; Hayes & Strauss, 1998; Oei & Free, 1995; Oei & Shuttlewood, 1996; Shea & Elkin, 1996; Sullivan & Conway, 1991; Whisman, 1993), «есть данные, что эффект когнитивной психотерапии обусловлен изменением убеждений и способов переработки информации, причем для процесса изменения важны разные аспекты убеждений» (Hollon et al, 1996, p. 314).

В этой главе основное внимание уделяется когнитивным нарушениям при депрессии. По данным научных исследований, в возникновении депрессивной симптоматики важную роль играет способ переработки информации (Ingram & Holle, 1992). Согласно этой теории, в основе депрессии лежит преобладание негативных убеждений, что отражается в «когнитивной триаде депрессии»: страдающие депрессией пациенты, как правило, низкого мнения о себе, своем окружении и своем будущем. Они считают себя никчемными, неадекватными, нелюбимыми и ущербными. Пациенты с депрессией считают внешние факторы решающими, а окружающую действительность полной непреодолимых преград, которые неизбежно ведут к неудачам и утратам. Более того, они не питают надежд на будущее;

они полагают, что их собственных усилий будет недостаточно, чтобы изменить неудовлетворительное течение своей жизни. Представления о безнадежности своего будущего часто служат причиной появления суицидальных мыслей и попыток самоубийства.

Страдающие депрессией пациенты систематически искажают свое восприятие событий, находя в них подтверждение своей никчемности, негативных взглядов на окружающую действительность и свое будущее. Эти искажения отражают уход от процессов мышления, присущих обычным людям. Например, страдающая депрессией женщина, муж которой однажды поздно вернулся домой, может сделать вывод о том, что муж ей изменяет, хотя реальных доказательств в пользу такого предположения нет. Этот пример иллюстрирует «случайность умозаключений» — пациентка пришла к выводу, который в действительности не подкреплён фактами. Другие возможные искажения включают мышление по типу «все или ничего», чрезмерную генерализацию, избирательную абстракцию и преувеличение (Beck et al., 1979).

Согласно последним разработкам когнитивного подхода, важным predisposing фактором для многих пациентов с депрессией является наличие ранних схем (Stein & Young, 1992; Young, 1999)³. Бек (Beck, 1976) подчеркивал важность схем при депрессии и дал следующее определение схемы:

Схема — это (когнитивная) структура для отбора, кодирования и оценки стимулов, которые воздействуют на организм... Основываясь на этих схемах, индивид способен ориентироваться во времени и пространстве, а также осмысленно классифицировать и интерпретировать свои переживания (p. 283).

Группа авторов отмечает (Beck, Freeman, & Associates, 1990):

В области психопатологии термин «схема» применяется к структурам с высоко персонифицированным уникальным содержанием, которые активизируются при таких расстройствах, как депрессия, тревога, приступы паники и навязчивые состояния, становясь доминирующими... Так, при клинической депрессии, например, доминируют негативные схемы, что приводит к систематической склонности к негативизму при интерпретации переживаний, воспоминаний, а также отдаленных и ближайших прогнозах, в то время как позитивные схемы становятся менее доступны. Страдающему депрессией пациенту гораздо проще увидеть негативные аспекты события, чем позитивные. Они лучше вспоминают негативные события, чем позитивные, завышают вероятность неблагоприятного исхода (p. 32).

Кроме того, в последнее время многие исследователи пришли к выводу, что «фокусирование на основных схемах является залогом эффективной краткосрочной психотерапии» (Freeman & Davison, 1997, p. 8).

С помощью клинических наблюдений Янг идентифицировал ряд схем, которые он назвал «ранними неадаптивными схемами»: «Ранние неадаптивные схемы связаны с чрезвычайно стабильными и длительно существующими темами, которые появляются в детстве и разрабатываются на протяжении всей жизни индивида, являясь крайне дисфункциональными» (Young, 1999, p. 9). Янгу удалось выделить 18 ранних неадаптивных схем в пяти гипотетических областях (см. форму 6.1). Существование большинства из этих схем подтверждается соответствующими исследованиями (Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Schmidt, 1994; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995).

РАЗРЫВ СВЯЗЕЙ И НЕПРИЯТИЕ

(Ожидания, что настоятельные потребности в безопасности, стабильности, заботе, эмпатии, сочувствии, принятии и уважении не будут предсказуемым образом удовлетворяться. Как правило, члены родительской семьи характеризуются отстраненностью, холодностью, неприятием, одиночеством, непредсказуемостью или склонностью к жестокому обращению.)

1. Заброшенность/нестабильность

Субъективно воспринимаемое поведение близких людей как ненадежное или нестабильное. Включает ощущение, что значимые другие не смогут постоянно оказывать эмоциональную поддержку или практическую защиту в связи со своей эмоциональной нестабильностью и непредсказуемостью (например, вспышки гнева), ненадежностью или нерегулярным присутствием, потому что могут вскоре умереть или оставить пациента ради более достойного человека.

2. Недоверие/жестокое обращение

Ожидание, что окружающие причинят ущерб, будут жестоко обращаться, унижать, лгать, манипулировать, злоупотреблять своим положением. Обычно включает восприятие того, что ущерб причиняется намеренно или же является результатом несправедливости и небрежности. Может включать ощущение того, что пациента «обходят», т. е. ему достается «худший кусок».

3. Эмоциональная депривация

Ожидание того, что желание нормальной эмоциональной поддержки не будет в полной мере удовлетворено окружающими. Три основные формы депривации:

- а) *депривация заботы*: отсутствие внимания, симпатии, теплоты или дружеского расположения;
- б) *депривация эмпатии*: отсутствие в других понимания, желания выслушать, поделиться личной информацией, чувствами;
- в) *депривация защиты*: отсутствие силы или руководства со стороны других людей.

4. Ущербности/стыд

Ощущение себя ущербным, нежеланным, некомпетентным в важных вопросах; или опасение утратить любовь значимых других при обнаружении своей некомпетентности. Может включать повышенную восприимчивость к критике, отвержению и обвинению; застенчивость, склонность сравнивать себя с другими, чувство незащищенности или чувство стыда за субъективно воспринимаемые пороки. Эти пороки могут быть *личного плана* (например, эгоизм, вспышки гнева, неприемлемые сексуальные желания) или *межличностными* (например, физические недостатки, неловкость в обществе).

5. Социальная изоляция/отчуждение

Чувство оторванности от остального мира, своего отличия от других людей и/или непричастности к группе или сообществу.

НАРУШЕНИЯ АВТОНОМИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

(Ожидания, касающиеся самого себя и своего окружения, мешают проявлению способности к сепарации, выживанию, независимому или успешному функционированию. Обычно в семье проявляется гиперопека, подрывающая веру ребенка в свои силы, не поощряется компетентное функционирование ребенка за пределами семьи.)

Форма 6.1. Ранние неадаптивные схемы с соответствующими областями (пересмотрено в ноябре 1998).
Copyright 1999 by Jeffrey L. Young, PhD. Воспроизведено с разрешения. Несанкционированное воспроизведение без письменного разрешения автора запрещено. Дополнительную информацию можно получить: Cognitive Psychotherapy Center of New York, 120 East 56th Street, Suite 530, New York NY 10022.

6. Зависимость/некомпетентность

Убежденность пациента в своей неспособности компетентно выполнять повседневные обязанности без значительной посторонней помощи (например, заботиться о себе, решать повседневные проблемы, правильно судить о происходящем, справиться с новым заданием, принимать верные решения). Часто выглядит как нерешительность.

7. Повышенная восприимчивость к ущербу или болезни

Преувеличенный страх того, что в любой момент может разразиться катастрофа, которую пациент не в силах будет предотвратить. Страхи концентрируются на одной из следующих тем:

- а) *медицинские катастрофы* (например, сердечный приступ, СПИД);
- б) *эмоциональные катастрофы* (например, потеря рассудка);
- в) *внешние катастрофы* (например, падение лифта, нападение преступников, авиакатастрофа, землетрясение).

8. Чрезмерная близость/отсутствие самодостаточности

Чрезмерная эмоциональная вовлеченность и близость с одним или несколькими значимыми другими (часто родителями), в ущерб полной индивидуализации или нормальному социальному развитию. Часто включает убежденность в том, что по крайней мере один из вовлеченных в отношения индивидов не сможет выжить или не будет счастлив без постоянной поддержки со стороны другого. Может также включать ощущения сдерживания или слияния с другими людьми, а также неразвитую идентичность. Часто переживается как чувство пустоты и дрейфа по течению, в крайних случаях — как бесцельность и ненужность существования.

9. Несостоятельность

Убежденность в неизбежности неудач в настоящем и будущем или в собственной неадекватности по сравнению со сверстниками в различных сферах (школа, карьера, спорт). Часто включает убежденность в собственной глупости, бездарности, отсутствии способностей, необразованности, низком статусе, неуспешности и др.

НАРУШЕННЫЕ ГРАНИЦЫ

(Ущербность внутренних границ, безответственность, неспособность поставить перед собой долгосрочные цели приводит к неспособности уважать права окружающих, сотрудничать с ними, сдерживать свои обещания и достигать собственных реалистичных целей. Типичная семейная атмосфера характеризуется вседозволенностью, попустительством, недостаточным руководством или ощущением превосходства вместо здоровой конфронтации, дисциплины, установления границ ответственности, взаимного общения и постановки задач. В отдельных случаях ребенка не приучают к нормальным уровням дискомфорта или не обеспечивают достаточного руководства или наблюдения.)

10. Избранность/превосходство

Убежденность пациента в своем превосходстве над другими людьми; в обладании особыми правами и привилегиями; необязательности для себя правил взаимности, которыми обычно руководствуются люди при общении. Часто включает уверенность в необходимости и возможности удовлетворять свои желания независимо от реальных обстоятельств, мнения окружающих или их затрат; чрезмерное внимание к внешним признакам превосходства (например, принадлежность к наиболее успешным, знаменитым и богатым — с целью обретения власти и контроля, а не для привлечения внимания или получения одобрения). Иногда включает чрезмерное стремление конкурировать или доминировать над другими: проявление власти или навязывание своей точки зрения, контроль за поведением окружающих, которые обязательно должны соответствовать желаниям пациента — без эмпатии или заботы об их потребностях или чувствах.

Форма 6.1. Продолжение

11. Недостаточный самоконтроль/самодисциплина

Устойчивые затруднения или нежелание контролировать себя и низкая фрустрационная толерантность при достижении личных целей, или неспособность ограничивать выражение своих эмоций, импульсов. В менее выраженных случаях пациент преувеличенно избегает дискомфорта: боли, конфликтов, конфронтации, ответственности или перенапряжения — ценой личных достижений, выполнения своих обязательств или личностной целостности.

СВЕРХОРИЕНТИРОВАННОСТЬ ВОВНЕ

(Чрезмерное внимание к желаниям, чувствам и реакциям окружающих в ущерб собственным потребностям, чтобы добиться любви и одобрения, поддержать в себе ощущение связи с окружающими или избежать возмездия. Обычно включает подавление или недостаточное осознание собственного гнева и естественных склонностей. Как правило, отношения в семье основаны на условном принятии: дети должны подавлять важные аспекты своего «я», чтобы заслужить любовь, внимание и одобрение. Во многих подобных семьях эмоциональные потребности и желания родителей — или социальное принятие и статус — ставятся выше уникальных потребностей и чувств ребенка.)

12. Подчинение

Избыточная вынужденная передача контроля над своими действиями другим людям — обычно во избежание гнева, возмездия или заброшенности. Две основные формы подчинения:

- а) *подчинение потребностей*: подавление собственных предпочтений, решений и желаний;
- б) *подчинение эмоций*: подавление эмоциональных проявлений, особенно гнева.

Обычно включает представление пациента о том, что его собственные желания, мнения и чувства не представляют интереса для окружающих. Часто проявляется как избыточное послушание в сочетании с ощущением, что попал в ловушку. Обычно приводит к накоплению гнева, проявляющегося в симптоматике нарушенной адаптации (например, пассивно-агрессивное поведение, неконтролируемые вспышки ярости, психосоматические симптомы, уклонение от проявлений симпатии, «отыгрывание», злоупотребление психоактивными веществами).

13. Жертвенность

Чрезмерная добровольная озабоченность тем, чтобы удовлетворять потребности других людей в повседневной жизни, в ущерб собственным интересам. Наиболее распространенные причины такого поведения — нежелание причинить боль окружающим, избегание чувства вины за свой эгоизм или поддержание связи с нуждающимися, по субъективным представлениям пациента, людьми. Часто проистекает от повышенной восприимчивости к боли других людей. Иногда ведет к ощущению неполного удовлетворения собственных потребностей и обиде на тех, о ком пациент заботится. (Пересекается с концепцией созависимости.)

14. Потребность в одобрении/признании

Чрезмерное стремление получить одобрение, признание или внимание от других людей или желание любыми средствами обеспечить собственную безопасность. Самоуважение преимущественно зависит от реакции окружающих, а не от собственных естественных склонностей. Иногда имеет место избыточное внимание к своей внешности, стремление к социальному принятию, материальному благополучию и достижениям — как способам заслужить одобрение, вызвать восхищение или привлечь внимание (а не ради собственно власти). Часто ведет к принятию важных жизненных решений, которые не отвечают чаяниям или не удовлетворяют человека, или же к повышенной восприимчивости к отвержению.

Продолжение ^

СВЕРХБДИТЕЛЬНОСТЬ И ПОДАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЙ

(Чрезмерное подавление собственных спонтанных чувств, импульсов и решений или стремление соответствовать жестким, интернализированным правилам и ожиданиям о функционировании и этичном поведении — часто в ущерб удовольствию, отдыху, самовыражению, близким отношениям и здоровью. Как правило, в родительской семье проявляется суровость, требовательность с оттенком обвинения: исполнение своих обязанностей, долг, перфекционизм, соблюдение правил, сокрытие эмоций, избегание ошибок преобладают над удовольствием, радостью и отдыхом. Это признаки скрытой склонности к пессимизму и беспокойству, которая становится очевидной, если индивиду не удается проявить бдительность и осторожность.)

15. Негативизм/пессимизм

Навязчивая стойкая концентрация внимания на негативных аспектах жизни (боль, смерть, утрата, разочарование, конфликт, вина, обида, неразрешенные проблемы, возможные ошибки, предательство, потенциальные неприятности и т. д.) на фоне преуменьшения значения позитивных или вселяющих оптимизм аспектов. Обычно включает завышенные ожидания — в широком спектре ситуаций, связанных с работой, финансами и межличностным взаимодействием, — что дела, в конце концов, пойдут плохо или же успехи непременно обернутся неудачами.

Как правило, имеет место необычайный страх допустить ошибку, которая приведет к финансовому краху, утрате, унижению или попаданию в проблемную ситуацию. В связи с преувеличением вероятности возможных негативных исходов эти пациенты часто склонны к беспокойству, бдительности, жалобам и нерешительности.

16. Подавление эмоций

Избыточное подавление спонтанных действий, чувств или стремления к общению — обычно во избежание неодобрения со стороны других людей, чувства стыда или утраты контроля над собственными импульсами.

Наиболее распространенные сферы подавления включают:

- а) подавление *гнева* и агрессии;
- б) подавление *позитивных импульсов* (например, радости, симпатии, сексуального возбуждения, игривости);
- в) неумение дать знать другим людям о своих *слабых сторонах* или свободно *выражать* свои чувства, потребности и др.;
- г) избыточная *рациональность* в ущерб эмоциям.

17. Жесткие стандарты/чрезмерная критичность

В основе лежит убеждение в том, что должно соответствовать высоким *интернализированным стандартам* поведения и функционирования, обычно во избежание критики. Со временем приводит к чувству напряженности, невозможности остановиться; к повышенной требовательности к себе и другим. Обязательно включает серьезные нарушения в сфере получения удовольствия, неумение расслабиться, сохранить здоровье, поддерживать самооценку; отсутствие чувства удовлетворенности своими достижениями или взаимоотношениями с другими людьми.

Жесткие стандарты обычно проявляются в следующем:

- а) перфекционизм, необычайное внимание к деталям, недооценка высокого качества своего функционирования по сравнению с нормой;
- б) жесткие правила и «долженствование» во многих сферах жизни, включая нереалистично высокую мораль, этические, культурные или религиозные убеждения;
- в) озабоченность рациональным расходом *времени* и *высокой эффективностью деятельности*, чтобы достичь возможно большего.

Форма 6.1. Продолжение

18. Пунитивность

Убеждение, что за ошибки следует жестоко наказывать. Включает склонность к проявлениям гнева, нетерпимости и нетерпения, стремление винить людей (включая себя), которые не отвечают ожиданиям или стандартам пациента. Обычно предполагает невозможность прощать ошибки себе или другим, что связано с нежеланием принимать в расчет обстоятельства, людское несовершенство или власть эмоций.

Форма 6.1. Окончание

Согласно Янгу, дети научаются конструировать реальность посредством ранних переживаний своего взаимодействия с окружающей действительностью, особенно со значимыми другими. Иногда эти ранние переживания ведут к принятию установок и убеждений, которые впоследствии оказываются неадаптивными. Например, у ребенка может развиться схема, вызывающая мысль о том, что все его действия недостаточно хороши. Эти схемы обычно не осознаются и могут никак не проявляться вплоть до конкретного жизненного события (например, увольнения с работы), которое активизирует схему. С этого момента пациент классифицирует, отбирает и кодирует информацию таким образом, чтобы поддерживать схему несостоятельности. Ранние неадаптивные схемы, следовательно, predispose страдающих депрессией пациентов к характерному искажению событий, что позволяет им быть низкого мнения о себе, своем окружении и строить (негативные) прогнозы на будущее.

Ранние неадаптивные схемы имеют несколько отличительных особенностей:

- 1) они воспринимаются как фактические знания о себе и окружающей действительности;
- 2) сами себя поддерживают и устойчивы к изменениям;
- 3) дисфункциональны;
- 4) часто активизируются внешними факторами (типа потери работы или близкого человека);
- 5) в активном состоянии связаны с высоким уровнем аффекта;
- 6) обычно возникают в результате взаимодействия присущего ребенку темперамента с дисфункциональными переживаниями в процессе развития от общения с членами семьи или осуществляющими уход за ребенком лицами (Young, 1999).

В фокусе когнитивной психотерапии находится изменение депрессивного мышления. Эти изменения достижимы несколькими способами: посредством поведенческих экспериментов, логических рассуждений, изучения фактов, решения задач, проигрывания ролей и мысленного реструктурирования и др.

Особенности психотерапии

Когнитивная психотерапия страдающих депрессией взрослых пациентов обычно проводится в кабинете психотерапевта. Чаще всего это встречи с глазу на глаз. Однако доказана эффективность групповой когнитивной психотерапии у многих страдающих депрессией амбулаторных пациентов (Beutler et al., 1987; Jarrett & Nelson, 1987), хотя действенность индивидуального вмешательства, как прави-

ло, выше (Wiczlinski & Bartlett, 1987). В таких случаях возможно привлечение по ходу вмешательства супругов/родителей и других членов семьи. С их помощью можно, например, дать пациенту возможность узнать, какого мнения о нем члены семьи, и сопоставить это с собственными представлениями. Кроме того, супружеская психотерапия, основанная на когнитивном подходе, часто весьма эффективна в отношении депрессии, связанной с межличностными проблемами (Beck, 1988; O'Leary & Beach, 1990).

По нашему клиническому опыту, целый ряд характеристик психотерапевта влияет на эффективность когнитивной психотерапии. Во-первых, когнитивные психотерапевты должны в совершенстве владеть неспецифическими психотерапевтическими навыками, перечисленными в других работах (см., например, Truax & Mitchell, 1971): они должны уметь проявлять теплоту, искренность, откровенность и открытость. Во-вторых, наиболее эффективные когнитивные психотерапевты особенно хорошо умеют взглянуть на события глазами пациента (точная эмпатия). Они способны временно отставить в сторону собственные личные убеждения, когда страдающие депрессией пациенты описывают свои реакции и интерпретации. В-третьих, опытные когнитивные психотерапевты способны логически рассуждать и планировать стратегии вмешательства; они не склонны к пустому мудрствованию. В этом отношении они напоминают хороших судебных адвокатов, способных уловить мельчайшие неточности в рассуждениях другого человека и убедительно изложить более правдоподобную интерпретацию тех же событий. Когнитивные психотерапевты планируют стратегии вмешательства на несколько шагов вперед, предвосхищая желаемый результат. В-четвертых, лучшие практики этого подхода ведут себя чрезвычайно активно. Они легко и свободно могут повести за собой, задать структуру и направление процесса психотерапии.

Хотя особенности пациента также привлекали внимание исследователей (Eifert et al., 1998; Padesky & Greenberger, 1995; Persons, Burns, & Perloff, 1988; Shea et al., 1990), пока точно не известно, какие именно черты связаны с успехом когнитивной психотерапии. Судя по нашему опыту, пациенты с тяжелым депрессивным расстройством (единичные или повторные эпизоды)⁴ и дистимическим расстройством (при наличии тяжелого депрессивного расстройства или без него) хорошо откликаются на когнитивную психотерапию в том виде, в каком она описана в данной главе. Этап профилактики рецидивов представляет особую важность для снижения частоты рецидивов у этих пациентов. При постановке пациенту диагноза расстройства личности по оси II, сфокусированный на схемах этап вмешательства может соответственно удлиняться, становясь важнейшей предпосылкой успеха вмешательства.

Когнитивная психотерапия может играть роль важного дополнения к фармакотерапии при биполярном расстройстве (Basco & Rush, 1996; Colom, Vieta, Martinez, Jorquera, & Gasto, 1998; Craighead, Miktowitz, Vajk, & Frank, 1998; Scott, 1996b), а также весьма эффективна у пациентов с тяжелой эндогенной депрессией (Thase, Bowler, & Harden, 1991; Whisman, 1993).

Целесообразно оценить, подлежит ли данный пациент когнитивной психотерапии (Padesky & Greenberger, 1995; Safran & Segal, 1990; Safran, Segal, Vallis, Shaw, & Samsrag, 1993). По нашему опыту, некоторые характеристики пациента связаны с более быстрым откликом. Быстрее уменьшается депрессивная симпто-

матика при когнитивной психотерапии у пациентов, склонных к интроспекции; способных абстрактно мыслить; хорошо организованных и умеющих планировать свои дела; ответственно относящихся к своим обязанностям; трудоустроенных; не склонных к чрезмерным проявлениям гнева в собственный адрес и в отношении других людей; с менее ригидным мышлением; способных выделить конкретное событие, давшее толчок депрессивному эпизоду; имеющих близкие взаимоотношения с другими людьми. Возраст не помеха, поскольку совсем юные пациенты (Harrington, Wood, & Verduyn, 1998; Reinecke, Ryan, & DuBois, 1998) и люди в возрасте извлекают пользу из когнитивной психотерапии (Beutler et al., 1987; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson, & Thompson, 1990; Levensky & Huford, 1997; Koder, Brodaty, & Anstey, 1996). Недавно проведенный метаанализ показал, что 63% подростков достигли значимого клинического улучшения после КПТ (Lewinsohn & Clarke, 1999). Исследования, посвященные пожилым пациентам, свидетельствуют о том, что «разные формы когнитивной и поведенческой психотерапии могут быть эффективны при лечении гериатрической депрессии точно так же, как депрессии в более молодом возрасте» (Futterman, Thompson, Gallagher-Thompson, & Ferris, 1995, p. 511).

Сотрудничество

В основе когнитивной психотерапии лежат отношения сотрудничества между пациентом и психотерапевтом. Когда психотерапевт с пациентом работают вместе, у них обоих появляется опыт, развивается дух сотрудничества, что способствует терапевтическому процессу. Не менее важно, что благодаря сотрудничеству удастся согласовать цели вмешательства и обеспечить взаимопонимание между пациентом и психотерапевтом. В связи с особой важностью отношений сотрудничества мы уделяем значительное внимание навыкам межличностного общения психотерапевта, процессу совместного выбора проблем, которые предстоит проработать, налаженной обратной связи и исследовательскому процессу, который получил название «практического сотрудничества».

Межличностные качества

Поскольку сотрудничество предполагает доверие пациента к психотерапевту, остановимся на межличностных качествах, способствующих развитию доверия. Как указывалось выше, желательно, чтобы когнитивному психотерапевту, как и любому другому, были присущи теплота, точная эмпатия и искренность. Крайне важно, чтобы когнитивный психотерапевт не играл роль психотерапевта. Психотерапевт должен обладать навыками выражения своих мыслей и чувств, вербально и невербально, быть искренним, открытым, заботливым и уметь прямо выражать свои мысли. Вместе с тем психотерапевту нельзя производить впечатление человека, утаивающего какую-либо информацию или чувства, а также уклоняющегося от ответов. Психотерапевт ни в коем случае не должен высказывать критику или неодобрение в адрес пациента.

Раппорт между пациентом и психотерапевтом — необходимое условие успешного вмешательства при депрессии. При оптимальном раппорте пациенты видят в психотерапевте человека, настроенного на их чувства и установки, симпатизи-

рующего им и понимающего, с которым можно общаться, не детализируя своих чувств и не уточняя смысла слов. При хорошем раппорте пациент и психотерапевт чувствуют себя комфортно.

В когнитивной психотерапии важна уверенная, профессиональная манера держаться, психотерапевт должен излучать спокойную уверенность в том, что сумеет помочь страдающему депрессией пациенту. Такая уверенность помогает пациенту преодолеть свои сомнения в успехе терапии. Поскольку когнитивный психотерапевт иногда должен быть директивным и структурировать терапевтическое взаимодействие, особенно на ранних стадиях вмешательства, целесообразно поддерживать все необходимые профессиональные навыки.

Совместный выбор целей психотерапии

В отношениях сотрудничества пациент и психотерапевт вместе намечают терапевтические цели, определяют приоритеты и разрабатывают повестку каждой сессии. Проблемы, на которые следует обратить внимание в курсе психотерапии, — это специфические депрессивные симптомы (например, отсутствие надежд, плаксивость, трудность концентрации) и внешние проблемы (например, супружеские разногласия, вопросы карьеры, заботы о воспитании детей). В соответствии с уровнем дистресса, связанного с каждой проблемой, определяются приоритеты вмешательства; при этом учитывается, насколько та или иная проблема поддается коррективке в результате терапии. Во время, отведенное для обсуждения повестки каждой психотерапевтической сессии (подробно этот вопрос рассматривается в следующем разделе), психотерапевт и пациент совместно определяют темы, которые будут затронуты на данной сессии. Благодаря сотрудничеству проблемы-мишени отбираются еженедельно.

Процесс отбора проблем для проработки часто представляет трудности для начинающего когнитивного психотерапевта. Иногда бывает трудно прийти к согласию по поводу главной темы обсуждения, отобрать сопутствующие проблемы, проявляется склонность к переходу от проблемы к проблеме вместо систематического поиска удовлетворительного решения каждой проблемы по очереди. Поскольку процесс отбора проблем включает структурирование и сотрудничество со стороны психотерапевта, необходимо владение соответствующими профессиональными навыками.

Налаженная обратная связь

Обратная связь особенно важна при психотерапии страдающих депрессией пациентов; это необходимая составляющая для развития и поддержания коллаборативных терапевтических взаимоотношений. Когнитивный психотерапевт вводит обратную связь на ранних этапах психотерапии, выясняя отношение пациента к разным аспектам психотерапии, в частности, работе с конкретными проблемами, манере психотерапевта держаться и домашним заданиям.

В связи с тем, что многие пациенты ошибочно трактуют утверждения и вопросы психотерапевта, только регулярная обратная связь может гарантировать психотерапевту, что он находится с пациентом на «одной волне». Психотерапевт должен чутко откликаться на вербальные и невербальные признаки скрытых негативных реакций. В процессе обратной связи когнитивный психотерапевт обсу-

ждает основания для каждого вида вмешательства. Это помогает демистифицировать терапевтический процесс и позволяет пациенту самому убедиться в целесообразности данного подхода.

Кроме того, когда пациенты понимают, какое отношение имеют используемые психотерапевтом техника или домашнее задание к решению проблемы, они начинают более сознательно относиться к терапии.

Третья составляющая процесса обратной связи — регулярная проверка психотерапевтом того, насколько правильно его понимает пациент. Пациенты иногда соглашаются с тем или иным утверждением просто так, чтобы продемонстрировать свою уступчивость, а депрессивные пациенты склонны уступать, избегая прямого разговора с психотерапевтом из боязни быть отвергнутыми, подвергнуться критике или допустить ошибку. Следовательно, задача психотерапевта — прилагать дополнительные усилия, чтобы выяснить причины уступчивости (например, страх быть отвергнутым, желание угодить) у пациента, и чутко реагировать на вербальные и невербальные признаки того, что пациент не вполне его понимает.

Обязательным компонентом обратной связи является краткое резюме в конце каждой сессии, в котором когнитивный психотерапевт подводит итог того, что произошло, и предлагает пациенту сформулировать и записать основные моменты сессии. Пациент берет это итоговое заключение с собой и обращается к нему в течение ближайшей недели. На практике, во время стандартного терапевтического интервью психотерапевт использует эти резюме не менее трех раз: при подготовке повестки сессии, в середине интервью с целью закрепления уже изложенного материала и в конце для подведения итогов интервью. Пациенты обычно положительно реагируют на просьбу об обратной связи, в том числе в форме письменных резюме. По нашим наблюдениям, эти техники способствуют развитию эмпатии и раппорта.

Практическое сотрудничество

При удачно сложившихся отношениях терапевтического сотрудничества пациент и психотерапевт действуют как команда исследователей-единомышленников. Хотя основная исследовательская работа начинается позже, целесообразно сделать первые шаги в этом направлении в контексте отношений сотрудничества. Как одна команда, пациент и психотерапевт анализируют автоматические мысли и схемы пациента так же, как ученые исследуют гипотезы: каждая мысль или схема представляется в виде гипотезы, которую требуется проверить, анализируются факты, свидетельствующие за и против. Фактами считаются прошлые события, текущие обстоятельства и будущие перспективы; в результате логического анализа имеющихся фактов делается совместный вывод о принятии или отклонении конкретной гипотезы. Обоснованность тех или иных убеждений может быть проверена также с помощью специальных экспериментов.

Когнитивные психотерапевты не должны убеждать пациентов в отсутствии логики или соответствия реальности, пациенты самостоятельно «обнаруживают» свои заблуждения. Этот направляемый процесс совершения открытий является общепринятым подходом к обучению и одним из важнейших компонентов когнитивной психотерапии.

Процесс когнитивной психотерапии

Давайте попытаемся составить представление о структуре сессий когнитивной психотерапии и ходе вмешательства. Подробное описание отдельных техник дано в следующем разделе.

Начальные сессии

Главная задача первого терапевтического интервью — достичь некоторого ослабления симптоматики. Уменьшение выраженности симптомов удовлетворяет потребность пациента в избавлении от страданий, а также помогает установить раппорт, наладить сотрудничество, вселить надежду на успех. Ослабление симптоматики достигается не только за счет установления раппорта, проявления симпатии и обещания исцеления; когнитивному психотерапевту следует обосновать свои заверения, очертив круг проблем и наметив некоторые стратегии их разрешения.

Задача очерчивания проблем сохраняет свою актуальность на протяжении всего начального этапа психотерапии. Психотерапевт работает с пациентом над выявлением конкретных проблем, на которых предстоит фокусироваться в процессе психотерапии. Для этого когнитивный психотерапевт составляет максимально полное представление о психологических и жизненных трудностях пациента. Кроме того, психотерапевт выясняет подробности о глубине депрессии и конкретной симптоматике. Когнитивный психотерапевт особенно интересуется, как сам пациент видит свои проблемы.

Как только определены конкретные проблемы, пациент и психотерапевт ранжируют их по очередности. Решения принимаются, исходя из возможности достижения реальных терапевтических изменений, а также вклада данной жизненной проблемы или убеждения в эмоциональный дискомфорт пациента. Чтобы помочь пациенту принять правильное решение, психотерапевт должен видеть взаимосвязи между отдельными мыслями, жизненными ситуациями и неприятными переживаниями.

Другая задача начальной сессии — продемонстрировать тесную взаимосвязь между убеждениями и эмоциями. Когда психотерапевт замечает у пациента смену настроения (например, плач), он указывает на это и предлагает пациенту припомнить мысли, которые возникли у него непосредственно перед изменением настроения. Затем психотерапевт выделяет негативную мысль, указывая на ее взаимосвязь со сменой настроения. Вначале домашние задания нацелены на то, чтобы помочь пациенту удостовериться в наличии Тесной связи между убеждением и эмоцией.

На ранних этапах психотерапии часто возникает необходимость приобщить пациента к когнитивной психотерапии. В частности, если до этого пациент приобрел опыт аналитически ориентированной или роджерсовской терапии, он ожидает недирективного терапевтического подхода, более ориентированного на инсайт. В силах когнитивного психотерапевта ускорить переход к более активной, структурированной позиции, поддерживая интерес к решению задач, что на практике выражается в мягком прерывании пациента, когда он пытается рассуждать об источниках проблем и ждет комментариев от психотерапевта.

Наконец, психотерапевт уже на первой сессии должен убедить пациента в необходимости выполнять домашние задания. Можно, например, подчеркнуть, что домашнее задание в действительности важнее самой психотерапевтической сессии. Кроме того, следует разъяснить, что пациенты, выполняющие домашнее задание, обычно быстрее добиваются результатов. В одном из последующих разделов данной главы более подробно рассматриваются природа и подходы к выполнению домашнего задания на самопомощь.

Ход типичной психотерапевтической сессии

Каждая сессия начинается с согласования повестки дня. Это необходимо в целях экономии времени в течение этого сравнительно краткосрочного терапевтического вмешательства, направленного на решение проблем. Обсуждение обычно начинается с непродолжительного разговора о переживаниях пациента со времени, прошедшего после предыдущей сессии, включая разбор домашнего задания. Затем психотерапевт интересуется, над чем пациент хотел бы поработать в этот раз, предлагая темы для обсуждения. Составив краткий перечень актуальных проблем и тем, пациент с психотерапевтом определяют очередность их рассмотрения, и, в случае необходимости, на каждую из этих тем выделяется время. При установлении приоритетов следует учитывать ряд моментов, в частности, этап психотерапии, выраженность депрессии, вероятность достичь успехов в решении данной проблемы и возможное влияние данной проблемы на другие сферы жизнедеятельности пациента. Когнитивный психотерапевт должен откликаться на возникающее время от времени у пациента желание обсудить нечто важное в данный момент, даже если это обсуждение не будет явно способствовать достижению целей терапии. Подобная гибкость — обязательная составляющая отношений терапевтического сотрудничества.

После этого предварительного этапа пациент с психотерапевтом приступают к обсуждению одной-двух проблем, намеченных на эту сессию. Психотерапевт начинает обсуждение проблемы с адресованной пациенту серии вопросов с целью выяснить природу его затруднений. В процессе этого психотерапевт пытается установить, имеют ли в данном случае место ранние неадаптивные схемы, искаженная интерпретация событий или нереалистичные ожидания. Психотерапевт также старается установить, насколько реалистичны ожидания пациента, адекватно ли его поведение и все ли возможные решения проблемы были учтены. По реакциям пациента можно судить о причинах возникновения у него затруднений в той или иной сфере жизнедеятельности. Теперь можно отобрать одну-две значимых мысли, схемы, образа или вида поведения, над которыми предстоит поработать.

Избрав проблему-мишень, психотерапевт принимает решение об использовании тех или иных когнитивных или поведенческих техник и делится своими соображениями с пациентом. Конкретные техники, которые применяются в когнитивной психотерапии, описаны в следующих разделах данной главы.

В заключение сессии психотерапевт предлагает пациенту подвести итог, чаще письменный, основным выводам, к которым удалось прийти во время сессии. Психотерапевт интересуется впечатлением пациента от сессии с целью установить, были ли во время сессии неприятные моменты, которые могли бы вызвать

отсроченные негативные реакции после интервью. Наконец, пациент получает домашнее задание, позволяющее закрепить навыки, полученные на сессии, применяя их к конкретным проблемам, которые возникнут в течение следующей недели.

Изменение содержания сессий с течением времени

Структура сессий когнитивной психотерапии — в отличие от их содержания — не меняется в зависимости от этапа вмешательства.

На первом этапе вмешательства в центре внимания находятся следующие задачи: ослабление симптоматики, вселение надежды, выявление проблем, установление приоритетов, приобщение пациента к когнитивной психотерапии, налаживание отношений сотрудничества, демонстрация взаимосвязи между убеждением и эмоцией, конкретизация ошибок мышления и обеспечение быстрого продвижения к решению проблемы-мишени. Психотерапия обычно строится вокруг симптоматики пациента, внимание при этом уделяется поведенческим и мотивационным затруднениям. Как только пациент достигает заметных терапевтических изменений в этих сферах, акцент переносится на содержание и стереотипы его мышления,

В отличие от первого этапа, на втором, или сфокусированном на схемах, этапе в центре внимания находится профилактика рецидивов. Поскольку депрессия у пациента не столь выражена, можно перейти от конкретных мыслей по поводу тех или иных проблем к схемам, затрагивающим представления о себе и окружающей действительности, которые лежат в основе большинства трудностей пациента. Обнаружив схему, тут же можно выяснить правила и формулы суждения о мире, которые усвоил развивающийся индивид, после чего схема продолжает определять формирование из впечатлений убеждений, выбор целей, оценку и модификацию поведения, а также интерпретацию событий в последующей жизни. Цель когнитивной психотерапии — противодействовать влиянию схем и заменить дисфункциональные стереотипы новыми подходами. Считается, что изменение самих схем делает пациента менее уязвимым к депрессии в будущем. Рем (Rehm, 1990, p. 80) отмечает:

Негативные схемы могут быть заменены на более реалистичные в обычных условиях, однако они пребывают в «латентном» состоянии и могут быть активизированы в ситуации утраты. С течением времени и в результате изменения обстоятельств к лучшему эти схемы вновь могут стать латентными, если они не модифицированы в результате того или иного вмешательства.

На этом втором этапе на пациента перекладывается большая часть ответственности за выявление проблем, нахождение решений и реализацию этих решений на практике в процессе выполнения домашнего задания. Психотерапевт постепенно берет на себя роль советчика или консультанта по мере того, как пациент научается самостоятельно, без постоянной поддержки применять терапевтические техники. С течением времени пациент приобретает навыки эффективного разрешения проблем, а частота сессий уменьшается и в конце концов психотерапия прекращается.

Оставшаяся часть главы посвящена подробному описанию этих двух этапов вмешательства.

Этап 1: редукция симптоматики

Когнитивные техники

Специфические когнитивные техники позволяют составить представление о когнитивной организации пациента. Когнитивный психотерапевт применяет особые техники для выявления автоматических мыслей, проверки их обоснованности и выделения схем, с помощью которых удастся выяснить, в том числе самому пациенту, на чем основаны его представления об окружающей действительности. Применяя специфические когнитивные техники, психотерапевт обязательно должен работать в рамках когнитивной модели депрессии. Далее в порядке очередности описан каждый набор техник.

Выявление автоматических мыслей

«Автоматическими» называются те мысли, которые вклиниваются в промежутки между внешними событиями и эмоциональными реакциями индивида на эти события. Эти мысли часто остаются незамеченными, поскольку представляют собой часть повторяющегося стереотипа мышления, возникают довольно регулярно и на короткое время. Люди редко задумываются над их обоснованностью, настолько эти мысли привычны и правдоподобны. В процессе когнитивной психотерапии пациенту предстоит научиться распознавать эти автоматические мысли. Когнитивный психотерапевт с пациентом прилагают совместные усилия по обнаружению конкретных мыслей, которые предшествуют таким эмоциям, как гнев, печаль и тревога. Психотерапевт прибегает к расспросу, созданию мысленных образов и проигрыванию ролей с целью выявления автоматических мыслей.

Самый простой способ обнаружить автоматические мысли — задать пациенту вопрос о том, какие мысли пришли ему в голову как реакция на те или иные события. Такой расспрос демонстрирует пациенту подход к интроспективному исследованию, который может быть использован самостоятельно в отсутствие психотерапевта и после завершения вмешательства.

Если же пациент может указать те внешние события и ситуации, которые вызвали у него определенную эмоциональную реакцию, психотерапевт может предложить воспользоваться техникой создания мысленных образов, попросив пациента представить ситуацию во всех подробностях. Часто пациент может самостоятельно выявить автоматические мысли, связанные с реальными ситуациями, если ему удалось создать достаточно четкий мысленный образ. Применяя эту технику, психотерапевт просит пациента расслабиться, закрыть глаза и вообразить себя в неприятной ситуации. Пациент подробно описывает происходящее, мысленно переживая данное событие.

Если неприятное событие подразумевает участие другого человека, когнитивный психотерапевт может прибегнуть к разыгрыванию ролей. Сам психотерапевт играет роль другого участника взаимодействия, в то время как пациент выступает от своего имени. Автоматические мысли обычно без труда обнаруживаются, как только пациент войдет в роль.

Занимаясь выявлением автоматических мыслей, психотерапевт внимательно следит за переменами в настроении пациента во время сессии и сразу же интересуется, какие мысли этому предшествовали. Перемена настроения включает лю-

бую эмоциональную реакцию, например гнев и слезы. Эта техника особенно полезна, когда пациент только учится выявлять автоматические мысли.

После того как пациенты освоят техники выявления автоматических мыслей, им предлагается составлять Ежедневный отчет о своих дисфункциональных мыслях (*Daily Record of Dysfunctional thoughts*; Beck et al, 1979; см. форму 6.2), в котором необходимо фиксировать эмоции и автоматические мысли, возникающие в неприятных ситуациях в промежутках между психотерапевтическими сессиями. На последующих сессиях пациентов обучают рациональной реакции на свои дисфункциональные автоматические мысли, которые также надлежит фиксировать в отдельной графе. Психотерапевт с пациентом, как правило, анализируют ежедневные отчеты за прошедшую неделю в начале следующей психотерапевтической сессии.

Дата	Ситуация	Эмоция(и)	Автоматические мысли	Рациональная реакция	Результат
	Опишите: 1) реальное событие, вызвавшее неприятное чувство (эмоцию), или 2) ход мыслей, воспоминаний, вызвавших негативную эмоцию	1. Конкретизируйте, печаль/тревога/гнев и т. д. 2. Оцените выраженность эмоции (1-100)	1. Запишите автоматические мысли, предшествовавшие эмоциям. 2. Оцените убежденность в правильности этих мыслей (0-100%)	1. Запишите рациональную реакцию на автоматические мысли. 2. Оцените убежденность в правильности рационального ответа (0-100%)	1. Заново оцените убежденность в правильности автоматических мыслей (0-100%). 2. Конкретизируйте и оцените соответствующие эмоции (1-100)

Пояснение. Когда у вас возникает неприятное чувство (эмоция), укажите ситуацию, которая могла вызвать его (ее) появление. (Если чувство возникло в то время, пока вы размышляли или мечтали, пожалуйста, укажите это.) Далее укажите автоматическую мысль, связанную с этим чувством. Оцените степень своей убежденности в этой мысли: 0% — абсолютно нет, 100% — полностью. При оценке выраженности эмоции: 1 — минимальная выраженность, 100 — максимально возможная.

Форма 6.2. Ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях (таблица)

Выявление автоматических мыслей следует отличать от процесса интерпретации, свойственного другим психотерапевтическим подходам. В целом когнитивные психотерапевты работают только с теми автоматическими мыслями, о которых упомянули сами пациенты. Предложение мыслей со стороны психотерапевта может подорвать сотрудничество и мешает пациенту научиться представлять мысли самостоятельно. В крайнем случае, однако, когда недирективные стратегии себя не оправдывают, когнитивный психотерапевт может предложить несколько

возможных автоматических мыслей, поинтересовавшись у пациента, не подходит ли в данном случае одна из них.

Несмотря на все приложенные психотерапевтом усилия по выявлению автоматических мыслей, некоторые из них могут остаться нераспознанными. В таких случаях когнитивный психотерапевт уточняет конкретное значение события, вызвавшего эмоциональную реакцию. Например, пациентка начинала плакать, когда ссорилась с соседкой по комнате, своей лучшей подругой. Все попытки выявить автоматические мысли оказались безуспешными. Только после того, как психотерапевт задал серию вопросов с целью выяснить значение события, обнаружилось, что пациентка связывала ссору или драку с прекращением отношений. Благодаря этому удалось узнать, отчего она плакала.

Проверка автоматических мыслей

Когда психотерапевту с пациентом удастся, наконец, выделить ключевую автоматическую мысль, они рассматривают ее как подлежащую проверке гипотезу. Такой «научный» подход лежит в основе когнитивной психотерапии, в процессе которой пациент научается думать в исследовательской манере. Собирая данные, оценивая факты и делая выводы, пациент приучается к мысли, что субъективные взгляды могут сильно отличаться от реального состояния дел. Разрабатывая эксперименты, чтобы подвергнуть свои автоматические мысли объективному анализу, пациенты осваивают способы модификации мышления, переходят к рациональному мышлению. Те, кому удастся в процессе вмешательства научиться логически мыслить, имеют возможность практически применять свои навыки и после завершения формальной психотерапии.

Когнитивный психотерапевт приступает к проверке обоснованности автоматических мыслей, предлагая пациенту перечислить факты из собственного опыта, свидетельствующие за и против данной гипотезы. Иногда после анализа известных фактов пациенты немедленно отказываются от автоматической мысли, признавая связанные с ней искажения или явную ее ложность.

В случае невозможности проверить гипотезу по причине отсутствия соответствующего опыта, психотерапевт предлагает пациенту спланировать для этого специальный эксперимент. Пациент делает прогноз и начинает собирать фактический материал. Если факты противоречат прогнозу, это доказывает необоснованность автоматической мысли. Результаты эксперимента могут и подтвердить сделанный пациентом прогноз. Следовательно, психотерапевт *не должен* заранее усматривать в автоматической мысли пациента искажения мышления.

Некоторые автоматические мысли не могут быть проверены как гипотезы в результате эксперимента или анализа фактов. В подобных случаях имеется два выхода из положения: психотерапевт может воспользоваться собственным опытом и сформулировать его в виде вопроса, позволяющего выявить противоречия; кроме того, психотерапевт может задать вопрос, направленный на обнаружение логических ошибок в убеждениях пациента. Так, можно сказать пациенту-мужчине, утверждающему, что у него непременно должно быть не менее трех близких друзей: «В прошлом году вы были один и чувствовали себя неплохо, почему вы считаете, что сейчас этого не переживете?»

При проверке автоматических мыслей бывает необходимо уточнять смысл, который вкладывает пациент в то или иное слово. Это особенно касается общих

терминов типа «плохой», «глупый» или «эгоистичный». В этом случае не обойтись без операционального определения слова. В качестве иллюстрации приведем пример. Один из наших пациентов постоянно отмечал автоматическую мысль: «У меня отсутствуют способности к математике». Психотерапевту с пациентом пришлось сузить значение слова, чтобы можно было проверить обоснованность этой мысли. Они определили «отсутствие способностей» к математике как «не-способность получить оценку "удовлетворительно" после того, как на математику затрачено столько времени, сколько в среднем тратят одноклассники». Теперь появилась возможность проанализировать прошлый опыт и проверить обоснованность гипотезы. Этот процесс помогает пациентам увидеть, что негативные мысли часто имеют общий характер, а автоматические мысли играют роль своеобразного аллергена.

Еще одной полезной техникой, с помощью которой пациенту удастся отвергнуть необоснованное самообвинение, является реатрибуция. При депрессии широко встречается когнитивный стереотип возложения на самого себя вины или ответственности за негативные события. Реатрибуция применима в тех случаях, когда пациент без учета реальных обстоятельств объясняет неблагоприятные последствия собственной ущербностью, например отсутствием способностей или недостаточными усилиями. Психотерапевт с пациентом анализируют соответствующие события и, логически рассуждая, более реалистично распределяют ответственность.

Цель реатрибуции — не столько полное избавление пациента от ответственности, сколько изучение факторов, которые могли повлиять на неблагоприятное развитие событий. Благодаря этому пациенты могут объективно взглянуть на ситуацию, избавиться от неоправданного чувства вины и заняться поиском реального способа решения проблемы или предотвращения ее в будущем.

Реатрибутировать ответственность помогает и такой прием: следует продемонстрировать пациенту, что он гораздо строже относится к себе, чем к другим, с готовностью берет на себя вину за собственное неудовлетворительное поведение, прощая другим их ошибки. Когнитивные психотерапевты также разъясняют пациентам, что некоторыми своими проблемами они обязаны депрессии (например, неспособностью концентрироваться), и это вовсе не признаки физической деградации.

Если пациенту удастся точно определить реальную жизненную проблему или отсутствие конкретного навыка, когнитивный психотерапевт может воспользоваться техникой выработки альтернатив для активного поиска альтернативных решений. В связи с тем, что при депрессии мышление несколько сужено, новый взгляд на проблему часто подсказывает пациенту приемлемый выход из положения, который до этого, возможно, был отвергнут.

Следует отметить, что перечисленные выше когнитивные техники предполагают умение психотерапевта задавать вопросы. У неопытных когнитивных психотерапевтов часто наблюдается склонность к поучениям. По нашему опыту, мышление у пациентов меняется гораздо быстрее при использовании тщательно сформулированных вопросов. Если пациенты настроены на самостоятельную работу с собственными проблемами и сами делают выводы, они с готовностью присоединятся к эффективному процессу поиска решений. Далее в этой главе мы подробно остановимся на проведении расспроса.

Поведенческие техники

Поведенческие техники используются на протяжении всего курса когнитивной психотерапии, однако наиболее интенсивно — на начальных этапах вмешательства. Поведенческие техники особенно необходимы при тяжелых расстройствах, когда пациенты ведут себя пассивно, не чувствуют радости жизни, склонны к социальной изоляции, не способны концентрироваться более или менее длительное время. Привлекая внимание пациента, вызывая в нем интерес, когнитивный психотерапевт пытается вовлечь его во взаимодействие, побудить к конструктивной деятельности. Из огромного разнообразия поведенческих техник психотерапевт выбирает те, которые помогут данному пациенту более эффективно справляться с ситуационными и межличностными проблемами. В процессе выполнения домашнего задания пациент применяет полученные им практические навыки для разрешения конкретной проблемы или более эффективного распределения времени.

Когнитивный психотерапевт пользуется поведенческими техниками с целью модификации автоматических мыслей. Например, пациент с убеждением типа «Я не могу этого больше терпеть» после выполнения постепенно усложняющихся заданий на закрепление навыков может изменить свою точку зрения. Пациент с тяжелой депрессией попадает в порочный круг: низкая активность ведет к низкой самооценке, что, в свою очередь, приводит к еще большему разочарованию и бездействию. Вмешательство с использованием поведенческих техник помогает изменить этот разрушительный стереотип.

Наиболее распространенные поведенческие техники включают планирование дел (с оценкой качества функционирования и полученного удовольствия), когнитивное повторение, тренинг уверенности в себе, проигрывание ролей и отвлечения. Техника планирования дел часто применяется на начальных этапах когнитивной психотерапии для профилактики утраты мотивации, пессимизма и чрезмерной склонности к размышлениям. Психотерапевт предлагает Расписание дел на неделю (*Weekly Activity Schedule*) для планирования дел час за часом, день за днем (см. форму 6.3). Пациенты каждый час делают записи о своих делах. Планирование дел помогает пациентам ежедневно получать удовлетворение от достигнутого. Пациенты оценивают каждое завершенное дело по шкале от 0 до 10 с точки зрения качества функционирования и полученного удовольствия. Эти оценки, как правило, противоречат убеждениям пациентов в том, что они ни на что не способны и ничто их не радует. Некоторым пациентам требуется помощь, чтобы приступить к выполнению дел с оценкой качества функционирования и полученного удовольствия: для этого психотерапевт выделяет отдельные составляющие того или иного вида деятельности, начиная с самых простых и заканчивая наиболее сложными. Мы называем это «градуированным», или постепенным, подходом к заданиям. Это позволяет пациенту с депрессией выполнить то, что раньше представлялось ему невыполнимым, вселяя уверенность в успехе.

Когнитивное повторение предполагает, что пациент мысленно представит себе каждый шаг, который необходимо сделать для выполнения конкретного задания. Эта техника особенно полезна в тех случаях, когда пациенты с трудом выполняют многоступенчатые задания. Иногда неспособность сосредоточиться мешает приступить к выполнению того или иного задания. Мысленные образы, возни-

кающие благодаря применению техники когнитивного повторения, помогают пациенту сосредоточиться, а психотерапевту — обнаружить препятствия к выполнению данного задания у конкретного пациента.

Примечание. Оцените дела по качеству функционирования и по полученному удовольствию по шкале от 0 до 10 баллов.

	Поне- дельник	вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	"f^Pf"
	6-7						сGnbG
	7-8						
Утро	8-9						
	9-10						
	11-12						
	1-2						
	3-4						
День	5-6						
	6-7						
	8-9						
	9-10						
Вечер	11-12						~^2 ZZZ

Форма 6.3. Расписание дел на неделю (таблица)

Некоторые подверженные депрессии пациенты предоставляют окружающим заботиться об удовлетворении их повседневных потребностей. Благодаря тренингу уверенности в себе пациенты учатся принимать ответственность за повседневные дела типа принятия душа, уборки, приготовления еды и покупок. Уверенность в себе включает достаточный контроль над собственными эмоциональными реакциями.

Проигрывание ролей используется в когнитивной психотерапии довольно широко и с разными целями. Например, для провокации автоматических мыслей в процессе проигрывания ситуаций межличностного взаимодействия, в частности разговора с начальником. Проигрывание ролей может применяться в домашнем задании, чтобы пациент на практике искал новые когнитивные реакции на проблемные социальные взаимодействия. Третье направление использования этой техники — репетиция новых видов поведения. Таким образом, проигрывание ролей может входить составной частью в тренинг уверенного поведения наряду с моделированием поведения и коррекцией ошибок.

Смена ролей — разновидность предыдущей техники — помогает пациентам представить себе, как окружающие воспринимают то или другое их поведение. Это хорошо иллюстрируется на примере пациентки, которая «проявила себя не лучшим образом, когда покупала одежду». Побывав в роли продавца, она пришла к заключению, что ее первоначальное мнение о себе, как грубой и неуклюжей, не

имеет под собой никакой основы. Благодаря смене ролей пациенты начинают относиться к себе менее строго, у них даже возникает к себе симпатия.

Наконец, психотерапевт может ввести различные техники отвлечения, чтобы помочь пациенту справиться с болезненными переживаниями. Пациент может отвлечься от негативных размышлений, занявшись физическим трудом, общаясь с окружающими, в процессе работы, игры и создания мысленных образов. Практическое использование техник отвлечения также помогает обрести контроль над эмоциональными реакциями.

Расспрос

Как уже не раз подчеркивалось в этой главе, основным терапевтическим средством в когнитивной психотерапии служит расспрос. Замечания и комментарии психотерапевта во время сессии преимущественно звучат в виде вопросов. Одноточные вопросы могут одновременно выполнять несколько функций, в то время как хорошо продуманная серия вопросов помогает пациенту проанализировать конкретную проблему, прийти к какому-то мнению, принять решение. Когнитивный психотерапевт при расспросе пытается выяснить, что думает пациент, вместо того, чтобы излагать ему собственное мнение об этом.

В начале психотерапии вопросы помогают составить полное и точное представление о конкретных трудностях пациента. С их помощью осуществляется сбор анамнеза и другой информации, необходимой для уточнения диагноза; оценивается способность пациента переносить стресс, его склонность к интроспекции, методы совладания со стрессом и т. д.; жизненные обстоятельства и особенности межличностного общения; неопределенные жалобы трансформируются в конкретные проблемы-мишени, над которыми предстоит работать.

В дальнейшем психотерапевт использует расспрос для исследования подходов к проблемам, с целью помочь пациенту взвесить недостатки и преимущества тех или иных возможных решений, увидеть последствия сохранения конкретных неадаптивных видов поведения, выявить автоматические мысли, а также обнаружить ранние неадаптивные схемы и оценить их последствия. Говоря коротко, психотерапевт широко использует вопросы в большинстве когнитивных терапевтических техник.

Хотя сам по себе расспрос — мощное средство выявления и коррекции автоматических мыслей и схем, необходимо, чтобы вопросы были тщательно продуманы и прозвучали в нужный момент. Если при помощи вопросов психотерапевт пытается поймать пациента в «ловушку», заставив противоречить самому себе, пациент увидит в этом угрозу или желание манипулировать. Злоупотребление открытыми вопросами может привести пациента в недоумение, заставив гадать, чего ожидает от него психотерапевт. Задача психотерапевта — своевременно задавать продуманные вопросы с целью помочь пациенту в выявлении автоматических мыслей и схем, а также в объективной оценке происходящего.

Домашние задания для самостоятельного выполнения

Обоснование

Регулярно задаваемые домашние задания — важная составляющая когнитивной психотерапии. При систематическом применении освоенных на сессиях навыков

пациенты быстро достигают хороших результатов, которые сохраняются и после завершения вмешательства. В процессе выполнения домашних заданий пациенты собирают информацию, проверяют гипотезы, что способствует модификации их мыслей и схем. Помимо этого, домашнее задание помогает переключиться с субъективных и абстрактных рассуждений на конкретные и объективные проблемы. Когда пациент с психотерапевтом анализируют прошедшую неделю на этапе планирования повестки текущей сессии, психотерапевт может подчеркнуть взаимосвязь между происходящим на сессиях и конкретным заданием, избегая второстепенных вопросов и уходов в сторону от основных проблем. Домашние задания помогают пациенту обрести уверенность в себе и создают предпосылки для продолжения работы над проблемами и после завершения вмешательства. Когнитивные психотерапевты подчеркивают важность домашнего задания, предварительно обосновывая каждое из них. Они также подробно разъясняют конкретные выгоды от выполнения того или иного задания.

Домашнее задание и его анализ

Когнитивный психотерапевт планирует домашние задания с учетом особенностей каждого своего пациента. Домашнее задание должно быть тесно связано с содержанием психотерапевтической сессии, чтобы пациент понимал его цели и значимость. Каждое задание должно быть конкретным и четко сформулированным. Ближе к концу каждой сессии формулируется задание в письменном виде, один экземпляр психотерапевт отдает пациенту, другой оставляет у себя.

Некоторые типичные домашние задания включают чтение книг или статей по конкретной проблеме, практическое применение техник отвлечения или релаксации, подсчет автоматических мыслей, оценку видов деятельности на удовольствие и качество функционирования при составлении расписания дел на неделю, отчет о дисфункциональных мыслях, прослушивание кассеты с записью психотерапевтической сессии.

Во время сессии психотерапевт узнает у пациента о его реакции на домашнее задание. Так, можно спросить, какое задание было особенно приятным и легким. Чтобы предвосхитить возможные трудности, психотерапевт предлагает пациенту мысленно представить себе все этапы выполнения задания. Эта техника особенно полезна на начальных этапах психотерапии. На промежуточных и заключительных этапах терапии пациент с большей готовностью берет на себя ответственность за самостоятельное планирование домашних заданий.

Разбор домашнего задания на прошедшую неделю обязательно должен проводиться на самой сессии. Если этого не делать, пациент может сделать вывод о том, что выполнять домашние задания не столь уж важно. Разбор с подведением итогов домашнего задания проводится в первой половине каждой сессии.

Трудности при выполнении домашнего задания

Если пациент не выполняет домашних заданий или делает их неохотно, когнитивному психотерапевту следует обратить внимание на автоматические мысли, схемы или поведенческие проблемы, которые ему мешают. Психотерапевт не высказывает предположений о том, что пациент проявляет «сопротивление» или ведет себя «пассивно-агрессивно». Когда проблемы идентифицированы, психотерапевт с пациентом совместно пытаются их разрешить. Конечно, трудности при

выполнении домашнего задания встречаются практически у всех пациентов, и далее мы обсудим некоторые типичные проблемы и способы их преодоления.

Если пациент плохо понял задание, психотерапевту следует еще раз подробно все объяснить, делая особый акцент на желаемых результатах. Иногда в подобных ситуациях помогает поведенческая техника когнитивного повторения (описанная выше).

Отдельные пациенты полагают, что они от природы дезорганизованы и не сумеют вести записи и точно выполнять рекомендации. Психотерапевту обычно удастся разуверить их, напомнив о других ситуациях, в которых обычно составляются списки, — например, перед отъездом в отпуск или походом по магазинам. Психотерапевт также может поинтересоваться, справится ли пациент с заданием, если в конце его будет ждать значительное вознаграждение. Такой вопрос помогает уяснить, что проблема не в недостатке собранности, а в том, что пациент не считает вознаграждение достаточно большим. После того как пациент увидит, что проблема эта надуманная, можно перейти к перечислению выгод от выполнения данного задания.

Пациентам с выраженной депрессией может потребоваться помощь в выделении времени на регулярное выполнение домашних заданий. Как правило, на домашнее задание каждый день отводится одно и то же время. В случае необходимости пациент с психотерапевтом могут разработать систему вознаграждений-наказаний за домашнее задание. Например, можно вознаградить себя какой-либо специально сделанной покупкой или наказать, отказавшись от просмотра любимой телепередачи.

Некоторые пациенты боятся потерпеть неудачу при выполнении задания или сделать его неправильно. В подобных случаях психотерапевт должен разъяснить, что задания на самостоятельное выполнение не могут быть сделаны плохо: частичное выполнение задания все же лучше, чем его невыполнение, ошибки дают ценную информацию о проблемах, которые нуждаются в проработке. Кроме того, качество выполнения задания не оценивается, пациенты просто не могут потерпеть поражение, особенно если взглянуть на это как на тренировку.

Иногда пациенты полагают, что их проблемы столь глубоки и сложны, что не могут быть разрешены с помощью домашних заданий. Психотерапевту следует разъяснить в таких случаях, что даже самые сложные дела начинаются с маленьких конкретных шагов. Некоторые писатели, например, преодолели свои затруднения благодаря такой установке: «Если я не могу написать книгу, я, по крайней мере, напишу один абзац». Достаточное количество абзацев, собственно, и составляет книгу. Психотерапевт с пациентом могут проанализировать достоинства и недостатки такой позиции: проблемы пациента не разрешатся путем выполнения домашних заданий. Или психотерапевт может предложить провести эксперимент, прежде чем делать такой вывод. В тех случаях, когда пациент считает свои успехи слишком ничтожными, делая на этом основании вывод о бесполезности домашних заданий, психотерапевт может усомниться в существовании успехов или помочь пациенту понять, что для значительных изменений требуется время.

Если пациент выглядит обиженным, получая задание, можно предложить ему придумать задание самостоятельно. Кроме того, психотерапевт может предложить несколько заданий на выбор, причем одним из вариантов должно быть несогласие с домашним заданием. Если пациент выбирает несогласие, психотерапевт по-

могает ему проанализировать последствия такого выбора. Еще один прием — подать психотерапию как объект купли-продажи: пациент имеет определенную цель (преодоление депрессии), психотерапевт может предложить ему средство для достижения этой цели; пациент волен воспользоваться предложением или отклонить его точно так же, как он может купить или не купить товар на рынке. Если пациент полагает, что улучшения можно достичь и без выполнения домашнего задания, у психотерапевта есть два варианта. Во-первых, можно сослаться на свой клинический опыт, говорящий о том, что большинство разделявших это мнение пациентов ошиблись и достигли весьма скромных успехов. Другой вариант — поставить ограниченный во времени эксперимент, когда пациенту разрешается не выполнять задания. В конце оговоренного периода психотерапевт с пациентом оценивают достигнутые пациентом успехи. И опять следует подчеркнуть, как важно для когнитивного психотерапевта не быть предвзятым: некоторые пациенты достигают ощутимых клинических изменений и без формального выполнения домашних заданий.

Распространенные проблемы

Неопытный когнитивный психотерапевт часто допускает ошибку, продолжая придерживаться стандартного подхода, даже если он не очень-то помогает. Чрезвычайно важно проявлять гибкость, приспосабливаясь к потребностям конкретного пациента и учитывая несколько конкретных проблем, часто возникающих в процессе психотерапии. Мы сгруппировали эти проблемы в две категории: трудности во взаимоотношениях психотерапевт—пациент и проблемы, связанные с тем, что сама психотерапия, по-видимому, не работает.

Трудности во взаимоотношениях психотерапевт—пациент

Первая группа проблем касается собственно взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом. Когда психотерапевт впервые сталкивается с проявлениями у пациента недовольства, гнева или враждебности, необходимо поделиться с пациентом своими наблюдениями. После этого психотерапевт может поинтересоваться мнением пациента о том, насколько точны эти впечатления и как пациент к нему относится. Психотерапевтам следует помнить, что многие виды вмешательства вызывают негативную реакцию у страдающих депрессией пациентов.

При возникновении недоразумений к ним следует подходить точно так же, как к другим мыслям: психотерапевт совместно с пациентом собирает и анализирует факты, пытаясь отыскать им альтернативное объяснение. Трудности во взаимоотношениях психотерапевт—пациент обычно удается преодолеть в процессе диалога. На этом этапе психотерапевт адаптирует свое поведение к специфическим потребностям конкретного пациента. Например, психотерапевт может чаще прибегать к самораскрытию и личностным реакциям, чтобы удовлетворить потребности пациента, относящегося к психотерапевту формально. Аналогичным образом психотерапевт может взять себе на заметку, что надо чаще повторять мысли пациента в другой формулировке, если пациент продолжает считать, что его не понимают.

В подобных ситуациях не следует воспринимать пациента как упорно сопротивляющегося или склонного к иррациональному мышлению человека. Когнитивный психотерапевт сотрудничает с пациентом, чтобы лучше понимать его ре-

акции. Сами по себе реакции часто позволяют выявить те искажения, которые присущи социальным и личным взаимодействиям данного пациента. Следовательно, любые реакции пациента позволяют терапевту совместно с пациентом проработать неадаптивные подходы к межличностным взаимоотношениям.

Неудовлетворительный прогресс

Вторая группа проблем возникает, когда психотерапия «не работает», хотя пациент старательно выполняет домашние задания, а сложившиеся взаимоотношения сотрудничества можно считать вполне удовлетворительными. Иногда проблема объясняется неадекватными ожиданиями пациента — или нереалистичными ожиданиями самого психотерапевта — относительно быстроты и последовательности терапевтических изменений. Когда психотерапия продвигается не так быстро, как «следовало бы», пациент с психотерапевтом должны иметь в виду, что в ходе вмешательства взлеты и падения неизбежны. Кроме того, одни пациенты продвигаются вперед медленнее других. Как психотерапевт, так и пациент, а иногда они оба преуменьшают значение небольших изменений, которые имеют место в действительности. В таких случаях психотерапевту следует подчеркнуть достигнутые, пусть и не очень значительные, успехи, напомнив пациенту, что к высоким целям идут постепенно, маленькими шагами.

Иногда пациент не питает надежд на будущее и склонен недооценивать свои успехи. Психотерапевту необходимо выявить эти мысли и неадаптивные допущения, которые лежат в основе устойчивого пессимизма. В этих случаях психотерапевт должен приложить усилия для коррекции ошибочных представлений о процессе терапевтических изменений и природе депрессии, прежде чем удастся достичь заметного прогресса в психотерапии.

В отдельных случаях, когда психотерапия «буксует», возможно, некоторые терапевтические техники используются некорректно. Проблемы часто возникают, когда пациенты не полностью убеждены в целесообразности рациональных реакций или не способны вспомнить про них во время эмоционального дистресса. От психотерапевта требуется оценить степень убежденности пациента в обоснованности рациональных реакций и помочь ему проявить их сразу же после возникновения автоматических мыслей. Пациенту, который недостаточно убежден в целесообразности рациональной реакции, психотерапевт может предложить экспериментальный подход — последовать новому убеждению «на пробу». Пациент, из-за сильного волнения неспособный вспомнить, как следует отвечать, должен знать, что в состоянии эмоционального дистресса способность логически рассуждать и без того снижается, поэтому мысли типа «Если это не помогает, тогда ничто другое также не поможет» могут только усугубить проблему. Пациентам следует разъяснить, что благодаря практике им со временем будет легче придумывать рациональные ответы.

Еще одна проблема, вытекающая из некорректного использования техник когнитивной психотерапии, возникает, если психотерапевт не проявляет достаточной гибкости, применяя ту или иную технику. Часто есть необходимость попробовать несколько разных поведенческих или когнитивных техник, прежде чем удастся найти подход, на который откликнется данный пациент. Когнитивный психотерапевт должен использовать конкретную технику в течение некоторого времени, чтобы убедиться в ее эффективности или неэффективности, однако,

если состояние пациента не улучшается, следует быть готовым прибегнуть к альтернативным техникам. По нашим наблюдениям, поведенческие домашние задания у отдельных пациентов дают лучший результат, хотя у психотерапевта есть все основания полагать, что когнитивные задания в данном случае должны быть более действенными.

В отдельных случаях, когда психотерапия не дает результатов, может оказаться, что психотерапевт выбрал для вмешательства не основную проблему. О такой возможности следует помнить всегда, особенно на начальных этапах психотерапии. Когда не удастся достичь сколько-нибудь значимых терапевтических изменений в уровне депрессии, несмотря на то, что пациент, на первый взгляд, значительно продвинулся в проработке проблемы, психотерапевту следует проанализировать возможность существования более значимой проблемы, которая до сих пор не была затронута. Типичный пример такого рода затруднений — случай, когда сам пациент выдает за основную проблему неприятности на работе, однако, как потом выясняется, главной оказывается супружеская дисгармония. Реальная проблема иногда замалчивается, потому что таит в себе угрозу для пациента.

Наконец, когнитивная психотерапия подходит далеко не всем. Если психотерапевт перепробовал все возможные подходы к проблеме, проконсультировался со своими коллегами, но безрезультатно, возможно, имеет смысл отправить пациента к другому психотерапевту, работающему в том же или ином направлении.

Независимо от конкретных причин низкой эффективности психотерапии когнитивный психотерапевт должен пересмотреть собственные убеждения. Следует сохранять настрой на решение проблем, не поддаваясь влиянию пациента, впавшего в отчаяние и считающего себя неспособным. Пессимизм пациента или психотерапевта — серьезное препятствие к решению проблем. Если психотерапевт умеет справляться с собственной негативной самооценкой и другими дисфункциональными мыслями, ему, скорее всего, удастся сосредоточиться на помощи пациенту в поиске выхода из положения.

Случай Айрин: этап редукции симптоматики

На примере из практики описывается вмешательство у страдающей депрессией женщины, которая наблюдалась в нашей клинике. На этом примере мы иллюстрируем многие концепции, о которых шла речь выше, включая выявление автоматических мыслей, когнитивную триаду депрессии, практическое сотрудничество, структурирование сессии и обратную связь.

Диагностическое исследование и предъявляемые жалобы

Пациентка, которую мы будем называть Айрин, обратилась в центр за помощью, узнав о когнитивной психотерапии из радиопередачи. Айрин призналась, что у нее имеются многие из симптомов депрессии, описанных в программе. В центре она прошла обычную процедуру диагностического обследования, в которую включалось стандартное клиническое интервью продолжительностью полтора часа и еще полтора часа письменного тестирования.

Специалист, проводивший первичное интервью, сообщил, что Айрин 29 лет, живет она с мужем и двумя маленькими детьми. Айрин получила среднее образование и перестала работать после замужества. Айрин перечислила следующие основные свои проблемы: депрессия (которой она страдала в течение нескольких

последних лет), трудности с воспитанием детей, супружеский конфликт и ощущение, что муж ставит ее ниже себя. В отношении своего брака Айрин сказала, что чувствует себя ущербной, поскольку муж только что был выписан из центра для алкоголиков и наркоманов. Более того, мужа только что уволили, и теперь он безработный. Он отказался от участия в супружеском консультировании вместе с ней.

Айрин заявила, что с момента замужества чувствовала себя в социальной изоляции, хотя в детском и подростковом возрасте отношения со сверстниками у нее были нормальными. Одной из причин трудностей в общении с женщинами, живущими по соседству, было то, что она не имела влияния на своих детей, а ее муж был наркоманом.

По результатам интервью у пациентки было диагностировано значительное депрессивное расстройство, рекуррентное, по оси I и расстройство типа зависимой личности по оси II. Ее тестовые показатели подтвердили диагноз депрессии. Показатель Айрин по Опроснику депрессии Бека составил 29 баллов, что соответствует выраженности депрессии от умеренной до тяжелой. Наиболее значительными депрессивными симптомами были чувство вины, неспособность получать удовольствие от жизни, раздражительность, социальная изоляция, неспособность принимать решения, утомляемость, невозможность заставить себя заняться повседневными делами, одиночество и утрата либидо.

Сессия 1

Сначала терапию Айрин проводил один из авторов — А. Т. Б. Поскольку первичное интервью проводил другой психотерапевт, А. Т. Б. не стал тратить время на сбор анамнеза и расспрос о жалобах. Сессия началась с того, что Айрин стала описывать состояния, когда она ощущала печаль. Терапевт (Т) тут же приступил к выявлению у пациентки (П) автоматических мыслей, возникающих в таких состояниях.

Т: Какого рода мысли возникали у вас в течение этих четырех дней, когда, по вашим словам, в голову постоянно приходили одни и те же мысли?

П: Ну, они были типа «почему это опять произошло?», потому что он ведь не в первый раз остался без работы. И еще: «Что мне делать?» Я злилась на него, злилась на себя за то, что терпела все это столько времени. Хотела уйти от него или придумывала, можно ли как-то его исправить или перестать так сильно от него зависеть. Много разных мыслей приходило мне в голову.

Т: Теперь давайте вернемся к состояниям печали. Сейчас вы в таком состоянии?

П: Да.

Т: Прямо сию минуту?

П: Да, что-то вроде того. У меня возникают всякие нехорошие мысли — не знаю, — мне кажется, что все, о чем я думаю, плохое, поэтому и мысли дурные. Во всяком случае, ничего не изменится, всегда будет так же плохо. Не знаю. Все идет кувырком, вот что я думаю.

Т: Итак, одна из ваших мыслей о том, что лучше не будет?

П: Да.

Т: Бывает ли иногда так, что вы в этом абсолютно уверены?

П: Да, иногда бывает.

Т: А сейчас вы в этом уверены?

П: Да, совершенно уверена.

Т: Именно сейчас вы полагаете, что лучше не будет?

- П: Ну, конечно, есть какая-то надежда, но очень слабая...
- Т: Если заглянуть в будущее, как сложится ваша жизнь?
- П: Ну, если посмотреть вперед — я могу вам сказать, но не хочу. *(Усмехается.)*
Я вижу не очень далеко.
- Т: Вы не хотите мне об этом рассказать?
- П: Нет, я расскажу вам, но это не очень-то приятно. Я вижу, что все будет продолжаться по-старому, хотя мне это не нравится, я ничего не буду предпринимать, я просто буду жить дальше, а мой муж, он тоже будет то принимать наркотики, то отказываться от них, все останется по-прежнему.

Расспрашивая Айрин про автоматические мысли, психотерапевт узнал, как она представляет себе свое будущее: будет продолжать жить с мужем, словно в ловушке, а муж периодически будет лечиться в центрах для наркоманов. Таким образом, надежд на будущее у нее не было, что весьма характерно для большинства пациентов, страдающих депрессией. Вторым преимуществом такого вопроса было то, что психотерапевт подал Айрин идею проанализировать ее собственные мысли, что является главным в когнитивной психотерапии.

По ходу сессии психотерапевт узнал мнение пациентки по поводу своих супружеских проблем и принял решение не выбирать их в качестве первоочередной терапевтической мишени, поскольку для достижения улучшения потребовалось бы слишком много времени. Вместо этого терапевт решил сосредоточить внимание на таких качествах Айрин, как безынициативность и отстраненность. Часто именно эти задачи решаются в первую очередь при работе с пациентами, страдающими тяжелой депрессией.

В приведенном ниже отрывке психотерапевт помогает Айрин исследовать преимущества и недостатки ее привычки целыми днями лежать в постели.

- П: Обычно мне не хочется вставать. Понимаете, я просто хочу лежать, натянув себе на голову одеяло. Мне ничего не хочется делать. И пусть все меня оставят в покое.
- Т: А теперь скажите, вы чувствуете себя лучше, когда накрываетесь одеялом и ото всего отгораживаетесь?
- П: Да.
- Т: Вы действительно чувствуете себя лучше?
- П: Да, гораздо лучше.
- Т: И сколько же времени вы проводите за этим занятием?
- П: В последнее время мне редко удается полежать, ведь у меня двое детей. Мне иногда вообще не удается полежать. Я бы хотела иметь возможность подольше спать. Это мне помогло бы. Я имею в виду, что чувствую себя под одеялом в безопасности, словно весь мир отделен от меня каменной стеной.
- Т: А теперь, после того, как вы какое-то время полежите, что вы ощущаете по отношению к себе?
- П: Пока лежу — ничего.
- Т: А потом?
- П: Потом? Обычно никаких плохих чувств у меня не возникает — нет, не так. Обычно я ощущаю что-то вроде «О боже, что же это я все лежу и ничего не делаю. Мне надо бы заняться тем и этим, вообще встать и что-то сделать», независимо от того, что мне надо было сделать. Знаете, пока я лежу, я не решаю никаких проблем. Я просто лежу.
- Т: С одной стороны, вы, по-видимому, получаете удовольствие, с другой стороны, вы несколько критично относитесь к себе.

Отметим, что психотерапевт не пытается вступить в спор или убедить Айрин вставать вовремя. Напротив, в процессе разговора он поощряет ее подробно исследовать свое убеждение в том, что ей лучше в постели. Этот процесс мы и называем «практическим сотрудничеством». К началу второй сессии Айрин пересмотрела свою гипотезу о преимуществах пребывания в постели.

П: Кстати, о том, чтобы вставать вовремя, я на днях думала об этом. Когда я сказала вам об этом, мне казалось, что таким способом я отгоняю от себя все дурное. Словно, пока я лежу под одеялом или просто в постели, я защищена. Раньше мне казалось, что я побеждаю. Я вам об этом и рассказала, но теперь я в этом не уверена. Раньше я об этом вообще не думала, а теперь задумалась.

Т: Забавно, что в прошлый раз, когда вы говорили об этом, создавалось впечатление, будто это чрезвычайно приятное занятие, но это иногда бывает с людьми. Со мной тоже так бывает; иногда то, чего я ждал с нетерпением, оказывается вовсе не таким уж хорошим.

Вернемся к первой сессии. Отвечая на один из вопросов психотерапевта, Айрин обмолвилась, что когнитивная психотерапия для нее «последняя надежда». Психотерапевт воспользовался этой возможностью, чтобы исследовать ее пессимизм и мысли о самоубийстве.

Т: О чем вы подумали, когда сказали: «Это моя последняя надежда»? У вас были какие-нибудь конкретные мысленные образы?

П: Да, если и это не поможет, думаю, я не смогу этого долго терпеть.

Т: Если это не поможет, тогда что?

П: Мне будет безразлично, что бы ни случилось.

Т: Нет ли у вас более конкретных предположений?

П: Прямо сейчас нет. Я, конечно, могу решиться на самоубийство, но когда не будет другого выхода. Правда, я в этом не уверена, мысли о самоубийстве возникали у меня и раньше, но никогда всерьез не собиралась этого сделать. Вряд ли мне это удастся. Всегда будет что-то, что будет меня останавливать, например мои дети. Хотя, как мне кажется, я не очень хорошая мать, но с мужем им будет еще хуже. Да, это меня определенно остановит, мои дети и мать. Я боюсь того, что мать станет винить себя за то, что она что-то упустила, хотя это не так. А насчет детей, я просто не доверяю мужу. Хотя со мной им плохо, но с ним будет просто ужасно.

Т: Итак, вы перечислили несколько причин, по которым не собираетесь совершать самоубийство. Теперь расскажите, пожалуйста, почему вам хотелось бы это сделать.

П: Потому что иногда бывает очень плохо, нет никаких надежд, никакого выхода, все одно и то же.

Психотерапевт поощрял пациентку как можно свободнее говорить о возможном самоубийстве; он пытался выяснить причины ее пессимизма и сдерживающие факторы. Убедившись в том, что у пациентки нет конкретных планов по попытке самоубийства (хотя она предприняла такую попытку несколькими годами раньше), психотерапевт сказал ей, что собирается поработать с ней над решением проблем в реальной жизни, а также «проработать мысли, находящиеся у нее в голове». Затем он предложил ей выбрать незначительную проблему, над которой они могли бы вместе поработать.

Т: Есть ли менее глобальные решения, приняв которые вы добились бы ощутимых изменений в своей жизни прямо сейчас?

- П: Не знаю. Давайте попробуем. Долгое время я хочу выйти куда-нибудь, заняться чем-то кроме семьи. Например, вступить в какой-нибудь клуб, ощутить себя частью какой-то группы людей. Я часто думала, что не могу себе этого позволить по финансовым соображениям. Но думаю, что это просто отговорка. Мне кажется, я просто не могу себя заставить выйти из дому.
- Т: Есть ли какая-то группа, к которой вы хотели бы присоединиться?
- П: Не знаю *{хихикает}*. Думаю, это еще одно решение, которое мне не удалось принять. Думаю, меня одновременно интересует и все и ничего.
- Т: Почему бы нам не составить перечень, мысленный перечень? Назовите некоторые занятия, интересные вам.
- П: Теннис, мне давно хочется научиться в него играть.
- Т: А как насчет того, чтобы присоединиться к теннисной команде?
- П: Именно это мне хотелось бы сделать.
- Т: А знаете ли вы входящих в нее людей?
- П: Нет, но я знаю других людей, правда, они живут не в Филадельфии. Полагаю...
- Т: А что если попытаться узнать о ближайшей теннисной команде?
- П: Надо прогуляться до ближайшего корта, только и всего.
- Т: Что произойдет, если вы туда придете?
- П: Не знаю. Мне никогда не приходилось бывать на кортах.
- Т: Что, по-вашему, вы станете делать, когда туда попадете?
- П: Не знаю, я даже не знаю, сколько людей может быть в команде. Надо ли заручиться согласием всех членов команды, чтобы меня приняли, но мне кажется, что должен быть кто-то главный, кто решает такие вопросы. Я этого не знаю наверняка, только предполагаю.
- Т: Как же получить такую информацию?
- П: Думаю, стоит туда пойти.
- Т: Вы полагаете, что сможете что-нибудь разузнать, если туда сходите?
- П: Думаю, да.
- Т: Вы смогли бы узнать, сколько человек в команде и нужны ли им дополнительные игроки?
- П: Точно.
- Т: Что вы думаете об этом?
- П: Это глупо *{хихикает}*.
- Т: Это кажется вам слишком простым?
- П: Да, это не очень сложно, не знаю, почему я до сих пор этого не сделала.
- Т: Ну, наверное, у вас были веские причины, чтобы не делать этого раньше. Возможно, вы слишком мрачно смотрели на вещи.
- П: Вы правы.
- Т: Пессимизм делает людей склонными отвергать возможные решения проблемы. Помните, когда вашего мужа уволили с работы, вы сказали, что никак не ожидали, что он получит компенсацию?
- П: Правильно.
- Т: Когда вас охватывает безнадежность, вы думаете, что ничего нельзя изменить, это так?
- П: Да.
- Т: Итак, вместо того чтобы винить себя за прошлые упущения, почему бы не сделать это прямо сейчас?

Этот отрывок иллюстрирует процесс градуированного задания, что так важ^э* на ранних этапах психотерапии у пациента с депрессией.

Психотерапевт задал пациентке серию вопросов с целью разбить вступление в теннисную команду на несколько шагов. Айрин осознала, что и раньше могла

это сделать, но, как отметил психотерапевт, ее пессимизм мешал найти выход из положения.

П: Первые шаги для меня труднее всего.

Т: Первые шаги трудны для всех, но есть старая поговорка: «Путешествие в тысячу миль начинается с первого шага».

П: Верно.

Т: Потому что этот шаг — первый, за ним будет второй, третий и так далее. Поэтому вначале надо сделать первый шаг, он не обязательно должен быть гигантским.

П: Да, теперь я это понимаю. Мне кажется, я не знала этого раньше. Я думала, что каждый последующий шаг будет не менее трудным, чем первый, но это, наверное, не так. Возможно, дальше будет легче.

На второй сессии Айрин сообщила о своих успехах.

П: Я позвонила насчет тенниса, мне предложили прийти и представиться. Вот и все, что надо было сделать, просто прийти и назвать свое имя, а это совсем не сложно. Это и был первый шаг. Он показался мне удивительно легким. Мне представлялось, что все гораздо сложнее. К счастью, я ошиблась.

В конце первой сессии психотерапевт помог Айрин составить расписание дел на предстоящую неделю. Дела были совсем несложными, например, пойти с детьми на прогулку, навестить мать, прочесть книгу, сходить за покупками и вступить в теннисную команду. В конце психотерапевт попросил ее поделиться мнением о прошедшей сессии и своем пессимизме.

ИТ: Изменилось ли как-то ваше настроение? П: Мне кажется, я прошла несколько этапов, от радости к печали и обратно. Т: Как вы чувствуете себя сейчас? П: Сейчас? Примерно пополам. Т: Наполовину счастливы, наполовину печальны? П: Нет, немного более счастлива, чем печальна.

Т: Теперь, когда вы уйдете, вам будет казаться, что мы с вами не работали над серьезными проблемами, и вам это только предстоит. П: Я думаю, на это потребуются больше времени.

Сессия 2

На второй сессии психотерапевт начал с того, что вместе с Айрин стал планировать повестку сессии. Айрин хотела обсудить свою ссору с мужем и свое ощущение приниженности; психотерапевт добавил к этому дилемму активности/бездеятельности. Затем они разобрали прошлое домашнее задание. Айрин выполнила все запланированные дела, а также перечислила некоторые свои негативные мысли, возникшие в перерыве между сессиями. Показатель по Опроснику депрессии Бека несколько снизился. (Пациенты, как правило, заполняют опросник перед каждой сессией, чтобы и пациент и психотерапевт могли наблюдать за результатами вмешательства.)

После этого Айрин зачитала психотерапевту перечень своих негативных мыслей. Одна из проблем заключалась в том, что на первой сессии она расплакалась.

П: Я знаю, что вы специалист, но мое настроение слишком быстро менялось. Мне показалось, во всяком случае так я себе это объяснила, что вы мной манипули-

руете. Не знаю, почему, но мне не нравится, когда мной руководят, да еще так запросто.

Т: Хорошо. У вас возникла мысль, что я вами манипулирую, что я каким-то образом нажимаю на кнопки и поворачиваю ручки?

П: Ну да.

Психотерапевт предложил Айрин альтернативное объяснение.

Т: Я бы сказал, что у меня нет намерений вами управлять, да вы и сами не допустили бы этого. Дело в том, что во время беседы мы затрагивали разные темы, одни были более, другие — менее болезненны. Когда мы говорили о неприятных вещах, вы чувствовали себя хуже, а когда речь шла о чем-то хорошем, настроение у вас улучшалось. Вы почувствовали себя более уверенно, когда, после работы над конкретной проблемой, удалось найти решение. Затем мы перешли к другой проблеме, и вам опять стало хуже. Таким образом, все это заложено в природе интервью, и настроение ваше менялось не потому, что вы слабая, а я всемогущий. Но это полезно, а это объяснение не только дает вам информацию, но и показывает, как справляться с негативными мыслями.

Этот случай показывает, каким образом когнитивный психотерапевт использует события по ходу сессии для обучения пациентов выявлению автоматических мыслей и анализу альтернативных объяснений.

После этого Айрин перешла к ссоре с мужем, особо подчеркнув мысль о том, что, возможно, следует от него уйти. Они с психотерапевтом пришли к соглашению, что имеет смысл подождать с таким важным решением, пока ее депрессия не уменьшится. Мы часто рекомендуем страдающим депрессией пациентам отложить важные для них решения до тех пор, пока они не смогут реалистично взглянуть на свою жизнь.

Психотерапевт подытожил свои наблюдения, выделив две основные темы, которые присутствовали в автоматических мыслях Айрин о муже и психотерапии. Первая тема касалась страха подпасть под влияние других людей, включая психотерапевта (схема подчинения); вторая — того, что другие люди о ней не заботятся (схема эмоциональной депривации). Когнитивные психотерапевты часто выявляют и начинают корректировать ранние неадаптивные схемы уже на первом этапе вмешательства. Особенно интенсивная работа в этом направлении проводится на втором этапе, когда пациент уже не имеет столь выраженной депрессии. Этот этап описан в одном из следующих разделов главы. В приведенном ниже отрывке психотерапевт объясняет, почему он пришел к выводу, что схема эмоциональной депривации актуальна для Айрин.

Т: Так, например, когда вы рассказываете, как муж с вами обращается, складывается впечатление, что вы озабочены его невниманием к вашим чувствам и желаниям.

П: О, да.

Т: Мне не хотелось бы делать из этого наблюдения далеко идущие выводы, но вы также упомянули, что после рождения второго ребенка вам казалось, что никто о вас не заботится, в частности члены вашей семьи.

П: Ну, на самом деле я не помню, как все происходило.

Т: Как бы то ни было, но вы сделали такой вывод.

П: Да.

Т: Итак, вас гложет одна мысль — что никто о вас не заботится, и именно она — причина вашего дурного настроения. Вы настолько к этому восприимчивы, что вам кажется, что и здесь вас используют в качестве подопытного животного;

всем интересно посмотреть, как я работаю, а до вас им дела нет. Клинике вы не нужны, да и мне тоже. Итак, опять эта тема: значимые для вас люди не проявляют заботы о вас. Это так?

П: Да. В большинстве случаев.

Т: Во всех тех случаях, о которых я упомянул?

П: Да.

Т: Теперь нам известно, что вам следует быть внимательной к этому своему чувству, что о вас не заботятся, потому что оно портит вам настроение. Даже если это не соответствует действительности. Если вы узнаете, например, что матери вы не безразличны, что вы ошиблись в своих подозрениях, эта мысль все равно вас не оставит. Теперь вы думаете, или думали, что вы нам не интересны.

Примерно в середине сессии психотерапевт попросил пациентку об обратной связи:

Т: А теперь скажите, пожалуйста, что беспокоило вас во время нашего сегодняшнего разговора?

П: Что меня беспокоило?

Т: Да.

П: Ну, чем дальше, тем более глупой я себя чувствую.

Т: Это очень важно. Хорошо. Не могли бы вы...

П: Ну, я пытаюсь избавиться от этого чувства, но никак не могу.

Т: Как есть, так и есть. Почему вы не можете себе позволить быть глупой и не скажете мне об этом?

П: Я просто чувствую, что сама могла бы додуматься до всего этого.

Этот комментарий позволил выявить третью тему — схему некомпетентности. Айрин считала, что постепенно глупеет в течение последних нескольких лет. В этот момент, однако, пациентка начала улавливать, что значит более рационально реагировать на свои мысли. После того как психотерапевт указал на прозвучавшую в приведенном выше фрагменте негативную мысль, пациентка попросила слова:

П: Я знаю, что делать с мыслью: «Глупо, что я сама до этого не додумалась».

Т: И что же вы собираетесь с ней делать в данный момент?

П: Я собираюсь сказать: «Вы специалист. Вы должны в этом разбираться».

Т: Верно, вы уволили бы меня, если бы я в этом не разбирался. Верно?

П: Не думаю, но... (*смеется*). Нет, я бы вас не уволила, я бы никого не уволила.

Т: Итак, вы хотите сказать, что я кое-что замечаю только благодаря профессиональной подготовке. И еще: окружающие объективны и иногда видят в нас то, чего мы сами в себе не замечаем. Это свойственно человеческой природе.

П: Да.

Те же автоматические мысли возникли несколько позже во время сессии, когда Айрин почувствовала себя глупой, потому что не смогла ответить на один из вопросов психотерапевта. В приведенном ниже фрагменте интервью психотерапевт помогает ей поставить эксперимент для проверки обоснованности мысли «Я выгляжу глупо».

Т: Хорошо, теперь давайте проведем эксперимент и проверим, сможете ли вы сами отреагировать на автоматическую мысль, а затем посмотрим, что стало с вашим чувством. Обратите внимание, ухудшится или улучшится ваше самочувствие после рационального ответа.

П: Хорошо.

Т: Итак, «Почему я не смогла правильно ответить на этот вопрос? Я выгляжу глупо». Какой можно дать рациональный ответ? Реалистичный ответ?

П: Почему я не ответила на этот вопрос? Потому что я на секунду задумалась, пытаюсь угадать, как следует на него ответить, а когда услышала вопрос во второй раз, поняла, что он звучит совершенно иначе, чем мне казалось; вот почему я не смогла правильно на него ответить.

Т: Хорошо, это касается фактов. А как насчет того, чтобы глупо выглядеть, или вы просто не расслышали вопроса?

П: Я просто не расслышала вопроса.

Т: А может быть, я сформулировал вопрос нечетко, вот вы его и не поняли.

П: Вполне возможно.

Т: Еще как возможно. Я тоже не образец совершенства, поэтому вполне вероятно, что я плохо сформулировал вопрос.

П: Но вместо того, чтобы указать вам на вашу ошибку, я сочла, что это моя оплошность.

Т: Давайте посмотрим видеозапись. Даже если я допустил ошибку и плохо задал вопрос, значит ли это, что я выгляжу глупо?

П: Нет.

Т: А если вы допустили ошибку, вы поглупели?

П: Вряд ли.

Т: Но вы почувствовали себя глупой?

П: Да.

Т: Вы по-прежнему чувствуете себя глупой?

П: Нет.

Приведенный диалог демонстрирует использование техники реатрибуции. Сначала пациентка трактует свою неспособность ответить на вопрос психотерапевта как свидетельство своей глупости. В результате направленного поиска она приписала проблему одному из двух факторов: либо она сама не расслышала вопроса, либо психотерапевт задал вопрос недостаточно четко. В конце эксперимента Айрин выразила удовлетворение, что все-таки сумела выявить свою склонность к искажению оценок.

П: Теперь я довольна. Я чувствую себя лучше, потому что, наконец, мне указали на мои заблуждения, которых я раньше не замечала. Я не замечала, что считаю себя глупой.

Т: Итак, вам понравились результаты ваших наблюдений за собой?

П: Именно так.

После подведения основных итогов второй сессии психотерапевт задал домашнее задание на предстоящую неделю: заполнить Ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях (см. форму 6.2) и выполнить план дел на неделю, оценив при этом качество функционирования и полученного удовольствия (см. форму 6.3).

Сессия 3

К началу третьей сессии настроение у Айрин заметно улучшилось. Она с сестрой вступили в теннисный клуб. Кроме того, Айрин научилась более рационально реагировать на свои автоматические мысли о том, что выглядит глупо. В действительности она осваивала навыки когнитивной психотерапии, оказывая помощь подруге, у которой были сходные проблемы, в частности склонность к самоогов-

ру. В качестве основной темы для работы Айрин выбрала один из аспектов схемы подчинения «как окружающие мной помыкают». Она описала случай, когда со сядка воспользовалась ее слабостью, а она не смогла за себя постоять. Анализируя свои мысли, Айрин отметила двойственные чувства, свойственные схеме подчинения, которые мешали ей вести себя уверенно.

П: Я хочу быть хорошей. Мне не хотелось бы доставлять людям беспокойство. Я не хочу все время находиться с кем-то в состоянии вражды. Но я не люблю себя и за то, что слишком часто уступаю.

Т: Как вы считаете, можно быть хорошим человеком и при этом не уступать всем и каждому?

П: Думаю, да.

Психотерапевт продолжал исследовать корни представлений пациентки о том, что хороший человек не может проявлять гнев или настойчивость. В процессе дискуссии стало ясно, что абстрактно пациентка понимает, что проявлять гнев может и хороший человек, но в конкретной жизненной ситуации Айрин чувствовала, что она не права. В связи с этим психотерапевт дал ей задание с целью помочь проявиться рациональному мышлению в *контексте конкретного события*. По просьбе психотерапевта Айрин описала ссору, во время которой она накричала на соседку. Хотя для этого были веские основания, Айрин чувствовала себя виноватой. Психотерапевт помог ей воспользоваться логикой для оценки неадаптивной схемы.

Т: Вы думаете: «Я не права, что разозлилась и накричала на нее». Складывается впечатление, что вы убеждены в правильности этой мысли, то есть мысль правильная, а вы были не правы. Поскольку вы считаете свою мысль правильной, у вас появляется желание не выходить из дому.

П: Правильно.

Т: А теперь давайте рассмотрим это подробнее. По-вашему, эта мысль правильная?

П: Нет. Я не вижу, чем можно ее подтвердить.

Т: Итак, в соответствии с вашими жизненными ценностями, вы не считаете для себя зазорным вступить за свои права?

П: Верно.

Т: Считаете ли вы, что защищали свои права, когда ваша соседка вызвала полицейских, чтобы они убрали машину, загораживающую ей дорогу?

П: Ну, не следовало загораживать машиной проезд...

Т: Речь не об этом — вопрос стоял так: следовало ли ей вызывать полицию?

П: Нет, я же никого не вызывала, когда она поставила свою машину прямо посреди дороги, перегородив оба направления.

Т: Верно. Не считаете ли вы вполне естественным злиться на человека, который вызывает полицию по подобным поводам?

П: Постойте. О чем это вы?

Т: Давайте, я повторю еще раз. Считаете ли вы вполне естественным для себя разозлиться в такой ситуации?

П: Да.

Т: Хорошо. Итак, вы не видите ничего дурного в том, чтобы разозлиться?

П: Нет.

Т: Нет. Тем не менее только что у вас была мысль, что не следовало злиться и кричать на нее.

П: Да, у меня была такая мысль.

Т: Хорошо, вот вам и одна из проблем. Если вы захотите избавиться от ощущения, что постоянно всем уступаете, обратите внимание на эту мысль «Я напрасно сделала то-то и то-то», вспомните про этот наш разговор и решите для себя, на самом ли деле вы были не правы. Если всякий раз после проявления уверенности вы будете думать: «Зря я так поступила», вы будете себя плохо чувствовать и не захотите в будущем так себя вести. Это понятно?

П: Ага.

Т: Итак, нам надо решить здесь и сейчас. Действительно ли вы думаете, что не стоило вести себя с ней уверенно?

П: Нет, я так не думаю.

Т: Теперь, когда у вас в следующий раз возникнет мысль «Я была не права, мне не стоило этого говорить, мне не стоило отстаивать свои права», какой ответ вы себе дадите на эту мысль?

П: Действительно ли я была не права? Нет, я все сделала правильно, мне следует отстаивать свои права.

Т: Говорите ли вы это потому, что таков правильный ответ, или вы в это действительно верите?

П: Я убеждена в этом. Думаю, в данном случае я поступила правильно. Я поступила правильно. Абсолютно правильно.

После этого обсуждения психотерапевт применил технику под названием «пункт-контрапункт», чтобы помочь Айрин быстрее освоить рациональное реагирование на автоматические мысли. В приведенном ниже фрагменте сам психотерапевт выражает негативные мысли пациентки, в то время как она пытается себя защитить.

Т: А теперь я выступлю в роли прокурора и скажу обвинительную речь: «Я понимаю, что вы кричали на соседку за то, что она вызвала полицию. Правильно ли вы поступили?»

П: Да.

Т: Мне кажется, вы сами понимаете, насколько плохо вы себя вели.

П: Нет, это не так.

Т: Вы так не считаете?

П: Нет, мне надо было ее ударить.

Т: Теперь вы сидите здесь и говорите, что следовало ее ударить. А мне-то казалось, что вы хотели быть хорошей.

П: Я и была хорошей, когда не вызвала полицию, хотя она загрозила проезд.

Т: Я знаю, но теперь вы говорите, что собираетесь пойти и побить ее.

П: Нет, я не стану ее трогать, если только она не начнет первой.

Т: Но вы все-таки кричали на нее.

П: Я кричала на нее, не стану отрицать.

Т: Мне кажется, хорошие люди ни на кого не кричат.

П: Ну, все-таки я хороший человек. Просто она вела себя плохо, и мне в ответ пришлось себя вести плохо.

Т: Как же вы можете быть хорошим человеком, если позволяете себе кричать на людей?

П: Как можно быть хорошим человеком? Вы же хороший человек. Хороший человек тоже может рассердиться.

Т: Вы считаете, что хороший человек тоже может рассердиться?

П: Когда кто-то ведет себя по отношению к нему плохо.

Т: Откуда у вас эта идея, что хорошие люди сердятся, когда другие не правы?

П: Когда другие не правы? Откуда у меня эта идея? Это правда.

Т: Вы действительно в это верите?

П: Да. Хорошие люди ничем не отличаются от обычных. Т:
То есть хорошие люди способны разозлиться? П: Ага.

В заключение психотерапевт вновь обратился к схеме и поинтересовался у пациентки, насколько она убеждена в правильности своих новых взглядов.

Т: Если вы рассердитесь, вы не можете считаться хорошим человеком. Убеждены ли вы в этом теперь?

П: Нет.

Т: Может быть, вы убеждены в этом частично?

П: Гм, нет. Люди на пустом месте не сердятся. Они злятся, когда для этого есть веские причины.

Т: Хорошо. Итак, в настоящий момент вы готовы утверждать... что вы готовы утверждать? Давайте сформулируем это несколько иначе: вы можете разозлиться, но при этом не перестанете быть хорошим человеком. Насколько вы в этом убеждены?

П: На все сто.

Т: Сто процентов?

П: Да.

Т: Вы уверены, что на сто процентов, а не на девяносто, скажем, или восемьдесят процентов?

П: Нет, я думаю, на сто процентов.

В оставшееся время третьей сессии Айрин с психотерапевтом рассматривали другие примеры неуверенного поведения для подкрепления основного, сделанного на сессии вывода: хорошие люди могут проявлять настойчивость, отстаивать свои права, а иногда даже сердиться. Сессия завершилась подведением основных итогов первых трех сессий.

Итоги начальных сессий

На первых трех сессиях психотерапевт заложил основу предстоящего вмешательства. Он сразу начал обучать Айрин выявлять свои негативные автоматические мысли. В процессе этого психотерапевт заметил ее пессимизм и стал исследовать подоплеку ее мыслей о самоубийстве. Идентифицируя мысли пациентки в разных конкретных ситуациях, он сумел обнаружить несколько ключевых схем, в соответствии с которыми строились ее умозаключения; убеждение в том, что другие люди не заботятся о ней и легко могут контролировать ее поведение, что она глупа и что она перестанет быть хорошим человеком, если станет вести себя более уверенно. Психотерапевт искусно использовал мысли самой пациентки, возникавшие по ходу второй психотерапевтической сессии, чтобы помочь Айрин видеть, насколько искаженно она представляет себе терапевтическое взаимодействие, что, в свою очередь, заставляет ее делать ошибочные выводы, что она глупа и легко поддается чужому влиянию.

Помимо выявления этих мыслей и искажений психотерапевт помог Айрин сделать конкретные шаги к преодолению бездеятельности и отстраненности: он предложил ей взвесить преимущества и недостатки пребывания целый день в постели; он разбил задание, касающееся вступления в теннисную команду, на несколько маленьких, легко осуществимых шагов; он помог ей составить план дел на неделю.

Наконец, психотерапевт использовал множество стратегий, чтобы продемонстрировать Айрин, как оценить обоснованность своих мыслей, выработать рациональные реакции и почувствовать себя лучше. В частности, на протяжении трех сессий психотерапевт проводил эксперимент, использовал технику реатрибуции, предлагал альтернативные объяснения и применял технику «пункт-контрапункт».

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что основным терапевтическим средством был распрос. Большинство комментариев психотерапевта были изложены в форме вопросов. Это помогло Айрин научиться анализировать свои мысли вне сессии и не дало повода почувствовать себя подвергшейся нападению со стороны психотерапевта.

К окончанию начальных сессий Айрин выразила оптимизм по поводу возможных изменений в своей жизни. Она была переведена для продолжения вмешательства к другому когнитивному психотерапевту, доктору Джудит Эйдельсон (Об этом переводе пациентка была предупреждена еще до того, как она встретилась со своим первым психотерапевтом — А. Т. Б.)

Последующие сессии

Первым делом второй психотерапевт приступила к работе с убеждением Айрин в том, что она глупа. Пациентка стала составлять Ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях, собирая факты, что она не так глупа, как полагает. В действительности Айрин обдумывала вопрос о поступлении в колледж. Но для этого было несколько препятствий, в частности: 1) муж никогда не давал ей ключей от дома и от машины; 2) у нее не было достаточно денег для учебы; 3) она боялась, что муж станет ее преследовать, если она попытается обрести независимость.

Психотерапевт поставила с Айрин несколько экспериментов, чтобы проверить некоторые из ее убеждений: что муж станет ее преследовать; что она не справится с работой, даже если ей удастся на нее устроиться; что она не сможет хорошо учиться. С помощью градуированных заданий Айрин попросила мужа дать ей ключи, стала членом команды по теннису и начала общаться с подругами. Хотя муж чувствовал себя отвергнутым и обвинял ее в глупости, он, вопреки прогнозам Айрин, не стал предпринимать активных мер, чтобы ее удержать. Айрин устроилась на работу официанткой; опять-таки вопреки своим прогнозам, прекрасно справлялась с работой, ее все хвалили. Вскоре после устройства на работу Айрин на отлично сдала курс социологии. На каждом этапе Айрин выявляла свои автоматические мысли и реагировала на них, делая очередной шаг к своей независимости.

Во время заключительных сессий психотерапии пациентка подняла вопрос об уходе от мужа. Психотерапевт проработала с Айрин следующие мысли: 1) «В конце концов, он может измениться, и наши отношения наладятся», 2) «Брак — это на всю жизнь», 3) «Я одна не проживу» 4) «Если я уйду от него, значит, я неудачница». В результате Айрин одно за другим отвергла эти убеждения как необоснованные или маловероятные и приняла решение о разводе. Вскоре после этого Айрин завершила психотерапию. Она чувствовала уверенность в собственных силах и придерживалась принятого решения, ее показатели по Опроснику депрессии Бека были в пределах нормы. Этап вмешательства, посвященный ослаблению симптоматики, был успешно завершен в течение 20 сессий.

В следующем разделе описан и проиллюстрирован этап когнитивной психотерапии, посвященный профилактике рецидивов.

Этап 2: вмешательство, сфокусированное на схемах, с целью профилактики рецидивов

Для предотвращения рецидивов был введен дополнительный этап вмешательства, на котором проводится работа с более глубокими психологическими структурами.

Этот этап получил название «сфокусированного на схемах» этапа вмешательства, потому что здесь делается акцент на выявлении и преобразовании основных схем пациента. Янг (Young, 1999) подробно описал этот сфокусированный на схемах подход и в соавторстве со своим коллегой (Young & Klosko, 1994) опубликовал книгу самопомощи для пациентов, которой следует руководствоваться на этом этапе. Бек с коллегами (Beck et al., 1990) отмечает:

...Схемы с трудом поддаются изменению. Они удерживаются за счет поведенческих, когнитивных и аффективных элементов. Терапевтический подход должен быть тройственным. Чисто когнитивный подход с попыткой убедить пациентов отказаться от свойственных им искажений неэффективен. Само по себе предоставление пациентам возможности на сессии дать выход своим эмоциям,отреагировать на сессии фантазии и воспоминания также не приведет к успеху. Терапевтическая программа непременно должна учитывать все три направления. Свойственные пациенту когнитивные искажения служат своеобразными маяками, которые указывают на схему (p. 10).

В результате сфокусированный на схемах этап вмешательства заметно отличается от начального этапа: здесь делается акцент на ранних, сформировавшихся в детстве стереотипах, длительно существующих межличностных трудностях, взаимоотношениях пациент— психотерапевт, а также эмотивных и поведенческих упражнениях.

Случай Мишель: этап профилактики рецидивов

На примере второго случая⁵ из практики показана важность коррекции схем при депрессивных эпизодах, которая и проводится во время сфокусированного на схемах этапа вмешательства.

История расстройства и предъявляемые жалобы

Пациентка Мишель прочла про когнитивную психотерапию в нескольких журналах, решила попробовать сама и обратилась в центр. Из первичного интервью стало известно, что Мишель 30 лет, она еврейка, шесть лет замужем. Ее муж Джим католического вероисповедания, работает на Уолл-стрит в инвестиционном банке. У обоих это первая семья. По словам Мишель, они «были вполне счастливы, все разладилось 6-8 месяцев назад». До этого времени она успешно занималась продажей недвижимости.

Своим немедленным решением пройти психотерапию она обязана визиту к своему гинекологу: узнав, что не беременна, Мишель разрыдалась, и ей посоветовали обратиться за психологической помощью.

Ее показатель по Опроснику депрессии Бека составил 28 баллов, что соответствует средней депрессии значительной выраженности. Кроме того, Мишель заполнила многосторонний анамнестический вопросник (Lazarus & Lazarus,

1991) — диагностический инструмент на 15 страницах, который охватывает широкий спектр вопросов, связанных с чувствами, мыслями, поведением и рядом других психотерапевтических аспектов. По данным опросника, основными проблемами Мишель были депрессия, недовольство собой, ощущение, что ее не любят и не ценят. Она также сообщила о характерных для себя видах поведения: откладывание дел, отстраненность, трудности концентрации внимания, нарушения сна, плаксивость, приступы раздражения. Далее она отметила, что часто испытывает гнев, печаль, подавленность, неудовлетворенность, одиночество и пессимизм. Мишель отметила, как характерные для себя, следующие утверждения: «Я никчемная», «Жизнь пуста» и «Надеяться не на что».

К моменту прихода в клинику на первое интервью Мишель уже не работала, редко выходила из дому, весь день валялась в постели и смотрела телевизор. На основе полученной информации пациентке был поставлен диагноз: значительное депрессивное расстройство, единичный эпизод. Она была направлена к одному из нас (А. Д. У.) для проведения вмешательства.

Психотерапевт (Т) использовал тот же общий подход, который был описан ранее в этой главе применительно к Айрин: он выявил и поставил под сомнение дисфункциональные мысли, рекомендовал пациентке вести записи о возникающих негативных мыслях, разрабатывал и воплощал на практике повестки сессий и графики дел, пока депрессия у пациентки (П) не уменьшилась. Сфокусированный на схемах этап вмешательства обычно начинается после того, как пациенты начинают чувствовать себя лучше, а их функционирование становится более эффективным. После 18 сессий показатель Мишель по Опроснику депрессии Бека составил 17 баллов, и психотерапевт приступил к сфокусированному на схемах этапу, объяснив этот переход следующим образом:

Т: Мне кажется, что теперь мы с вами, Мишель, готовы к работе: ваша депрессия уже не так выражена, вы можете вставать с постели и заниматься делами в течение дня, теперь осталось понять, что происходит между вами и вашим мужем.

П: Да, как я ни боялась, но придется этим заняться.

Т: Помните, когда мы стали анализировать проблемы взаимоотношений и все ваши трудности, зашла речь о так называемых «схемах». Эти схемы — своего рода жизненные стереотипы, «вечные» темы в нашей жизни, которые вновь и вновь повторяются. Они напоминают кнопки, на нажатие которых мы реагируем бурей эмоций.

П: Ну, мне кажется, муж слишком хорошо знает, как нажать на эти кнопки.

Т: Да, и мне хотелось бы на этом этапе психотерапии попытаться обнаружить кнопки, которые он нажимает, и помочь вам лучше с ними справляться.

На этом этапе психотерапевт сосредоточил внимание на устойчивых стереотипах, проблемах и темах, которые делают пациента уязвимым к будущим эпизодам депрессии. В случае Мишель психотерапевт сфокусировался на следующих жизненных проблемах.

1. Неспособность Мишель выразить свои чувства и обратиться к другому человеку, особенно к мужу, с просьбой. Она с готовностью признала, что «следует больше требовать от других, но я на это не способна». В частности, это касалось желания иметь ребенка, однако она полагала, что этим «испортит жизнь Джиму».

2. Повторяющиеся мысли о распаде брака, потому что «он всегда дает мне почувствовать, что может уйти в любой момент».
3. Низкая самооценка, в частности, ощущение, что она нежеланна и нелюбима, потому что «во мне 12-15 фунтов лишних».

Компонент диагностического исследования и психологического просвещения

Сфокусированный на схемах этап может быть разделен на два компонента: компонент диагностического обследования и психологического просвещения и компонент терапевтических изменений. Компонент диагностического обследования и психологического просвещения включает в себя четыре составляющие:

- 1) направленный анализ анамнеза пациента с увязыванием прошлого опыта с текущими проблемами;
- 2) использование опросников на выявление схем, в частности Опросника схем Янга (*Young Schema Questionnaire*; Young & Brown, 1999), Опросника функционирования родителей Янга (*Young Parenting Inventory*; Young, 1994b), Опросника компенсации Янга (*Young Compensation Inventory*; Young, 1994a) и Опросника избегания Янга-Рая (*Young-Rygh Avoidance Inventory*; Young & Rygh, 1994);
- 3) основанная на переживаниях работа, в том числе с мысленными образами, с целью активизировать, или «запустить», схемы;
- 4) психологическое просвещение пациента в отношении схем.

Психотерапевт приступил к направленному анализу анамнеза жизни Мишель, обратившись к ее детству, к началу и развитию эмоциональных трудностей. Это исследование подразумевает анализ детских впечатлений от родителей с помощью Опросника функционирования родителей Янга — специального инструмента, содержащего 72 пункта и предназначенного для выявления предпосылок возникновения схем в процессе детского развития.

Воспоминания Мишель о своем детстве были весьма лаконичными. Отец, по ее словам, был очень умный человек, он хорошо зарабатывал, но его «почти никогда не было дома». Мать была мягкой, но пассивной. Взрослея, она поняла, что не может довериться им из-за боязни вызвать гнев, насмешки или что-то «еще хуже», особенно со стороны отца. У нее была сестра, моложе ее на два года, к которой родители благоволили, «она и теперь продолжает оставаться их любимцей».

Мишель не смогла припомнить «реальных» депрессивных эпизодов до того, как она начала встречаться с будущим мужем, и время от времени переживала «острое чувство одиночества и опустошенности», когда эти отношения страдали. Дальнейшие расспросы о прошлом Мишель и ее опыте психотерапии позволили выявить несколько легких эпизодов депрессии и как минимум один значительный депрессивный эпизод. Субъективно воспринимаемые или действительные спады во взаимоотношениях с Джимом, мужем Мишель, по-видимому, провоцировали большую часть ее депрессивных реакций как в браке, так и в период ухаживаний. Предшествующий случай выраженной депрессии последовал после того, как Джим через месяц знакомства объявил, что намерен с ней порвать. Она стала безвольной, не хотела учиться, была на грани ухода из колледжа. Родители

посоветовали ей обратиться за помощью, и она прошла вмешательство под руководством психолога-консультанта в колледже. Хотя психотерапия «до некоторой степени помогла», ее состояние полностью восстановилось лишь после того, как они с Джимом поженились, а вмешательство было прекращено.

Основываясь на полученной в результате направленного анализа информации (повторяющиеся темы эмоциональной изоляции, «отсутствующий» отец, боязнь самовыражения, низкая самооценка), психотерапевт предположил, что текущие проблемы Мишель (неспособность сказать мужу о своих потребностях и неуверенность в прочности брачных уз) связаны со специфическими ранними неадаптивными схемами в домене разрыва связей и отвержения. В соответствии с концепцией схем, тема разрыва связей вращается вокруг предчувствий того, что потребность в безопасных и стабильных взаимоотношениях не будет предсказуемым образом удовлетворяться. Отвержение связано с убежденностью в том, что человек не будет принят и любим окружающими (см. форму 6.1).

Для дальнейшего исследования этой гипотезы психотерапевт перешел к следующей составляющей диагностического процесса и предложил Мишель заполнить в качестве домашнего задания Опросник схем Янга. Опросник, состоящий из 205 пунктов, используется для оценки большинства из 18 основных схем, представленных в форме 6.1. Пациентам предлагается оценить, насколько точно каждое утверждение соответствует их текущему состоянию. Затем психотерапевт подробно разбирает с пациентом ответы, кое-что уточняет и получает недостающую информацию. Наиболее высокими показатели Мишель были по пунктам, касающимся схем заброшенности/нестабильности (субъективно воспринимаемой нестабильности или ненадежности лиц, осуществляющих поддержку), ущербности/стыда (убеждения в собственной ущербности и в том, что не заслуживаешь любви) и подчинения (чрезмерной передачи контроля над своими действиями и решениями другим людям, обычно во избежание гнева или заброшенности). Мишель высоко оценила такие пункты, как «Я цепляюсь за близких мне людей, потому что боюсь, как бы они меня не бросили», «Никто из любимых мной людей не подошел бы ко мне и близко, если бы знал, какая я на самом деле» и «Я позволяю другим людям делать, что им хочется, потому что боюсь последствий». Мишель также отметила несколько пунктов, касающихся эмоциональной депривации, но оценила их несколько ниже. Опросник схем Янга оказался весьма полезным для выдвижения гипотез в случае Мишель. С учетом этой дополнительной информации психотерапевту удалось выявить четыре разные схемы, тем самым подтвердив гипотезу о том, что текущая проблема Мишель частично обусловлена активизацией схем.

До этого момента диагностическое обследование в значительной мере касается прошлых событий и по своей природе «рационально». Третья составляющая диагностики включает исследование и экспериментальную активизацию психотерапевтом конкретных схем с целью проверки сделанных предположений, изучения предпосылок возникновения схем и установления их взаимосвязи с предъявляемыми жалобами. Однозначным свидетельством активизации схемы является значительная выраженность аффекта. Как отмечают Бек с коллегами (Beck et al, 1990, p. 82), «проявление сильных чувств свидетельствует не только об обнаружении основной схемы, но также о том, что дисфункциональное мышление более доступно для модификации». Дополнительная причина необходимо-

сти активизации схем — дать пациенту возможность непосредственно пережить содержание и интенсивность связанных с ней эмоций.

В следующем отрывке психотерапевт помогает Мишель выявить и вновь пережить процесс формирования схемы заброшенности.

Т: Мишель, закройте, пожалуйста, глаза и попытайтесь создать мысленный образ того, что придет вам в голову. Скажите мне, что вы видите.

П: Я должна что-то увидеть?

Т: Да, нам нужны не мысли, а картины. Это может быть изображение человека, какого-то места, чего угодно — словно вы в своем воображении смотрите фильм.

П: Но зачем все это нужно?

Т: Смысл заключается в том, чтобы попытаться отыскать чувства и темы (если хотите — кнопки), которые оказываются нажаты, но о которых вы сейчас даже не подозреваете. Вспомните: только что вы сказали мне, что очень волнуетесь и сами не догадываетесь, почему. Часто люди, закрыв глаза, видят образы, помогающие им понять причины своего состояния, например волнения. Это своеобразный способ проникнуть в суть вещей, не обсуждая их, а просто создавая их образы.

П: Я ничего не вижу.

Т: Постарайтесь расслабиться. Иногда требуется некоторое время для того, чтобы это произошло. Не стоит беспокоиться. Держите глаза закрытыми и в конце концов непременно что-то увидите.

П: А что если я ничего так и не увижу?

Т: Ничего страшного. В этом случае мы всегда сможем вернуться и попытаться проделать все с самого начала.

П: Я кое-что вижу. Вижу, как мой отец выходит из дома. Он не хочет оставаться со мной.

Т: Вы четко видите, как он выходит из дома?

П: Да, он уже на улице и он знает, что я осталась дома. Он знает, что я хочу быть с ним, но он этого не хочет (*плачет*).

Т: Хорошо, он уходит из дома. Куда он направляется?

П: Не знаю. Он просто хочет избавиться от меня.

Т: Знает ли он, что вы хотите его видеть рядом?

П: Да, знает. Но он делает вид, что я не существую, что я не заслуживаю его внимания. Он всегда вел себя со мной именно так.

Эта эмотивная стратегия позволила выявить неприятные детские переживания Мишель, связанные с отцом, вызвав у нее ощущение заброшенности и собственной уязвимости. Далее психотерапевт направлял процесс создания мысленных образов с целью уточнить, имелась ли связь между ранними переживаниями детства, связанными с отцом, и текущими проблемами с мужем.

Т: А теперь, Мишель, пожалуйста, продолжайте держать глаза закрытыми и попытайтесь представить себе Джима. Рассказывайте мне обо всем, что видите.

П: Как вы и говорили, я вижу, как Джим выходит из двери и прикрывает ее за собой. У него в руках чемодан, он вышел из дома, а я осталась одна.

Т: Так же как тогда с отцом — у вас было это же чувство?

П: Да, в точности такое же.

Основываясь на выявленных закономерностях, психотерапевт сделал вывод о том, что болезненные переживания Мишель, связанные с отцом, дали толчок формированию схемы, а теперь у нее возникают сходные чувства во взаимоотношениях с мужем. Продолжая считать свой брак нестабильным, проявляя беспокойство о том, что опять останется в одиночестве, особенно если выразит свои по-

требности и чувства, Мишель подкрепляла связь с прошлым и схему заброшенности. На следующей сессии пациентка припомнила благодаря направленному созданию мысленных образов, что в возрасте шести лет потерялась в супермаркете; не найдя отца, решила, что он ее бросил, и расплакалась. Результаты первых трех компонентов диагностического исследования дополняли друг друга; они позволили психотерапевту составить представление о происхождении и взаимосвязи схем у пациентки, а также об их вкладе в ее текущие проблемы. Психотерапевт заполнил анкету концептуализации схем (*Schema Conceptualization Form*; Young, 1992), позволяющую формализовать этот процесс.

В заключение этапа диагностического обследования и психологического просвещения психотерапевт знакомит пациента со схемами. В случае Мишель психотерапевт поделился с ней своими соображениями и поинтересовался ее мнением (обратная связь).

Т: Почему бы нам не подвести итоги проделанной работы применительно к схемам, о которых шла речь, и их влиянию на вашу жизнь? Благодаря анализу ваших детских переживаний, результатов Опросника схем Янга, направленного создания мысленных образов и другой работы мы с вами выявили три схемы, которые назвали схемами заброшенности, подчинения и ущербности.

Подчинение, как вы помните, это убеждение в том, что вам нельзя выражать свои мысли и чувства из боязни мести, что в вашем случае означает, что кто-либо рассердится и бросит вас. Это значит, что вы не можете ни о чем попросить Джима или своего отца, в противном случае они рассердятся на вас, отстранятся или действительно вас бросят.

В основе подчинения находится схема заброшенности — ощущение, что вас собираются бросить, что вы не можете рассчитывать на то, что они останутся. Вот почему вы испытывали такой ужас из-за отца, когда были ребенком, и теперь с Джимом.

В основе ваших опасений остаться одной, быть брошенной лежат представления о собственной ущербности — ощущение, что с вами что-то не в порядке; что вы ничего не стоите; что вас легко бросить; что вы причините людям беспокойство, если станете о чем-то просить. Это позволяет вам объяснить себе самой, почему Джим хотел бы вас оставить, почему, когда вы с ним ссоритесь, вам постоянно кажется, что он собирается уйти. Вы преодолеваете свой страх быть брошенной с помощью подчинения собственных потребностей.

Как вы смотрите на такое объяснение? Представляется ли оно вам верным? Не эти ли три кнопки, или схемы, активизируются в ситуациях конфликта с Джимом?

Мишель согласилась с предложенной психотерапевтом формулировкой; тем не менее она продолжала настаивать: «Если я стану просить его о чем-то, он от меня уйдет. Он будет со мной, пока я ничего от него не требую».

Чтобы подготовить Мишель к компоненту сфокусированного на схемах вмешательства, касающемуся терапевтических изменений, психотерапевт разъяснил ей природу ранних схем и суть процесса модификации этих схем. Хотя Мишель уже многое узнала о роли схем после заполнения Опросника схем Янга, психотерапевт еще раз более подробно рассказал ей об этом.

Он рекомендовал ей прочесть главы книги «Открыть свою жизнь заново» (Young & Klosko, 1994), которые были посвящены обнаруженным у нее схемам. Психотерапевт также подробно рассказал о происхождении схем, причинах их

устойчивости и их влиянии на установки и поведение человека в течение жизни. Чтобы лучше подготовить пациентку к этапу терапевтических изменений, психотерапевт предупредил ее, что попытки модифицировать схемы встретят сопротивление, усилится боязнь быть покинутой и ощущение своей ущербности, если она попытается выразить свои мысли и чувства, чтобы выйти из-под влияния схемы подчинения.

Компонент терапевтических изменений

Стратегии и техники, используемые в процессе вмешательства на этапе терапевтических изменений, варьируют в зависимости от потребностей пациента. Конкретные приемы определяются природой тех или иных схем и их взаимным влиянием (Bricker, Young, & Flanagan, 1993). Далее мы проиллюстрируем, как все четыре элемента модификации схем — когнитивный, экспериментальный, межличностный и поведенческий — применялись при работе с Мишель.

Хотя пациенты с боязнью заброшенности склонны выбирать партнеров, которые активизируют эти схемы, поддерживая их, готовность партнеров уйти часто переоценивается. В связи с этим психотерапевт приступил к этапу терапевтических изменений, воспользовавшись когнитивной стратегией: он решил оценить обоснованность опасений Мишель по поводу нестабильности ее брака и готовность мужа уйти от нее, если она выскажет ему свои потребности.

Т: Возможно ли, что вы недооцениваете привязанность к вам Джима (если исходить из схем, о которых шла речь, о вашем ощущении собственной ущербности или готовности людей вас бросить)?

П: Это было бы чудесно, но я в этом сомневаюсь.

Т: Давайте проверим, что вы можете сказать в подтверждение его привязанности к вам?

П: Он утверждает, что любит меня. Он часто рад меня видеть, быть рядом со мной... Он говорит мне комплименты на людях, поэтому я думаю, что нравлюсь ему. Он покупает мне подарки — кольца, ювелирные украшения, книги; мы вместе проводим выходные, ездим куда-нибудь. Он интересуется моим мнением о том, как провести отпуск. Думаю, он считается со мной.

Т: Есть ли какие-либо доказательства того, что он готов вас бросить? Он уходил от вас раньше или угрожал, что уйдет?

П: Когда мы встречались, он несколько раз меня бросал.

Т: А с тех пор, как вы женаты?

П: Нет, за время нашей совместной жизни он ни разу не уходил.

Т: Говорил ли он когда-нибудь о своем желании уйти?

П: Нет.

В связи с тем, что терапевтический эффект когнитивных вмешательств со временем ослабевает, если убеждения пациента строятся на схемах, эти вмешательства приходится повторять, пока пациент не научится сам противодействовать своим схемам. Хорошо себя зарекомендовала когнитивная техника периода проспективного наблюдения — определитель схем (*Schema Flashcard form*; Young, Wattenmaker, & Wattenmaker, 1996). Определитель включает в себя карточки с основными характеристиками схемы и когнитивными антидотами к ней, наподобие картотеки. Карточка, которую Мишель следовало регулярно перечитывать, была составлена с ее участием и направлена на преодоление влияния схем на ее текущие проблемы, связанные с подчинением, ущербностью и заброшенностью:

Сейчас я полагаю, что следует оставить мысль иметь ребенка, потому что тогда Джим непременно меня бросит. Я чувствую это под влиянием имеющихся у меня схем подчинения, заброшенности и ущерба. Эти убеждения сформировались в результате недостаточного внимания ко мне со стороны отца и его нежелания побыть со мной, когда я того хотела. В действительности Джим никогда не угрожал, что бросит меня, с того времени, как мы поженились; даже когда мы только встречались, всякий раз после ссоры он ко мне возвращался. Есть много свидетельств того, что Джим очень ко мне привязан, любит меня и не собирается меня бросать. Вот эти факты: он говорит, что любит меня; мы вместе вот уже больше десяти лет; он покупает мне дорогие подарки; мы вместе проводим выходные; он никогда не предлагал провести отпуск порознь; он беспокоится обо мне, когда меня нет дома; его родственники хорошо ко мне относятся. Однажды я очень настаивала на том, чтобы переехать в пригород, он возражал, но в конце концов уступил и не бросил меня. Следовательно, я могу сказать Джиму о том, чего я хочу, не опасаясь, что он от меня уйдет.

В первой части этой когнитивной стратегии удалось выяснить, что Мишель ошибочно трактовала поведение своего мужа. Она недооценивала преданность Джима и переоценивала его желание уйти. Она признала, что ее ожидания сильно расходятся с фактами; Джим проявлял отзывчивость в ответ на высказанные ею просьбы. Даже когда они разошлись во мнениях, он ни словом не обмолвился и никак иначе не проявил склонности уйти от нее. Психотерапевт разъяснил Мишель, что, избегая выражать свои чувства и мысли, подавляя свои потребности, она в действительности подкрепляет существующие схемы. Вторая часть стратегии, предполагающая использование определителя схем, дала Мишель эффективный инструмент, с помощью которого она могла противодействовать своим схемам вне сессий.

Следует отметить, что психотерапевт, проявляя Джим реальную склонность к уходу от Мишель, избрал бы другой терапевтический подход, включая супружескую психотерапию или расторжение брака.

Далее психотерапевт перешел к упражнениям, основанным на переживаниях, чтобы помочь Мишель выйти из-под влияния схем. Сюда входил ее воображаемый диалог с отцом, выражение своего гнева в отношении него за то, что она чувствовала себя заброшенной и ущербной. Ей также требовалось «ощутить», что в пренебрежительном отношении к ней отца не было ее собственной вины.

Т: Можете ли вы представить себе своего отца, уходящего от вас, когда вы просите его вернуться и побыть с вами?

П: «Папочка, я хочу, чтобы ты вернулся и поиграл со мной».

Т: Что он отвечает?

П: Он притворяется, что не слышит меня, и продолжает идти.

Т: А теперь посмотрим, можете ли вы вслух произнести то, о чем он думает.

П (в роли отца): «Опять она хнычет, хочет, чтобы я с ней остался. Она слишком многого хочет. Наверное, с ней что-то не в порядке, раз она так пристаёт».

Т: Что вы хотите сказать своему отцу как взрослый человек, теперь, когда вы услышали его мысли?

П {обращаясь к отцу}: «Я зла на тебя. Почему ты так ко мне относишься?»

Т: Хорошо. Теперь расскажите ему, как вы себя сейчас чувствуете и что думаете.

П: Хорошо. {Отцу} «Я твоя дочь. Я не пристаю, я просто хочу, чтобы ты побыл со мной, потому что люблю тебя и хочу быть рядом с тобой. Я твоя дочь, ты должен любить меня и стремиться быть рядом. Если ты этого не чувствуешь, ты плохой отец».

Диалог с отцом позволил Мишель в конструктивной форме выразить свои чувства к нему, найти силы заявить о своих потребностях и правах. Мысленная работа была продолжена; на этот раз в центре внимания оказались отношения Мишель с мужем.

На протяжении сфокусированного на схемах этапа вмешательства пристальное внимание уделяется схемам, которые активизируются в отношениях между пациентом и психотерапевтом во время сессий. Благодаря этому пациенты видят, как отыгрываются их схемы даже в относительно нейтральной или поддерживающей обстановке. В следующем фрагменте психотерапевт помогает Мишель увидеть, как активизируется ее схема ущербности во время сессии, во время объяснения концепции поддержания схем.

Т: Неприятная особенность схем состоит в том, что они сами себя поддерживают, хотя в результате этого человек чувствует себя несчастным. Складывается впечатление, будто знакомое убеждение, пусть и болезненное, гораздо удобнее, чем новое, пусть даже оно делает человека счастливее.

П: В таком случае надо быть очень глупым, чтобы так поступать с собой. Я в ужасе оттого, что сама себе все это устроила.

Т: «В ужасе» означает, что вы вините себя, или вы опечалены, что так поступаете?

П: И то и другое. А теперь мою глупость видите и вы.

Т: Посмотрим, сумеете ли вы взглянуть на ситуацию более объективно, отвлечшись на минуту от своих проблем. Если каждый проходящий ко мне пациент имеет те или иные схемы и повторяет снова и снова одни и те же стереотипные действия, так же как и вы, неужели я могу считать всех глупыми?

П: Думаю, нет. Но я убеждена в том, что ко мне вы относитесь именно так.

Т: Хотелось бы знать, не используете ли вы против себя свою схему ущербности для доказательства того, что с вами опять не все в порядке. Вы именно это сейчас делаете?

П: Да, да.

Т: Итак, вот вам и еще один пример того, как во время психотерапии и в любой другой ситуации вы принимаете выражения заботы и эмпатии за свидетельство пренебрежения к вам и собственной неадекватности. Возможно, имеет смысл и в дальнейшем следить, как разворачиваются события здесь, на сессии, а также в обычной жизни, чтобы, ощутив себя глупой или посчитав, что другие так думают, вы могли сказать себе: «Постой. Возможно, это включилась моя схема. Может быть, Артур (или Джим) имеет в виду нечто иное».

Как видно из этого диалога, сами по себе терапевтические отношения могут помочь выявить, обсудить и соответствующим образом модифицировать схемы. Обращая пристальное внимание на настроение, реакции и поведение Мишель *in vivo*, психотерапевт продемонстрировал ей убедительные примеры искаженных в результате действия схем интерпретаций своего опыта.

Психотерапевт намечает конкретные схемы, которые подлежат модификации в рамках терапевтического взаимодействия. Для Мишель это означало перестать подчиняться другим людям, включая своего психотерапевта. В противном случае видимое согласие с формулировками психотерапевта, с домашними заданиями и рекомендациями, несмотря на внутренний протест, лишь поддерживает схему и замедляет ход терапии. С целью предотвращения всего этого психотерапевт обычно спрашивал мнение своей пациентки (обратная связь), чтобы удостовериться, что она не просто поддакивает ему во избежание активизации своих схем.

Значительное внимание в психотерапии Мишель уделялось развитию у нее способности осознавать собственные потребности и высказывать их сначала психотерапевту, а впоследствии — и мужу.

Следующий, он же заключительный, этап, который будет освещен в данной главе, — это изменение видов поведения, возникающих под действием схем. Речь идет о том, чтобы пациенты модифицировали свои устойчивые поведенческие модели. Противодействие диктату этих убеждений, несомненно, является наиболее трудной задачей на протяжении всего терапевтического процесса. Для достижения успеха психотерапевту необходимо подталкивать пациентов вести себя вопреки многолетним, заученным стереотипам дисфункционального поведения. Для Мишель это означало умение сказать мужу о своих потребностях, не ощущая себя при этом уязвимой и не опасаясь в результате быть брошенной. Имея в виду свойственную Мишель схему подчинения, психотерапевт предложил ей самостоятельно наметить свои планы.

Т: Есть что-то, касающееся Джима, чего вы избегаете из боязни быть наказанной или осмеянной, но что хотели бы сделать? П: Конечно, мне многого хотелось бы, но чего я действительно хочу, так это более

частого интимного общения. Но я боюсь попросить его об этом, боюсь даже к нему подойти. Т: Не могли бы вы придумать способ, как это ему высказать, чтобы вероятность

позитивного или хотя бы нейтрального ответа была максимальной? Ведь все, что подсказывают вам ваши схемы, не работает. П: Да, я могла бы прижаться к нему, начать целовать. Не просить прямо, но дать

понять, что хочу его. Я могла бы соблазнить его. Т: Отлично. Как вы смотрите на то, что это и будет вашим домашним заданием?

Прижаться к мужу и предложить заняться любовью? П: Не возражаю. По-моему, это самое лучшее домашнее задание, которое вы мне задали.

После того как пациентка успешно справилась с домашним заданием, психотерапевт стал постепенно предлагать ей (с помощью определителя схем и других техник) прямо сообщать мужу не только о своих сексуальных потребностях, но и о своем желании иметь ребенка. Вскоре состояние Мишель заметно улучшилось, и она приняла решение прекратить вмешательство. После вмешательства прошло уже несколько лет. От пациентки, которая пришла в центр по ее рекомендации, стало известно, что Мишель родила ребенка, отношения с мужем у нее прекрасные, а рецидивов депрессии больше не было.

Заключение

Все новые факты продолжают подтверждать эффективность когнитивной психотерапии в качестве вмешательства при униполярной и биполярной депрессии. Подростки, взрослые и пожилые пациенты достигают хороших результатов.

Когнитивная психотерапия помогает пациентам понять взаимосвязь между мыслями, поведением и чувствами. Убеждения «подвергаются проверке» в процессе анализа фактов, постановки экспериментов *in vivo*, сопоставления преимуществ и недостатков, выполнения градуированных по сложности заданий и применения других стратегий вмешательства. В процессе терапии пациенты начина-

ют более реалистично смотреть на самих себя и свои проблемы, предпринимают конкретные шаги к выходу из сложившейся ситуации, их самочувствие улучшается, меняются неадаптивные поведенческие стереотипы. Эти терапевтические изменения являются прямым следствием тщательно спланированных домашних заданий для самостоятельного выполнения — одной из основных особенностей когнитивного вмешательства. Когнитивная психотерапия способствует ослаблению симптоматики за счет того, что пациенты научаются выявлять и модифицировать автоматические мысли и связанные с ними виды поведения.

Второй этап вмешательства — сфокусированный на схемах — был разработан для проработки глубоких психологических структур, предрасполагающих пациентов к рецидиву. После завершения первого этапа вмешательства, посвященного редукции симптомов, основное внимание переключается на выявление и модификацию базовых схем, которые часто предрасполагают людей к депрессии. После тщательного диагностического обследования разрабатывается и реализуется компонент обширных терапевтических изменений. Во время этой фазы вмешательства, посвященной профилактике рецидивов, пациенты приходят к пониманию собственных схем, их предыстории и корней, способов активизации, подкрепления и поддержания.

На протяжении всего вмешательства когнитивные психотерапевты поддерживают сотрудничество со своими пациентами. Они активно структурируют сессии, однако запасаются терпением и предоставляют пациентам возможность самостоятельно прийти к тем или иным выводам. Психотерапевт выступает в роли проводника, помогая пациенту пробраться через лабиринт дисфункциональных убеждений, включая ранние неадаптивные схемы. В результате пациенты обретают необходимые психологические инструменты, дающие им возможность самостоятельно производить нужные когнитивные, аффективные, межличностные и поведенческие изменения в целях профилактики эпизодов депрессии в будущем.

Примечания

1. Исследователи считают целесообразным различать «рецидив» (возврат симптоматики в пределах шести месяцев после завершения терапии) и «повтор» (совершенно новый эпизод депрессии, возникший спустя не менее 12 месяцев после окончания терапии) (Gelder, 1994; см., также Overholser, 1998). Однако в связи с тем, что эта терминология пока еще не устоялась в литературе (а также в целях более точного изложения материала), мы предпочли использовать термин «рецидив» для обозначения любого возврата симптомов, независимо от временных рамок.
2. Распространенность рецидивов после фармакотерапии по литературным данным варьирует, что зависит от четкости терминологии, продолжительности периода проспективного наблюдения и тяжести депрессии в изучаемой популяции (Williams, 1997). Учитывая все эти особенности, по некоторым оценкам рецидивы наблюдаются у 34-92% пациентов (Frank, 1996; Overholser, 1998; Versiani, 1999; Williams, 1997), хотя некоторые исследователи сообщают о более низких показателях (Keller & Boland, 1998).
3. Вышедшая в 1999 г. книга Янга, которая цитировалась в данной главе, «Когнитивная психотерапия при расстройствах: сфокусированный на схемах

подход» (*Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*) — третье издание. Однако высказанные здесь идеи появились еще в 1990 г. и были изложены в оригинальном издании. Аналогичным образом опросник схем Янга был разработан в 1990 г., а затем воспроизведен в 1999 г. в третьем издании.

4. В этой главе диагнозы даны преимущественно в формулировках «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств», 4-е издание (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994). Однако диагнозы в случаях из практики соответствуют *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), которым пользовались в то время, когда проводилось обследование пациентов.
5. В то время, когда проводилось вмешательство у Айрин, сфокусированный на схемах этап вмешательства еще не был полностью разработан. Терапия, как и у большинства других пациентов, была прекращена после заметного уменьшения симптоматики. Поэтому для иллюстрации второго этапа психотерапии был приведен случай другой пациентки, Мишель. Описание данного случая было приведено в соответствии с последними разработками в области ранних неадаптивных схем.

Литература

- Agosti, V., & Ocepek, W. K. (1997). The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: A reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Affective Disorders*, 43(3), 181-186.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 750(Suppl.), 1-26.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 574-585.
- Barber, J. P., & DeRubeis, R.J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 441-457.
- Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 95-117). Oxford: Oxford University Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E., Scogin, E., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C. R., & Levenson, A. I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 550-556.
- Biggs, M. M., & Rush, A.J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 121 — 172). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Blackburn, I. M., & Bishop, S. (1979, July). *A comparison of cognitive therapy, pharmacotherapy, and their combination in depressed outpatients*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Oxford.
- Blackburn, I. M., & Bishop, S. (1980, July). *Pharmacotherapy and cognitive therapy in the treatment of depression: Competitors or allies?* Paper presented at the First World Congress on Behavior Therapy, Jerusalem.
- Blackburn, I. M., & Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in outpatients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, 73-58.
- Bricker, D. C., Young, J. E., & Flanagan, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action* (pp. 88 — 125). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brown, G. W. (1996). Onset and course of depressive disorders: Summary of a research programme. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 151-167). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Colom, E., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera, A., & Gasto, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 3-9.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (1998). Psychological treatments for bipolar disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 240-248). New York: Oxford University Press.
- Crews, W. D., Jr., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5(2), 81-123.
- de Oliveira, I. R. (1998). The treatment of unipolar major depression: Pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 23, 467-475.
- Depression Guideline Panel. (1993). *Depression is a treatable illness: A patient's guide* (AHCPR Publication No. 93-0553). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469-482.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Grove, W. M., Evans, M. D., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work?: Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 862-869.
- Dobson, K. S., & Pusch, D. (1993). Towards a definition of the conceptual and empirical boundaries of cognitive therapy. *Australian Psychologist*, 25(3), 137-144.
- Eifert, G. H., Beach, B. K., & Wilson, P. H. (1998). Depression: Behavioral principles and implications for treatment and relapse prevention. In J. J. Plaud & G. H. Eifert (Eds.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 68-97). Boston: Allyn & Bacon.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 92-103.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. E., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. In D. S. Jannowsky (Ed.), *Psychotherapy indication and outcomes* (pp. 802-808). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., & Morphy, M. A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1443-1445.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 816-820.

- Frank, E. (1996). Long-term treatment of depression: Interpersonal psychotherapy with and without medication. In C. Mundt & M. J. Goldstein (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 303-315). London: Gaskell/ Royal College of Psychiatrists.
- Frank, E., & Thase, M. E. (1999). Natural history and preventative treatment of recurrent mood disorders. *Annual Review of Medicine*, 50, 453-468.
- Free, M. L., Oei, T. P. S., & Appleton, C. (1998). Biological and psychological processes in recovery from depression during cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 213—226.
- Freeman, A., & Davison, M. R. (1997). Short-term therapy for the long-term patient. In L. Vandecreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 5-24). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Futterman, A., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D., & Ferris, R. (1995). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology, and treatment. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 494-525). New York: Guilford Press.
- Gaffan, E. A., Tsaoisis, J., & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 966-980.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 371-374.
- Gelder, M. G. (1994). Cognitive therapy for depression. In H. Hippus & C. N. Stefanis (Eds.), *Psychiatry in progress series: Vol. 1. Research in mood disorders: An update* (pp. 115-124). Goettingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 377-384.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Hall, L. H., & Robertson, M. H. (1998). Undergraduate ratings of the acceptability of single and combined treatments for depression: A comparative analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 3, 269-272.
- Harrington, R., Wood, A., & Verduyn, C. (1998). Clinically depressed adolescents. In P. J. Graham (Ed.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families* (pp. 156-193). New York: Cambridge University Press.
- Hautzinger, M., & de Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 329-340). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 939-947.
- Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 289-292.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 293-317). New York: Guilford Press.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 88-99.
- Ingram, R. E., & Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187-209). San Diego, CA: Academic Press.
- Jarrett, R. B. (1995). Comparing and combining short-term psychotherapy and pharmacotherapy for depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 435-464). New York: Guilford Press.
- Jarrett, R. B., & Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, 18, 227-241.
- Joffe, R., Segal, Z., & Singer, W. (1996). Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 411-413.
- Keller, M. B., & Boland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44(5), 348-360.
- Klein, D. F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 81-87.

- Koder, D. A., Brodaty, H., & Anstey, K.J. (1996). Cognitive therapy for depression in elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11 (2), 97-107.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Wamhoff, J. (1996). Mood disorders: Update on prevention of recurrence. In C. Mundt, M. M. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 289-302). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C.N. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Levendusky, P. G., & Hufford, M. R. (1997). The application of cognitive-behavior therapy to the treatment of depression and related disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 227-238.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 329-342.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild child" in comparisons to treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 95-106.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.
- McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1999). *The numbers count* (NIH Publication No. NIH 99-4584) [Online]. Available: <http://www.NIMH.NIH.gov/publicat/numbers>. CFM
- Nierenberg, A. A., Alpert, J. E., Pava, J. A., Worthington, J. J. III, Rosenbaum, J. E., & Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond accurately to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4), 221-225.
- Oei, T. P. S., & Free, M. L. (1995). Do cognitive behaviour therapies validate cognitive models of mood disorders?: A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology*, 30(2), 145-180.
- Oei, T. P. S., & Shuttlesworth, G.J. (1996). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A case of cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 83-103.
- O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 183-186.
- Overholser, J. C. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression: Part X. Reducing the risk of relapse. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28(4), 381-396.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.
- Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In B. B. Wolman & G. Strieker (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (pp. 64-91). New York: Wiley.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Roberts, J. E., & Hartlage, S. (1996). Cognitive rehabilitation interventions for depressed patients. In P. W. Corrigan & S. C. Yudofsky (Eds.), *Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders* (pp. 371-392). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 329-351). New York: Guilford Press.
- Saeman, H. (1999). Psychotherapy gets short shrift at White House MH meeting. *The National Psychologist*, 8(4), 21.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J. D., Segal, Z. V., Vallis, T. M., Shaw, B. E., & Samstag, L. W. (1993). Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 17(1), 23-38.
- Salkovskis, P. M. (Eds.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.

- Schmidt, N. B. (1994). The Schema Questionnaire and the Schema Avoidance Questionnaire. *Behavior Therapist*, 17(4), 90-92.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Scott, J. (1996a). Cognitive therapy of affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 1-11.
- Scott, J. (1996b). The role of cognitive behaviour therapy in bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 195-208.
- Shaw, B. E., & Segal, Z. V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 173-196). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Shea, M. T., & Elkin, I. (1996). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 316 — 328). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Shea, M. T., Elkin, L., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. E., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T., & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782-787.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, L., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711-718.
- Simons, A. D., Murphy, G. D., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over 1 year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spanier, C. A., Frank, E., McEachran, A. B., Grochocinski, V. J., & Kupfer, D.J. (1999). Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression: Biological and clinical correlates and future directions. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 249-273). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 271-288). San Diego, CA: Academic Press.
- Stewart, J. W., Garfinkel, R., Nunes, E. V., Donovan, S., & Klein, D. E (1998). Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(6), 429-434.
- Stuart, S., & Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with inpatients: Review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(2), 85-92.
- Sullivan, M.J. L., & Conway, M. (1991). Dysphoria and valence of attributions for others' behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 35(4), 273-282.
- Thase, M. E. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl.9), 32-44.
- Thase, M. E. (1999). How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatments for depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 4), 23-32.
- Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated in-patients. *Behavior Therapy*, 22, 469-477.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C E, 111, Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V., & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009-1015.
- Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299— 344). New York: Wiley.
- Versiani, M. (1998). Pharmacotherapy of dysphoric and chronic depressive disorders: Overview with focus on moclobemide. *Journal of Affective Disorders*, 51(3), 323-332.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 337-342.
- Williams, J. M. G. (1997). Depression. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 259-283). Oxford: Oxford University Press.
- Wolpe, J. (1993). Commentary: The cognitivist oversell and comments on symposium contributions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(2), 141-147.

- Wright, J. H. (1996). Inpatient cognitive therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 208-225). New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1992). *Schema Conceptualization Form*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1994a). *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1994b). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., & Brown, G. (1999). Young Schema Questionnaire (3rd ed.). In J. E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. ed., pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Plume.
- Young, J. E., & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Wattenmaker, D. & Wattenmaker, R. (1996). *Schema Flashcard*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

Межличностная психотерапия при депрессии и других расстройствах

Лори А. Джиллис

В этом издании впервые в «Клиническое руководство» включена глава, посвященная межличностной психотерапии (МЛТ). За последнее десятилетие получено много доказательств клинической эффективности этой процедуры при различных проблемах, в частности при депрессии. Существенным преимуществом МЛТ является относительная простота использования, благодаря чему клиницисты могут применять эту модель достаточно точно. В этой главе процесс МЛТ подробно иллюстрируется в контексте вмешательства у пациента по имени Фред, с диагнозом тяжелого депрессивного эпизода. Заслуживает упоминания тот факт, что у психотерапевта Фреда - медсестры - это был первый случай, и работала она под пристальным наблюдением автора, Лори Джиллис, признанного авторитета в области МЛТ. Хотя освоить МЛТ сравнительно несложно, в этой главе хорошо заметны все отступления от методики и искажения (свойственные, впрочем, всем новичкам при любом терапевтическом подходе), когда психотерапевт приняла решение сосредоточить внимание на скорби, вместо недавно произошедших с пациентом ролевых изменений. При изложении материала делается акцент на клинических наблюдениях, чрезвычайно важном элементе МЛТ, которые привели психотерапевта к такому решению. Следует отметить также, что вмешательство МЛТ более эффективно, если проводить ее с учетом конкретных задач и с максимально точным соблюдением методики. Описание совместной работы психотерапевта и пациента, подробный разбор заданий показывают некоторые специфические точки приложения межличностной психотерапии.

Межличностная психотерапия (МЛТ) — краткосрочное индивидуальное вмешательство, эффективность которого в отношении депрессии считается доказанной (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). Методика вмешательства опубликована и широко используется с 1984 г. (Klerman et al, 1984). Авторы этого руководства, Джералд Клерман и Мирна Вайсман, принимали активное участие в исследовании депрессии в 1970-х — начале 1980-х гг. и поняли необходимость краткосрочного вмешательства, которое было

бы доступно всем страдающим депрессией. С этого времени началась разработка подхода МЛТ, который был апробирован и клинически адаптирован в целом ряде вмешательств. Хотя изначально данное вмешательство было разработано для случаев тяжелой депрессии, сравнительно недавно оно стало применяться для терапии пациентов с другими диагнозами, включая нервную булимию и дистимическое расстройство; оно также используется для терапии депрессии у соматических больных, подростков и престарелых (Klerman & Weissman, 1993; Markowitz, 1998). В настоящее время изучаются и другие области применения МЛТ (Weissman et al, 2000).

*

Доказательства эффективности МЛТ

Впервые эффективность МЛТ была показана в исследовании с группой контроля, проведенном Вайсман с коллегами. В этом исследовании эффективность межличностной терапии продолжительностью 16 недель сопоставлялась с относительно низкими (по современным стандартам) дозами аминотриптилина (100-200 мг/день). Оказалось, что МЛТ гораздо более эффективна при депрессии, чем любое другое изолированное вмешательство или так называемое индифферентное контрольное вмешательство разной интенсивности (50-минутные сессии, не чаще одного раза в месяц) (Weissman et al, 1979). Кроме этого, у прошедших МЛТ пациентов заметно улучшилось социальное функционирование, по результатам годичного проспективного наблюдения; этого не наблюдалось в контрольной группе и группе получавших аминотриптилин (Weissman et al., 1981).

Наиболее заслуживающее доверия современное исследование — программа исследования вмешательств при депрессии (*NIMH TDCRP*; Elkin et al, 1989), представляет собой крупнейшее за всю историю психотерапии сравнительное исследование клинической эффективности разных вмешательств на базе нескольких центров психического здоровья. Проведено сопоставление МЛТ, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), имипрамина с клиническим наблюдением (ИМИ-КН) и плацебо с клиническим наблюдением (ПЛА-КН). Все вмешательства производились по стандартизированной технологии, за соблюдением которой внимательно следили. Контрольная группа (ПЛА-КН) служила для того, чтобы отделить реакции на специфическое вмешательство от общих реакций на вмешательство или реакций на неспецифические особенности вмешательства.

Не обнаружено различий в эффективности вмешательств (включая ПЛА-КН) в группе пациентов с менее выраженной депрессией. В случаях более значительной депрессии, однако, были выявлены систематические различия. У пациентов, состояние которых по Глобальной диагностической шкале (*Global Assessment Scale, GAS*; Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) соответствовало тяжелой депрессии и нарушению функционирования, терапия МЛТ дала лучшие результаты по сравнению с ПЛА-КН, о чем судили по средним показателям Оценочной шкалы депрессии Гамильтона (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*; Hamilton, 1967) и критериям выздоровления (показатели *HDRS* < 6 и показатели < 9 по Опроснику депрессии Бека (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Терапия ИМИ-КН превосходила ПЛА-КН по целому ряду показателей в этой группе пациентов. Когнитивно-поведенческая терапия практически ничем не отличалась от ПЛА-КН у пациентов с тяжелой депрессией и выраженными нарушениями

функционирования. Это очень убедительные доводы в пользу МЛТ: продемонстрирована эффективность разговорной терапии (МЛТ) в случаях тяжелой депрессии. Традиционно разговорная терапия рекомендовалась пациентам с депрессией легкой/умеренной степени.

Сиотски с коллегами (Siotsky et al., 1991) изучал характеристики пациентов в исследовании *NLMH TDCRP* и обнаружил среди них шесть прогностически значимых для любого вида вмешательства. Сюда относились социальная дисфункция, когнитивная дисфункция, ожидание пациентом улучшения, эндогенная депрессия, двойная депрессия и продолжительность текущего эпизода. Не выявлено значимых предсказателей различных реакций в зависимости от вида активного вмешательства. Пациенты из группы МЛТ, изначально характеризовавшиеся относительно сохранной социальной адаптацией, лучше откликались на терапию, чем пациенты со значительной социальной дисфункцией. Среди пациентов с незначительной когнитивной дисфункцией те, кто прошел терапию ИМИ-КН или КПТ, достигли более выраженного уменьшения депрессивной симптоматики, чем получавшие ПЛА-КН. Пациенты со значительным нарушением трудоспособности лучше откликались на ИМИ-КН, чем пациенты с минимальными нарушениями.

Сиотски с коллегами (Siotsky et al., 1991) полагают, что незначительная социальная дисфункция свидетельствует о благоприятном прогнозе при терапии депрессии, и делают вывод о том, что такие пациенты особенно восприимчивы к МЛТ. В исследовании *NIMH* пациенты с минимально выраженной социальной дисфункцией лучше других откликались на МЛТ, в то время как пациенты с минимальными когнитивными нарушениями хорошо реагировали на КПТ.

Повторно анализируя полученные результаты, Клейн и Росс (Klein & Ross, 1993) сообщили, что при обычной вероятности ошибки $p < 0,05$ терапия ИМИ-КН превосходила ПЛА-КН, если судить по показателям шкал *HDRS* и *GAS*. В группе завершивших вмешательство (см. ниже) терапия ИМИ-КН также оказалась более эффективной по сравнению с ПЛА-КН, при большей выраженности депрессивной симптоматики после терапии в том и другом случае. Терапия ИМИ-КН превосходила МЛТ и КПТ по конечным показателям шкалы *GAS*.

Используя подход Джонсона-Неймана (*Johnson-Neyman analyses*), Клейн и Росс (Klein & Ross, 1993) установили, что КПТ более эффективна по сравнению с ПЛА-КН по показателям шкалы *GAS*. МЛТ превосходит ПЛА-КН по показателям шкалы *HDRS* в «общей» выборке (все 239 пациентов, приступивших к вмешательству) и по шкале *GAS* в группе «завершивших терапию» (204 пациента, которые прошли три с половиной недели вмешательства). МЛТ оказалась более действенной, чем КПТ, по Опроснику Бека как в «общей», так и в завершившей терапию выборке. В то же время в группе «завершивших терапию» вмешательство ИМИ-КН превосходило по эффективности ПЛА-КН по показателям *HDRS*. Клейн и Росс (Klein & Ross, 1993) подчеркивают: судя по показателям Опросника депрессии Бека в группе «завершивших терапию», тот факт, что КПТ заметно уступает МЛТ, вызывает удивление, поскольку Опросник Бека — «стандартный инструмент для оценки эффективности КПТ» (р. 248). В ходе дальнейшего анализа они обнаружили, что КПТ несколько уступает МЛТ только в случаях умеренной и тяжелой депрессии (в частности, у тех пациентов, чьи показатели по *BDI* > 30).

Последние посвященные МЛТ исследования были проведены на новых выборках пациентов (см. Weissman et al., 2000), причем в двух из них использовались результаты исследований мозга. Мартин и Мартин (Martin & Martin, 1999) оценивали сравнительную эффективность венфлаксина и МЛТ у 28 пациентов со значительной депрессией с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Хотя в обеих группах было отмечено улучшение, под действием разных вмешательств происходили изменения в разных участках мозга. У пациентов, получавших венфлаксин, терапевтические изменения локализовались в угловых извилинах и дорсолатфальной префронтальной зоне коры головного мозга; пациенты после МЛТ имели те же дорсолатеральные изменения, но наряду с этим и в лимбической центральной поясной зоне.

Изучая возникшие в результате вмешательства местные метаболические изменения в головном мозге с использованием данных позитронно-эмиссионной томографии, Броуди с коллегами (Brody et al.,) проводили терапию 24 пациентов пароксетином или МЛТ (в зависимости от предпочтений пациента). Удалось установить, что обе группы характеризовались снижением метаболизма в префронтальной коре и левой передней поясной извилине, наряду с повышением метаболизма в левой височной доле. Следует отметить, что получавшие пароксетин пациенты в среднем продемонстрировали более выраженное снижение показателей по шкале HDRS (61,4%), чем пациенты после МЛТ (38,0%).

Результаты томографии впечатляют: в обоих исследованиях получены изменения местного мозгового метаболизма после одной только психотерапии (МЛТ). Поскольку численность этих двух выборок была небольшой, то и к полученным результатам надо относиться с осторожностью. Во всяком случае, обнаруженные Маргином терапевтические изменения в разных областях мозга при сопоставлении терапии антидепрессантами (венфлаксин) и МЛТ (Martin, 1999), а также сходные изменения метаболизма в тех же областях мозга, которые были выявлены другими авторами (Brody et al.), не зависевшие от метода вмешательства (МЛТ или пароксетин), нуждаются в дальнейшем изучении.

Рекомендации по проведению вмешательства МЛТ

В настоящее время МЛТ рекомендуется как срочное вмешательство с целью устранения симптоматики, профилактики рецидивов и повторных расстройств, коррекции психологических проблем для вторичной профилактики симптомов, а также устранения не прямых последствий депрессии (Weissman & Markowitz, 1994). В отчете Отделения клинической психологии Американской психологической ассоциации, посвященном внедрению в практику психологических процедур (American Psychological Association, 1995), терапия МЛТ характеризовалась как эмпирически обоснованное, устоявшееся вмешательство при депрессии и нервной булимии. Хотя появилось множество публикаций, посвященных применению МЛТ при пищевых расстройствах, проводится ряд клинических исследований в этой области, подробное обсуждение этой темы выходит за рамки данной главы (см. Weissman et al, 2000).

Появились и другие практические рекомендации, подготовленные Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association, 1993) и Американской медицинской ассоциацией (Depression Guideline Panel, 1993). Согласно

этим рекомендациям, данные об эффективности того или иного вмешательства не обязательны для его клинического использования. Тем не менее терапия МЛТ названа в рекомендациях психиатрической и медицинской ассоциаций адекватным неотложным и поддерживающим вмешательством при депрессии, назначенная самостоятельно или в сочетании с лекарственными препаратами. На этапе продолженного и поддерживающего вмешательства, согласно вышеупомянутым рекомендациям, можно ограничиться фармакотерапией для профилактики рецидивов и повторного возникновения расстройств, а также для продления ремиссии повторяющейся депрессии. Исходя из рекомендаций, МЛТ, когнитивная психотерапия и поведенческая психотерапия считаются эффективными вмешательствами при депрессии легкой/умеренной степени. Официальные источники не рекомендуют психотерапию в качестве единственного вмешательства у пациентов с тяжелой или психотической депрессией. Вмешательства с доказанной эффективностью имеют преимущества перед менее изученными или совсем не изученными; в частности, «менее изученными» вмешательствами могут считаться новые препараты с антидепрессивным действием.

Адаптация МЛТ к случаям депрессии разного генеза

МЛТ и послеродовая депрессия

Ряд авторов отмечают необходимость исследования эффективности психологических вмешательств у женщин, страдающих послеродовой депрессией (Buist, Norman, & Dennerstein, 1990; Frank, Kupfer, Jacob, Blementhal, & Jarrett, 1987; O'Hara, 1994). Стюарт и О'Хара (Stuart & O'Hara, 1995) отмечают, что распространенность послеродовой депрессии в популяции женщин, имеющих детей, составляет от 7 до 16%. У женщин, страдающих послеродовой депрессией, с большей вероятностью и в последующем возникнут повторные эпизоды депрессии. Специфические факторы, связанные с послеродовой депрессией, включают социальную изоляцию, чувство собственной неадекватности как матери, неуверенность в своих способностях позаботиться о новорожденном, нарушения сна и аппетита (Stuart & O'Hara, 1995).

Особенно страдает в результате послеродовой депрессии межличностное функционирование. О'Хара отмечает: страдающие депрессией женщины сообщают о том, что рассчитывали на гораздо большую социальную поддержку после рождения ребенка по сравнению с той, которую они получили (O'Hara, 1994). Субъективное восприятие поддержки как недостаточной особенно резко проявляется в их отношениях с супругами.

Была проведена терапия МЛТ у 120 женщин по сравнению с контрольной группой «листа ожидания» (Stuart, O'Hara, & Blehar, 1998). Все эти женщины 2-6 месяцев назад родили детей (в среднем после родов прошло 4,1 месяца) и соответствовали критериям значительного депрессивного эпизода по «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств», третье пересмотренное издание (*DSM-III-R*; American Psychiatric Association, 1987). Пациентки были направлены к психотерапевту акушерами-гинекологами и по результатам тестирования.

Предварительные результаты этого исследования (изложены у Weissman et al, 2000) показывают, что МЛТ — эффективное вмешательство при послеродовой депрессии: 44% пациенток из группы МЛТ достигли ремиссии по Опроснику депрессии Бека по сравнению с 14% в контрольной группе. Терапия МЛТ была с успехом использована как вмешательство при послеродовой депрессии у юных матерей (Gillies, 2000), а также в групповом формате (Stuart et al., 1998).

МЛТ и депрессия у ВИЧ-инфицированных пациентов

Группа авторов (Markowitz, Klerman, & Perry, 1992) обнаружила, что по ряду причин подход МЛТ особенно эффективен в отношении страдающих депрессией ВИЧ-инфицированных пациентов. Психологическое просвещение на тему депрессии помогает этим пациентам понять, что депрессивная симптоматика не является неизбежным следствием их статуса ВИЧ-инфицированных. В рамках МЛТ депрессия помещается в текущий межличностный контекст; это также способствует развитию у таких пациентов уверенности в себе.

Маркович с коллегами провел открытое пилотное исследование с участием 23 страдающих депрессией ВИЧ-инфицированных пациентов (Markowitz et al., 1992). Группа состояла из 18 мужчин и 5 женщин (70% белых, 22% темнокожих и 8% другой расы). Больше половины пациентов-мужчин (57%) были гомосексуалами, 17% — бисексуалами, 13% делали внутривенные инъекции, 9% имели гетеросексуальных партнеров и 4% была проведена гемотрансфузия. Все пациенты знали о том, что они ВИЧ-инфицированы, но лишь у двоих наблюдались признаки СПИДа. Ни у кого из пациентов не было неврологических нарушений, и никто из них не предпринимал попыток самоубийства. Средний возраст составил 37,3 (ст. отклонение = 13,1, диапазон — от 17 до 61 года).

Исход вмешательства оценивался по общему клиническому впечатлению, субъективным оценкам самих пациентов и показателям шкалы HDRS. Согласно полученным результатам, депрессия прошла в 20 случаях (87%). Показатели HDRS заметно улучшились: если сначала они составляли в среднем 25,8 (ст. отклонение = 7,5), то после вмешательства — 6,8 (ст. отклонение = 5,3, $p < 0,01$).

Те же авторы (Markowitz et al., 1995) при финансовой поддержке Национального института психического здоровья провели исследование с целью сопоставить МЛТ:

- 1) с КПТ;
- 2) поддерживающей терапией (ПТ);
- 3) имипрамином в сочетании с ПТ (ИМИ-ПТ).

Предварительные результаты показали, что эффективность МЛТ и ИМИ-ПТ превосходит ПТ и КПТ по показателям опросника Бека (Markowitz, цит. по: Weissman et al, 2000).

МЛТ и депрессия у пожилых

Блейзер и Уильямс (Blazer & Williams, 1980) указывают, что депрессия в пожилом возрасте является серьезной проблемой, поскольку от 1,0 до 15% пожилых людей в данное время страдают депрессией. Авторы отмечают, что, хотя лица старше 65 лет составляют не более 11% населения США, в этой возрастной группе происходит 25% всех самоубийств.

Фрэнк с коллегами считает, что МЛТ особенно подходит пожилым людям, учитывая количество понесенных ими утрат и смены социальных ролей (Frank et al., 1993). При работе с такой популяцией в терапию МЛТ можно внести ряд модификаций. Имеет смысл варьировать продолжительность сессий: физически ослабленные или страдающие тяжелой депрессией пожилые пациенты с трудом выдерживают часовые сессии. Психотерапевт, проводящий МЛТ с пожилыми людьми, может также наладить взаимодействие с социальными работниками и медперсоналом. Фрэнк подчеркивает необходимость вмешательства с целью смягчения конфликтов, особенно длительно существующих конфликтов у пациентов с ограниченным социальным окружением. Однако все, чего обычно удается достичь, это примирение с наличием конфликта, а не полное его устранение. Такие конфликты часто обусловлены дефицитом навыков общения, который невозможно восполнить в результате краткосрочного вмешательства.

Со стороны психотерапевта требуется активность, чтобы вовлечь пожилого пациента в дискуссию. Длительные периоды молчания свидетельствуют о низком интересе пациента к происходящему; имеет смысл раньше завершить сессию, нежели заполнять время затянувшимся молчанием. Следует также с осторожностью подходить к завершению вмешательства или переходу от интенсивной терапии к менее частым поддерживающим сессиям. Учитывая число понесенных пожилыми людьми утрат, особенно важно проявлять чуткость к завершающим моментам, заранее подготавливая к этому пациента.

Терапия МЛТ использовалась в качестве вмешательства при депрессии у пожилых людей в целом ряде исследований. Хотя сопоставление с другими психотерапевтическими подходами не проводилось, МЛТ показала достаточную эффективность. Ротблум с коллегами (Rothbloom et al., 1982) проводил МЛТ в сочетании с фармакотерапией 18 пожилым пациентам; в результате усредненные показатели по шкале *HDRS* упали с 20,9 до 7,2 баллов.

Рейнолдс с коллегами проводил двойное слепое исследование эффективности МЛТ у 61 пациента пожилого возраста (Reynolds et al., 1992). В рандомизированном исследовании с контролем плацебо-эффектов ставилась задача сопоставить эффективность поддерживающей терапии нортриптилином и МЛТ как по отдельности, так и в сочетании. Изучалась стойкость ремиссии на протяжении трехлетнего периода наблюдения после интенсивного вмешательства при эпизоде депрессии. Пациенты включались в поддерживающее вмешательство, если на этапе интенсивной терапии достигали ремиссии депрессивного эпизода, а их хорошее самочувствие сохранялось в течение 16 недель продолженной терапии (двух видов). Около 79% пациентов достигли полной ремиссии депрессии в результате интенсивного вмешательства с использованием МЛТ и нортриптилина.

МЛТ и депрессия у подростков

Краткосрочное вмешательство особенно подходит подросткам, так как они, как правило, не желают участвовать в разного рода медицинских мероприятиях. Коллектив исследователей указывает, что терапия МЛТ, сосредоточенная на ситуации «здесь и сейчас», как нельзя лучше отвечает потребностям тинейджеров (Mufson, Morneau, Weissman, & Klerman, 1993). Исследователи анализировали влияние модифицированной МЛТ для подростков (МЛТ-П) у 14 страдающих депрессией молодых людей и обнаружили, что спустя 12 недель после начала

вмешательства состояние всех подростков более не соответствовало критериям значительного депрессивного эпизода, а еще через год после завершения терапии депрессией страдал только один пациент.

Модификация МЛТ для подростков подразумевает гибкость графика проведения и продолжительности сессий, а также телефонные контакты 1-2 раза в неделю, чтобы обеспечить подростку поддержку в работе над собой и налаживании сотрудничества. Инициатива телефонных звонков может исходить как от психотерапевта, так и от клиента. Как правило, телефонные разговоры происходят в течение первых четырех недель вмешательства. Психотерапевту часто приходится проявлять значительную активность вне сессий при работе с клиентом-подростком. Речь может идти об отстаивании интересов подростка перед школой или родителями; не редкость встречи с родителями и представителями школьной администрации.

Подход МЛТ-П позволил добавить пятую сферу пристального внимания к четырем другим, изначально присущим МЛТ (скорбь, межличностные ролевые конфликты, межличностные переходы и межличностные дефициты, которые более подробно описаны в разделе «Подход МЛТ»), — неполные семьи. Эта сфера выбрана не случайно. Конфликты между родителями, часто возникающие после распада семьи, могут привести подростков к стойкому подавленному настроению (Mechanic & Hansell, 1989).

Поддерживающее вмешательство при МЛТ

Поддерживающая терапия МЛТ разрабатывалась с надеждой на поддержание благополучия у страдающих депрессией пациентов или увеличения промежутка между депрессивными эпизодами. Это чрезвычайно важная задача, поскольку, по данным исследователей (Prien et al, 1984), 50% страдающих тяжелой депрессией пациентов переживают депрессивный эпизод в первые три года от начала вмешательства. Фрэнк с коллегами (Frank et al, 1993) обнаружил, что группы, прошедшие поддерживающее вмешательство МЛТ, изолированное или с плацебо, «выживают» (т. е. не имеют рецидивов депрессии) почти в два раза дольше (что соответствует более длинному промежутку времени между депрессивными эпизодами), чем группа пациентов, принимавших лекарственные препараты и плацебо ($p < 0,05$).

Поддерживающая терапия МЛТ обычно проводится раз в месяц в виде 50-минутной сессии. Пациент продолжает работать с психотерапевтом в выбранной области, а психотерапевт продолжает использовать техники и стратегии МЛТ на этом этапе вмешательства. Поддерживающее вмешательство обычно не ограничено по времени; оно чаще всего проводится с теми пациентами, которые имеют в анамнезе множественные депрессивные эпизоды и, следовательно, подвергаются повышенному риску рецидива депрессии. В идеале поддерживающее вмешательство должно начинаться на ранних сессиях МЛТ сразу после сбора анамнеза, когда становится известно количество депрессивных эпизодов в прошлом.

Новые области применения МЛТ

Что касается групп пациентов и методов самого вмешательства, МЛТ используется чрезвычайно широко. Так, МЛТ проводится в групповом формате, при вме-

шательстве по телефону, при совместной психотерапии (см. Weissman et al, 2000). МЛТ также проводится у пациентов с разнообразной соматической патологией и физическими недостатками, включая рак молочной железы, состояние после пересадки сердца и легких, рассеянный склероз и инфаркты миокарда (см. Weissman et al, 2000). Что касается сопутствующих психологических расстройств, Вайсман с коллегами (Weissman et al., 1979) установили, что эффективность терапии МЛТ при депрессии не зависит от наличия у пациента сопутствующих расстройств личности; однако у страдающих депрессией пациентов с расстройствами личности быстрее возникают рецидивы, чем у тех, кто не имеет диагнозов по оси I. Я адаптировала МЛТ для применения у пациентов с пограничным расстройством личности (при наличии и отсутствии сопутствующей депрессии) и установила ее высокую эффективность при минимальном отсеке пациентов в небольшом открытом исследовании (Angus & Gillies, 1994; Gillies, 1999).

Подход МЛТ

МЛТ сосредоточена на текущих взаимоотношениях пациента с учетом биопсихосоциальных факторов, усугубляющих его проблемы. Одна из задач МЛТ — помочь пациенту в выявлении и изменении неадаптивных межличностных взаимодействий. МЛТ включает оценку симптоматики депрессии, межличностного функционирования и общей психиатрической симптоматики. В конце начального этапа вмешательства психотерапевт кратко подытоживает для пациента уже известную информацию и описывает, в какой форме на предстоящих сессиях будут рассматриваться межличностные проблемы.

Промежуточные сессии включают применение специфических стратегий МЛТ к конкретной области межличностного взаимодействия пациента, а на заключительных сессиях внимание уделяется подведению итогов и психологическому просвещению пациента на тему возможных в будущем эпизодов депрессии. Вмешательство обычно включает от 12 до 16 индивидуальных сессий.

Условия

МЛТ обычно проводится индивидуально на сессиях, продолжительность которых составляет 50 минут, а проходят они амбулаторно. МЛТ проводится в амбулаторных отделениях клиник, местных центрах психического здоровья и кабинетах частнопрактикующих клиницистов. В последнее время возникает все больше новаторских подходов; например, МЛТ с успехом осуществляется по телефону пациенткам с раком молочной железы, страдающим депрессией (J. Donnelly, частный разговор, декабрь 1998). Хорошо себя зарекомендовала групповая МЛТ в сочетании с совместной семейной терапией, хотя по большей части МЛТ остается преимущественно индивидуальным вмешательством (Weissman et al., 2000).

В отдельных случаях на начальных этапах терапии приходится звонить страдающему депрессией пациенту домой, чтобы помочь членам его семьи наладить с ним общение, или посещать на дому пациента, который из-за сильной депрессии не может даже встать с постели. Эта стратегия применима, чтобы помочь семьям понять и принять пациентов, страдающих депрессией. В этих целях широко используется психологическое просвещение по вопросам депрессии, членам

семьи и близким друзьям разъясняют природу расстройства и способы совладания с его проявлениями. Фрэнк (Frank, частный разговор, август 1994) установил, что программа психологического просвещения, проведенная однократно в один из субботних дней для членов семьи и друзей пациентов, привела к заметному повышению готовности пациентов принимать лекарственные препараты и участвовать в МЛТ, а также к значительному сокращению показателей отсева и улучшению результативности вмешательства по сравнению с контрольной группой.

Пациент

МЛТ не может считаться подходящим вмешательством для пациентов с психотическими расстройствами или для большинства пациентов, находящихся в стационарах. В тех нескольких случаях, когда приходилось работать со стационарными больными, терапия заходила в тупик, поскольку межличностные контакты этих пациентов во время и после госпитализации сильно отличались. Пациенты, предпринимающие попытки самоубийства или злоупотребляющие психоактивными веществами, также не подходящие кандидаты для МЛТ; обсуждать работу с такими пациентами бывает проще, чем добиться ее выполнения. Пациенты могут осознанно или неосознанно утаивать от психотерапевтов и самих себя информацию об интенсивности злоупотреблений. Оценить выраженность суицидальных намерений чрезвычайно трудно; во всяком случае, большинство страдающих депрессией пациентов, с которыми довелось встречаться мне, как минимум подумывали о самоубийстве. Когда такие пациенты ставят терапевта в известность о суицидальных наклонностях или злоупотреблении психоактивными веществами, решение о продолжении вмешательства МЛТ должно приниматься в каждом конкретном случае отдельно, исходя из клинического опыта. Иногда в подобных ситуациях имеет смысл проконсультироваться с другими практикующими МЛТ терапевтами.

Другой важной особенностью пациентов может быть наличие сопутствующей патологии. Многие пациенты страдают так называемой «двойной депрессией» — это означает, что значительный депрессивный эпизод совпал с дистимическим расстройством. На первый взгляд такое сочетание не снижает эффективности МЛТ, но собственный опыт и опыт моих коллег свидетельствует о том, что работа с пациентами, страдающими дистимией, особенно трудна для психотерапевта. Эти пациенты часто не могут вспомнить, когда в последний раз им удавалось функционировать удовлетворительно, и даже могут полагать, что дистимия является врожденной, присущей им, как рука или нога. Психотерапевты сами могут поддаться таким настроениям и отказаться работать с пациентами, страдающими дистимией или двойной депрессией. В таких случаях неоценимую помощь может оказать поддержка коллег или более опытных практиков МЛТ.

Психотерапевт

Психотерапевт, занимающийся МЛТ, играет активную, поддерживающую роль в процессе вмешательства. От него требуется знать о депрессии как можно больше, а также уметь проводить психологическое просвещение и выступать в роли специалиста по депрессии. Психотерапевту также необходимо сохранять опти-

мизм, постоянно сталкиваясь с проявлениями депрессии; его поведение служит пациенту примером для подражания, позволяя поддерживать уверенность в благоприятном исходе вмешательства.

Учитывая тот факт, что МЛТ проводится по определенной методике, психотерапевту необходимо уметь строго придерживаться конкретных стратегий вмешательства. Кроме того, крайне важно уметь сосредоточить внимание на цели вмешательства. В то время как большинство психотерапевтов считают себя приверженцами «эклектического» подхода, для успеха МЛТ особенно важно, как считает группа исследователей (Frank, Kupfer, Wagner, McEachran, & Cornes, 1991), точное соблюдение принципов подхода МЛТ.

Следовать определенным принципам не так-то просто, и некоторые психотерапевты могут чувствовать себя скованно, так как вынуждены придерживаться стратегий МЛТ. В основе такой необходимости лежит диадическая природа МЛТ; оба участника, и пациент, и психотерапевт, вносят свой вклад в обеспечение чистоты подхода. Фрэнк с коллегами (Frank et al., 1991) обнаружили, что даже те психотерапевты, которым удавалось точно соблюдать принципы МЛТ, испытывали большие трудности при работе с некоторыми пациентами. Некоторым психотерапевтам представляется, что подход МЛТ сродни «поваренной книге», чересчур нацелен на «здесь и сейчас»; для таких психотерапевтов терапия МЛТ, возможно, не приемлема.

Каждый психотерапевт имеет определенный багаж знаний и опыта, поэтому умение отказаться от старых, предвзятых убеждений в процессе МЛТ особенно ценно. Преподаватели МЛТ посвятили немало времени обсуждению влияния различной профессиональной подготовки своих студентов на качество обучения; считается, что когнитивно-поведенческие психотерапевты могут столкнуться с трудностями при проведении МЛТ, поскольку привыкли сосредотачивать внимание на эмоциональных состояниях; клиницисты психодинамического направления с трудом удерживаются от интерпретаций или проработки материала из прошлого своих пациентов. Психотерапевты — представители этих двух направлений считают непривычной для себя работу с широким межличностным окружением пациента, и им трудно переключиться с интрапсихического на межличностное.

Занимающийся МЛТ психотерапевт также должен быть знаком с медицинским подходом, чтобы предложить пациенту на несколько недель снизить свою активность, как это делается при любых тяжелых заболеваниях. Некоторые психотерапевты испытывают трудности при необходимости поддержать пациента подобным образом, потому что это затрагивает их собственное двойственное отношение к депрессии. Иногда встречаются особые философские представления о депрессии, например, ее не считают заболеванием. Мне вспоминается работа с женщиной-психологом, которая отказывалась употреблять слово «заболевание» применительно к депрессии, но несколько не возражала против того, чтобы считать депрессию «расстройством». Она успешно работала с пациентами, представляя себе, что временный отказ пациента от дел — своего рода способ ухаживания за собой.

Как новички, так и опытные психотерапевты довольно легко усваивают модель МЛТ. Мне представляется, что МЛТ — особенно подходящее вмешательство для освоения неопытными психотерапевтами. Как интерны отделений психиатрии, так и молодые психологи положительно отзываются о легкости освое-

ния этого четкого, несложного в проведении вмешательства. Молодым психиатрам особенно импонируют медицинские аспекты этого подхода. Мы с коллегой (Gillies & Frey, 1996) провели сравнение эффективности применения МЛТ в небольшой выборке опытных и молодых психотерапевтов. К нашему удивлению, не обнаружено существенных различий в создании терапевтического альянса, о чем мы судили по показателям Опросника рабочего альянса (*Working Alliance Inventory*; Horvath & Greenberg, 1989). Характеристики пациентов до вмешательства заметно не различались. Все пациенты достигли улучшения, причем их показатели не зависели от того, насколько опытный психотерапевт работал с каждым из них. Эти наблюдения позволяют сделать вывод о том, что подход МЛТ чрезвычайно прост в освоении и хорош в руках любого специалиста. Вместе с тем требуется проведение дальнейших исследований для оценки различий между психотерапевтами, которые имеют большой опыт применения МЛТ, и новичками в этом подходе.

Для опытных психотерапевтов освоение МЛТ сопряжено с необходимостью научиться применять непривычный метод вмешательства. «Смена коней на переправе» представляет трудности для большинства из нас; однако, занимаясь обучением опытных психоаналитиков и когнитивно-поведенческих психотерапевтов, я заметила, что многие из них легко осваивают эту терапию. По моему опыту, большинство психотерапевтов с готовностью берут этот подход на вооружение.

Другим важным моментом для проводящего МЛТ психотерапевта является его собственное социальное окружение, способное оказать поддержку. Работа со страдающими депрессией пациентами отнимает много сил и времени, поэтому хорошая социальная поддержка особенно важна. Время от времени мне звонят мои бывшие студенты-психотерапевты и сообщают, что работа в рамках МЛТ изменила к лучшему стереотипы их собственных взаимоотношений с окружающими. Они, в частности, говорят о налаживании отношений с коллегами по работе. Проведение психотерапии с пациентами, пережившими катастрофические утраты, в каждом из нас вызывает сложные чувства, поэтому хорошая социальная поддержка на работе и вне ее помогает предотвратить профессиональное выгорание. Наконец, психотерапевты, занимающиеся МЛТ, должны ощущать удовлетворение от частичных успехов. Цель МЛТ заключается не в изменении характера пациента, а в улучшении его межличностного функционирования и устранении депрессивной симптоматики. Не всем бывает легко переключиться с долгосрочной терапии на краткосрочную. Психотерапевты, привыкшие проводить долгосрочные вмешательства, могут испытывать затруднения при переходе к краткосрочным; это касается не только МЛТ.

Ранние сессии Создание

рабочего альянса

На раннем этапе вмешательства (сессии с 1-й по 4-ю) решаются две основные задачи:

- 1) создание рабочего альянса с пациентом;
- 2) идентификация проблемных межличностных аспектов, наиболее полно отражающих текущие взаимоотношения пациента с окружающими.

Построение альянса в МЛТ — особенно важная задача, при решении которой учитываются как принципы подхода МЛТ, так и необходимость прибегать к медицинскому подходу. Вселить в пациента надежду часто удается уже на первой сессии, когда психотерапевт подчеркивает, что МЛТ — высокоэффективное вмешательство при депрессии. Некоторую нагрузку с пациента удастся снять, когда ему разъясняют принципы медицинского подхода к депрессии, которую следует считать заболеванием. Это заболевание отступает при временном отказе от выполнения некоторых своих повседневных обязанностей.

Цель вмешательства, или проблемная область, идентифицируется при анализе текущей проблемы через призму межличностных взаимодействий с последующим обсуждением реакций на них пациента. На этом этапе психотерапевт должен сформулировать для себя, не обязательно информируя об этом пациента, потенциальную гипотезу относительно проблемной области межличностных отношений. Выбирая фокус, имеет смысл проанализировать основные события в жизни пациента за последние шесть месяцев, поскольку течение депрессии со временем сильно меняется. Начальные предпосылки текущего эпизода могут быть совершенно не связаны с недавними или текущими симптомами и затруднениями пациента; это в особенности характерно для пациентов с дистимическим расстройством.

Психологическое просвещение пациента на тему депрессии поможет вселить в него оптимизм относительно возможности ее победить. Например, чтобы помочь пациенту и его ближайшему окружению понять серьезность депрессивного расстройства, можно перечислить связанные с ним социальные, экономические затраты и последствия для здоровья. Уэллс с коллегами установили, что трудопотери пациентов с двойной депрессией значительно превышали трудопотери вследствие серьезных соматических заболеваний, включая диабет, артрит, легочные и желудочно-кишечные заболевания (Wells et al, 1989). Пациенты с депрессией также характеризовались заметно худшим социальным функционированием и проводили больше времени, лежа в постели, чем пациенты с вышеупомянутой патологией. Более высокие трудопотери и плохое социальное функционирование были характерны только для пациентов с острыми коронарными заболеваниями. Интересно, что депрессия — серьезный фактор риска даже у пациентов с коронарной патологией. Группа клиницистов обнаружила, что страдающие депрессией пациенты с плохой социальной поддержкой после перенесения инфаркта миокарда подвергаются гораздо более высокому риску смерти по сравнению с теми, кто пользуется хорошей социальной поддержкой (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1993).

Страдающий депрессией пациент может также ощущать одиночество и изоляцию от окружающих из-за своей депрессивной симптоматики. Этому чувству изоляции можно противопоставить информацию о том, насколько широко распространена депрессия. Стигма психического заболевания в таких случаях всегда есть, но избавиться от нее можно, если дать пациенту понять, что его страдания не уникальны. Я давала своим пациентам и членам их семьи специальные брошюры, издаваемые местной ассоциацией психического здоровья, в которых имелись графики, отражающие распространенность депрессии.

На ранних сессиях МЛТ решаются три другие задачи: обзор депрессивной симптоматики, выяснение межличностных проблем и присвоение пациенту роли

больного. Эти задачи обсуждаются ниже, а затем описывается подход к выбору межличностного фокуса вмешательства.

Обзор депрессивной симптоматики

Обзор симптоматики проводится с несколькими целями: это помогает пациенту четче представить себе свое состояние; пациент научается распознавать присущие депрессии симптомы; для психотерапевта эта информация служит точкой отсчета при последующих наблюдениях за динамикой депрессии у пациента. Пациенты часто не представляют себе в полной мере, что такое депрессивная симптоматика, считая «депрессией» один-два симптома. Я заметила, например, что многие пациенты считают плохую память и невозможность сосредоточиться проявлениями «утраты рассудка» или сумасшествия, а вовсе не характерной чертой депрессии. Они часто с облегчением узнают, что эти функции со временем восстановятся, когда отступит депрессия.

Другой распространенный повод для беспокойства страдающих депрессией пациентов — их сексуальность. Хотя утрата либидо — типичный симптом депрессии, многие пациенты и даже некоторые клиницисты чувствуют неловкость при обсуждении этой темы. Представляется важным выяснить точное время утраты либидо, чтобы удостовериться, что это произошло не в результате соматической патологии и не является побочным эффектом антидепрессантов или других лекарственных препаратов. Поскольку утрата интереса к сексуальному общению встречается как побочный эффект у 60% пациентов, принимавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (Montejo-Gonzalez et al., 1997), важно установить, произошло ли снижение либидо после начала приема препарата, или же этот симптом можно приписать депрессии. Если снижение либидо связано с приемом антидепрессанта, смена препарата поможет устранить этот симптом.

Межличностный анамнез

У занимающегося МЛТ психотерапевта есть целый ряд методик для получения информации и оценки межличностного функционирования пациента. Конкретный метод зависит от личных предпочтений; цель состоит в том, чтобы составить представление о значимых для пациента людях в прошлом и настоящем. Подлежит оценке как качество, так и количество взаимоотношений. Некоторые МЛТ-терапевты используют генограммы, куда включают родственников и близких друзей. Другие строят графики наподобие «солнечной системы», в которых пациент помещается в центре, как солнце, а на концентрических орбитах, в зависимости от близости отношений, располагаются родственники и друзья. Для некоторых пациентов, приступающих к вмешательству МЛТ, составление схемы своих социальных связей оказывается непосильной задачей. Плохая концентрация внимания, чувство изоляции симптоматичны для депрессии. При работе с такими пациентами целесообразно начать с простых вопросов типа «С какими людьми вы встречались вчера или на этой неделе?», постепенно переходя к прошлым событиям. Некоторые психотерапевты собирают подробные сведения о межличностных взаимодействиях, по очереди анализируя взаимоотношения пациента с другими людьми в процессе сбора анамнеза.

Независимо от метода оценки межличностных отношений следует обязательно остановиться на нескольких типах взаимодействия. Психотерапевт должен чут-

ко улавливать важные упущения при изложении пациентом своей личной истории. Дело в том, что пациент может умолчать про ключевые взаимоотношения, например, с супругом или родителем. Это может объясняться их конфликтами с данным человеком или какими-либо недоразумениями в этих взаимоотношениях. Важно также обращать внимание на разрывы межличностных связей: приходилось ли пациенту переезжать или менять работу? Довелось ли пережить смерть значимых людей из ближайшего окружения? Предстоят ли в обозримом будущем подобные утраты (например, смерть близкого человека от неизлечимого заболевания или потенциальный разрыв связей с коллегами в связи с уходом на пенсию)? Пришлось ли пациенту пережить множественные утраты? Имеются ли взаимосвязи между представителями ближайшего окружения, нет ли среди них изолированных друг от друга лиц?

Оценить предстоит также качество взаимоотношений. Я часто задаю своим пациентам вопрос, кого бы они взяли с собой на необитаемый остров и почему. Иногда можно услышать удивительные ответы; одна пациентка сказала, что взяла бы с собой двух своих близких друзей мужчин и собственного мужа. Если задать пациенту в конце расспроса о межличностных отношениях общий вопрос о том, каких еще значимых для себя людей в своей жизни он может назвать, подобных сюрпризов можно избежать. Следует оценить вероятность пациента получить как эмоциональную, так и действенную поддержку. Имеются ли в окружении пациента люди, способные оказать оба вида поддержки? Наблюдается ли преобладание одного вида поддержки над другой? Приходится ли пациенту жить в негативном окружении? Классический пример негативного окружения — пациент с алкогольной зависимостью, окружение которого состоит из таких же, как он сам, алкоголиков; когда пациент решает бросить пить, это сопряжено с утратой большинства социальных контактов.

Другой важный аспект, на который следует обратить внимание при сборе межличностного анамнеза, — прерванные или дистантные взаимоотношения. Эти взаимоотношения могут очень пригодиться, когда круг ближайших друзей суживается в связи с проявлениями у пациента депрессии. Телефонный звонок или сообщение по электронной почте могут легко восстановить эти отношения, что бывает так необходимо пациентам.

Роль больного

Принятие роли больного позволяет человеку временно избавиться от некоторых своих обязанностей. Это помогает преодолеть усталость и трудности концентрации внимания, столь характерные для депрессии. Пациенты часто стыдятся того, что страдают депрессией; они считают ее скорее проявлением моральной слабости или поражением, нежели заболеванием. Поэтому нет ничего удивительного в том, что не все легко принимают роль больного, и психотерапевту приходится проявлять настойчивость в этом вопросе. Аналогия с другим заболеванием поможет пациенту признать серьезность своего состояния. Я обычно говорю своим пациентам, что вряд ли кто-то стал бы участвовать в марафонском забеге со сломанной ногой, поэтому не следует ожидать от себя полноценного функционирования на фоне тяжелого депрессивного состояния. После этого обычно возникает вопрос о страхе пациентов обременить своих близких, а иногда проявляется убежденность в том, что никто другой не сможет столь же хорошо справиться с их

обязанностями. Перфекционизм в контексте депрессивной симптоматики может иметь чрезвычайно разрушительные последствия, поэтому я напоминаю таким пациентам, что в случае их госпитализации в связи с заболеванием кому-то неизбежно придется выполнять их обязанности. Роль больного требует, что пациент мог временно положиться на окружающих; подобный опыт может привести к здоровому ослаблению перфекционизма.

Страдающий депрессией пациент с трудом признает свою депрессию заболеванием. «Депрессия» на распространенном жаргоне может обозначать что угодно, от «тройки» за экзамен до катастрофического состояния. Одной из задач МЛТ является психологическое просвещение страдающего депрессией пациента, членов его семьи и близких друзей, с акцентом на отличиях депрессивного расстройства от «печали». Я объясняю пациентам, что большинство людей один-два дня в году обязательно выглядят печальными; это вполне нормально. Устойчивость и тяжесть симптоматики на протяжении недель, месяцев или лет отличает истинную депрессию от обычной печали.

Выбор фокуса

В фокусе вмешательства, как определили Клерман с коллегами (Klerman et al., 1984), находятся скорбь, межличностные конфликты, смена ролей и дефицит навыков межличностного общения. Психотерапевт обычно завершает первый этап психотерапии, уточняя вместе с пациентом основную межличностную проблему; в соответствии с этим решением строятся промежуточный и заключительный этапы вмешательства.

Выбор фокуса помогает психотерапевту и пациенту наилучшим образом использовать ограниченное время вмешательства. Начинающие психотерапевты часто испытывают трудности при выборе фокуса; однако ряд стратегий облегчает эту задачу. Часто пациент проливает свет на основную проблему, связанную с началом или ухудшением депрессивной симптоматики уже на первых сессиях. Важно установить, когда в ближайшем прошлом симптомы были наиболее выражены, и сопоставить этот факт с межличностным функционированием пациента. Недавнее усиление симптоматики часто указывает на соответствующую проблемную зону.

Многие страдающие депрессией пациенты преувеличивают свои симптомы и поначалу с трудом различают нюансы настроения. Имеет смысл выяснить, какие дни на прошедшей неделе были наиболее тяжелыми; если пациент не в состоянии ответить и на этот вопрос, можно спросить, как прошел день накануне сессии. Часто приходится выбирать не менее чем из трех вариантов вероятного фокуса вмешательства, однако необходимо остановить выбор на одном из них. Изредка мне приходилось встречать психотерапевтов, которые завершали работу над одной проблемной областью и переходили к другой ближе к концу вмешательства.

«Неправильный» фокус выбирают крайне редко. Гораздо чаще, когда психотерапевт считает необходимым изменить фокус вмешательства, проблемы связаны с терапевтическим альянсом. Наблюдая за ведением 100 пациентов, я практически не встречалась с неверным выбором. В таких случаях, как правило, на ранних сессиях оказывается не выявленной какая-либо ключевая информация. Если это все же произошло, имеет смысл провести несколько дополнительных сессий. Ино-

гда пациент и психотерапевт могут не сойтись во мнениях относительно фокуса вмешательства; в таких случаях лучше согласиться с пациентом.

Некоторые психотерапевты обсуждают со своими пациентами все возможные фокусы вмешательства, в то время как другие никогда не говорят о фокусах как таковых, а просто выбирают для работы одну из четырех возможных областей. По моему опыту, подробное обсуждение четырех возможных точек приложения вмешательства со страдающим депрессией пациентом может быть ему не по силам, особенно если учитывать трудности с концентрацией внимания как типичное проявление симптоматики депрессии. Обычно я останавливаюсь на двух наиболее вероятных фокусах вмешательства и предлагаю их пациенту на выбор, интересуясь его мнением о наиболее продуктивном направлении работы.

Итоги ранних сессий

Начальные сессии требуют от пациента значительных направленных усилий для выполнения заданий; однако само вмешательство построено достаточно четко, поэтому и задания понятны и доступны. Роль больного следует четко прописать. Это дает пациенту возможность временно отстраниться от социальных или профессиональных обязанностей; кроме того, это позволяет перейти к оценке межличностных отношений. Тщательный сбор межличностного анамнеза помогает составить представление о сильных и слабых сторонах социального окружения пациента. Это существенная особенность МЛТ, которая, в свою очередь, помогает выбрать фокус вмешательства. Психотерапевту предстоит выбрать одну область из четырех: скорбь, межличностные конфликты, смена ролей и дефицит навыков межличностного общения. Пациент получает сведения о депрессии на начальных сессиях, после чего ему предлагается поделиться этими сведениями с членами семьи и друзьями. Симптоматика депрессии обсуждается на каждой сессии, при этом отмечаются любые терапевтические изменения. Кроме того, на начальных сессиях оценивается необходимость назначения лекарственных препаратов.

Средний этап

Промежуточные сессии МЛТ проходят в работе над выбранной областью. На промежуточном этапе (сессии с 4-й по 12-ю) исследуются дисфункциональные аспекты конкретной сферы с использованием специфических для каждого из фокусов стратегий. Психотерапевтические задания на среднем этапе вмешательства включают предоставление поддержки, прояснение когнитивно-аффективных маркеров, предшествующих межличностным проблемам и часто их усугубляющих, активное решение межличностных проблем. Симптоматика пациента оценивается каждую неделю и увязывается с положением дел в проблемной сфере. Далее приводится описание каждой из четырех возможных проблемных сфер.

Скорбь

При МЛТ скорбь выбирается в качестве фокуса вмешательства только в случае фактической смерти близкого человека. Разрыв отношений или потеря работы считается переходом или сменой ролей, а связанная с этим скорбь обсуждается в рамках соответствующего вмешательства. Психотерапевт, работающий со скорбью, помогает пациенту реактивировать процесс скорби; это, как правило, болезненный для пациента процесс. Пациент может опасаться, что скорбь захлестнет

его и он «сойдет с ума». Психотерапевт заверяет его в обоснованности таких страхов, однако подчеркивает, что проработка этих чувств поможет преодолеть депрессию. Когда этот процесс завершен, фокус психотерапии смещается на помощь пациенту в поиске интересных занятий и новых отношений, которые могли бы восполнить утрату.

Работа со скорбью в МЛТ начинается с увязывания симптомов депрессии со смертью значимого человека. Другие задачи включают реструктурирование взаимоотношений, изучение последовательности событий в связи со смертью и исследование связанных с ними чувств. Когда это проделано, можно перейти к проработке возможных путей сближения с окружающими.

Ролевые конфликты

Конфликты могут принимать различные формы. Это громкие перепалки или же молчаливое несогласие с затаенным недовольством. При наличии «тихих» конфликтов взаимоотношения на первый взгляд кажутся вполне благополучными, близкими к идеалу; вместе с тем здоровые взаимоотношения включают как позитивные, так и негативные аспекты. Задача психотерапевта — выявить конфликт, уточнить его этап и помочь пациенту наметить план действий по его разрешению.

В конфликте выделяются три этапа: переговоры, тупик и разрыв отношений. Психотерапевту следует подтолкнуть пациента к проведению переговоров, не подвергая его при этом реальной опасности, как в случаях жестокого обращения. Часто переговоры «подогревают» холодные или трудные взаимоотношения, поэтому следует предупредить пациента о возможном обострении конфликта, прежде чем удастся его разрешить. Пациенты часто обращаются за помощью, когда конфликт зашел в тупик. При этом прямое общение часто отсутствует. В процессе анализа коммуникации часто выясняется, что в качестве оружия используется молчание, имеют место ненужные косвенные или невербальные взаимодействия, а также отсутствует осмысленное обсуждение многих аспектов взаимоотношений. Разрыв отношений редко является первым шагом в МЛТ; однако если путем переговоров добиться ничего не удалось, психотерапевт помогает пациенту поговорить о разладившихся отношениях и идти дальше.

Задачи вмешательства в том случае, если фокусом МЛТ выбран конфликт, заключаются в его выявлении, планировании действий и оценке стилей коммуникации. Специфические стратегии включают установление связи между симптомами депрессии и существующим конфликтом, уточнение этапа конфликта и изучение нересiproчных ролевых ожиданий. Отсутствие взаимности в отношениях характеризуется различием в ожиданиях, ценностях и задачах отношений. В некоторых случаях эти противоречия непримиримы. Например, я наблюдала за терапией пациента, который не хотел иметь детей, в то время как его жена хотела. В конце концов брак распался, а в процессе вмешательства пациенту помогали горевать об утраченных отношениях. Переговоры по таким вопросам обязательно включают исследование приемлемых для пациента вариантов выхода из положения и альтернативных решений. В данном случае обе стороны твердо придерживались своего мнения и не желали уступать, поэтому альтернатив разводу найти не удалось.

Не менее важно исследовать проявляющиеся во время конфликта стереотипы поведения. Пациент рассказывает об одном конфликте, хотя сходные проблемы

могут иметь место во взаимоотношениях с разными людьми. Психотерапевт может выбрать для работы ключевые отношения или определенного рода конфликт, проявляющийся в разных отношениях. Наконец, необходимо составить представление о факторах, поддерживающих конфликт, и о том, не получает ли пациент в результате этого конфликта каких-либо вторичных выгод. Имеет смысл проанализировать допущения, которые лежат в основе конфликта; прояснение этих допущений часто помогает наладить взаимоотношения.

Переходы (смена ролей)

Жизненные переходы часто сопровождаются сменой ролей в результате тех или иных событий — например, создания семьи, поступления на работу. Такие изменения могут быть желанными, нежелательными или нейтральными, хотя в большинстве своем требуют нового репертуара поведения. Задачи вмешательства при выборе в качестве фокуса переходов заключаются в том, чтобы помочь пациенту погоревать об утрате старой роли и принять новую роль. Большинство людей переживают снижение самооценки, когда вступают в новую роль. Они чувствуют себя недостаточно компетентными, потому что овладение всеми необходимыми навыками требует времени. Страдающему депрессией пациенту подобные переходы кажутся особенно болезненными.

Стратегии МЛТ при работе с переходами включают обзор депрессивной симптоматики и увязывание ее с конкретным переходом. Психотерапевт помогает пациенту освоиться в новой роли. Изучение позитивных и негативных аспектов новой и старой ролей — ключевая стратегия МЛТ при работе с переходами. Другая стратегия заключается в том, чтобы поощрять пациента к переживаниям всех связанных с обеими ролями чувств.

На протяжении курса МЛТ пациент должен освоиться с новой ролью; это часто подразумевает налаживание новых взаимоотношений или расширение уже существующих с целью перенять опыт у тех, кто уже владеет соответствующими навыками. Я вспоминаю пациентку, пережившую операцию по поводу рака молочной железы, которая до психотерапии МЛТ посещала группу самопомощи для соответствующих пациентов, но без эффекта. Она с негодованием характеризовала участниц группы как «неудачниц» и «приготовившихся к смерти». После того как она приступила к МЛТ и ее депрессия стала ослабевать, пациентка по собственной инициативе вернулась в группу и смогла воспользоваться опытом других женщин с той же проблемой.

Переходы могут быть негативными или позитивными. Трудности, связанные с негативными переходами (типа увольнения или выхода на пенсию), понятны и очевидны, но необходимо также принимать в расчет позитивные переходы. Мне довелось работать с сотрудницей магазина, которая однажды пришла после перерыва и объявила, что теперь-то она понимает, что ее повышение по службе гораздо менее приятно, чем она ожидала. Она была на этапе смены ролей, ей приходилось руководить своими бывшими подругами; однако отношения с начальством у нее пока также не были налажены. В связи с этим долгожданная смена ролей, в частности продвижение по службе, может вызвать чувство вины за невозможность радоваться успеху и боязнь показаться эгоистичной и неблагодарной при обсуждении своих чувств с окружающими. У восприимчивых индивидов такая изоляция может привести к развитию депрессии.

Чрезвычайно негативные переходы, например развитие неизлечимого заболевания, оставляют мало возможностей для улучшения качества жизни. Работая с пациентами, которые страдают раком или СПИДом, я пришла к выводу о том, что субъективное восприятие пациентами своей жизни можно улучшить благодаря эффективной терапии депрессии. Страдающие депрессией пациенты вселили в меня веру, что ощущение эмоционального благополучия и причастности к жизни вполне достижимо даже при наличии смертельного заболевания. В такие моменты жизнь пациента обретает ценность и смысл.

Дефицит межличностного общения

Задачи при терапии дефицита межличностного общения ясны и понятны: необходимо помочь пациенту повысить качество и количество межличностных контактов. «Дефицит» — неудачный термин, его не следует употреблять при пациентах; гораздо более подходит термин «одиночество». В ходе МЛТ проводится обзор депрессивной симптоматики, которая увязывается с присущим пациенту ощущением изолированности от окружающих. Имеет смысл обновить прошлые взаимоотношения, которые могут послужить заменой текущих взаимоотношений. Когда социальное окружение пациента сильно ограничено, терапевтические взаимоотношения могут стать фокусом вмешательства. Это единственный случай, когда исследованию подвергаются терапевтические отношения. В отличие от традиционных психодинамических подходов, в МЛТ не анализируется природа переноса, помимо работы с дефицитом общения.

Исключение составляют случаи, когда перенос нарушает терапевтические взаимоотношения. В таких случаях этот вопрос подлежит изучению независимо от фокуса вмешательства. Если между психотерапевтом и пациентом возникли недопонимания, а их отношения зашли в тупик, психотерапевт выступает инициатором открытого признания и исследования этих трудностей, а сам конфликт служит моделью разрешения межличностных проблем. Клерман с коллегами (Klerman et al., 1984) сообщают, что у страдающих депрессией пациентов терапевтические отношения редко нарушаются, что связано с поддерживающим характером подхода к ним; я полностью согласна с этим мнением.

Фокусируясь на дефиците общения, терапевт подвергает взаимоотношения пациента всестороннему изучению с учетом как позитивных, так и негативных аспектов. Стереотипы и параллели во взаимоотношениях также представляют интерес. Как правило, такие пациенты достигают весьма скромных результатов, поэтому психотерапевту, работающему в этом направлении, не следует рассчитывать на многое. Учитывая результаты исследований, можно утверждать, что пациенты с ограниченными социальными контактами получают от МЛТ гораздо меньше по сравнению с теми, у кого социальная поддержка достаточно сильна. Не следует многого ожидать и от пациентов с дефицитом общения. По моему опыту, пациенты с дефицитом общения вряд ли заметно расширят свой круг знакомств до окончания вмешательства.

Заключительный этап

Последняя четверть вмешательства МЛТ посвящена завершению психотерапии, хотя продолжается активная работа над проблемной областью. Окончание психо-

терапии не должно быть для пациента неожиданным; на самом деле обсуждение этого вопроса желательно начать с самой первой сессии. Тем не менее важно признать, что завершение — это время утраты. Для многих пациентов, работавших над скорбью, прекращение терапевтических взаимоотношений дает хорошую возможность проработать переживания утраты, хотя, конечно, с меньшими эмоциями, чем смерть близкого человека. Многие пациенты говорят, что, к своему удивлению, сильно привязываются к своим психотерапевтам; они этого не ожидали, учитывая небольшую продолжительность вмешательства. Для некоторых это вмешательство было первой эффективной помощью в терапии депрессии, поэтому им особенно трудно расставаться. С моей точки зрения, возможность проработать чувства, связанные с утратой, особенно важна для пациентов с депрессией, а завершение терапии такую возможность дает. Кроме того, одно из преимуществ краткосрочных вмешательств — близость завершения, что подталкивает участников к движению вперед; такого ощущения, естественно, не возникает в случае значительной продолжительности вмешательства.

На этапе завершения предстоит решить целый ряд задач. Пациенту необходимо напомнить о его сильных сторонах и стратегиях совладания с депрессией, которые он освоил. Пациенту крайне важно уметь выявлять «ранние предвестники» депрессии, т. е. пациент должен знать, когда депрессивные симптомы достигают уровня, при котором требуется помощь специалиста. Пациенту всегда необходимо иметь наготове план действий по получению квалифицированной помощи в случае необходимости. При завершении МЛТ обязательно проводится обзор межличностных отношений с обсуждением важности расширения социальных контактов при обострении симптомов депрессии.

Заключительный этап вмешательства (сессии 12-16) посвящен интеграции основных межличностных аспектов, которые обсуждались на начальных сессиях, особое внимание уделяется обнаружению и поддержанию новых стратегий межличностного общения. Психотерапевт занят активным выявлением и конкретизацией достижений пациента за время терапии. Кроме того, как отмечалось выше, психотерапевт обсуждает с пациентом депрессивную симптоматику, а также стратегии соответствующего вмешательства на случай депрессивного эпизода в будущем.

Даже если имеется договоренность о проведении поддерживающего вмешательства, все равно важно обозначить окончание интенсивного этапа вмешательства и выполнить задачи заключительных сессий. Психотерапевт напоминает о проделанной на этом этапе вмешательства работе и отмечает переход к поддерживающему этапу вмешательства.

Неуспех вмешательства МЛТ

В случае, если МЛТ оказалась неэффективной, пациенту необходимо помочь справиться со сложными чувствами, связанными с неуспехом. Неуспех не должен оказаться сюрпризом ни для психотерапевта, ни для пациента, поскольку отсутствие улучшения бывает заметно в процессе еженедельного обзора депрессивной симптоматики. Учитывая трудности с направлением пациента к другим специалистам, имеет смысл обсудить с ним этот вопрос в середине вмешательства, чтобы заранее организовать перевод пациента. Не менее важно оценить возникшие у пациента чувства гнева, разочарования и безнадежности при неуспехе вмеша-

тельства, при этом следует разъяснить пациенту, что потерпело неудачу вмешательство, а не сам пациент.

Итоги заключительных сессий

Заключительные сессии вмешательства МЛТ посвящены завершению терапевтических отношений, в то время как работа в проблемной области идет полным ходом. Проводится обзор результатов вмешательства. Анализируется депрессивная симптоматика и стратегии совладания с депрессией; кроме того, разрабатывается план обращения за помощью в случае возникновения в будущем депрессивных эпизодов. В случае необходимости обсуждается переход к поддерживающему вмешательству. Когда МЛТ оказалась неэффективной, обсуждаются чувства, связанные с неуспехом вмешательства, и даются рекомендации по обращению к другим специалистам.

Случай из практики: мужчина, застывший от скорби

Фред чувствовал, что депрессия «мешает ему жить». Это был 48-летний женатый человек, отец четырех детей. Последние 12 лет он работал на мясоперерабатывающем заводе. Фред ушел с работы после серии конфликтов, в результате одного из них он ощутил сильнейшее желание наброситься на своего коллегу с ножом. Он сумел сдержаться, но в тот же день уволился. Его направил на МЛТ лечащий врач после трехмесячного перерыва в работе из-за «стресса».

Во время первой встречи у Фреда были следующие симптомы: раннее пробуждение, плаксивость, сонливость, низкая мотивация и увеличение веса на 30 фунтов за последние четыре месяца. Он спал по 14 часов в день и без всяких надежд смотрел в будущее. Он не мог представить себе, что опять будет работать, и все больше отдалялся от родных и друзей. Он очень стыдился того, что перестал быть «кормильцем» семьи, и временами подумывал о самоубийстве.

Перед тем как Фред ушел с работы, его неотступно преследовал один и тот же образ: он снимает защитный комбинезон и замерзает в огромном холодильном отделении, где он работал. Он не верил, что действительно может убить себя, потому что беспокоился о том, «как это отразится на семье». У него были проблемы с концентрацией внимания; если в прошлом он был заядлым читателем, то в последнее время не мог прочесть до конца ни одной статьи в газете или журнале. Фред также утратил интерес к сексу; за последние несколько месяцев он ни разу не вступал в сексуальные отношения с женой.

До депрессивного эпизода у Фреда были хорошие отношения с женой, Дорис. Одной из предпосылок его депрессии было решение Дорис жить полной жизнью. За полгода до консультации Дорис исполнилось 45 лет, и она приняла решение вернуться к преподаванию в школе и повысить свою квалификацию. Кроме того, она стала проводить выходные с друзьями, работая над новой программой.

Фред описал свою жену как добрую и любящую женщину, он скучал по ней, обижался на нее за отсутствие, ощущал вину за эту свою обиду: он «больше никогда ее не увидит». Такое отношение способствовало нарастанию отчужденности в отношениях между супругами. Две дочери Фреда были замужем и жили в не-

скольких часах езды от их дома. Старший сын, Фред-младший, в прошлом году поступил в колледж и уехал из дома, что создало заметную пустоту в жизни Фреда. С сыном его связывала близкая дружба. Они вместе работали в саду, любили музицировать. Младшему сыну Эрнесту было 16 лет, он также планировал поступить в колледж. Фред признавал право своих детей на самостоятельную жизнь, но выражал при этом сожаление и печаль в связи с утратой связи с сыновьями. Эрнест недавно стал встречаться с девушкой и редко бывал дома. Фред муссировал тему, что его дурное расположение духа подтолкнуло Эрнеста оставить дом. Депрессия часто связана со стрессогенными жизненными событиями. В случае Фреда это была потеря работы; один из его сыновей только что покинул родительский дом, другой собирался это сделать; его жена стала уделять больше внимания общественной деятельности в колледже. Хотя жизненные события могут быть как позитивными (продвижение по службе или заключение брака), так и негативными (потеря работы или болезнь), большинство из них так или иначе связаны с утратой или страхом утраты (Brown, Harris, & Copeland, 1977). Жизненные события обычно предполагают изменение взаимоотношений; например, потеря работы или продвижение по службе, как правило, влекут за собой налаживание новых отношений или пересмотр уже существующих. Улучшение межличностных взаимоотношений крайне необходимо пациентам с депрессией, склонным уклоняться от социальных контактов или даже полностью рвать отношения. Фред в этом отношении был вполне типичен; при обращении в клинику он практически ни с кем не встречался, кроме близких родственников.

Условия

Фред встретился со своим психотерапевтом в местной клинике психического здоровья, располагавшейся в отдельно стоящем здании в одном из сельских районов Иллинойса. Они встречались на протяжении 16 сессий, и психотерапевт каждую неделю в течение 30 минут обсуждала этот случай со мной по телефону. Каждую неделю она пересылала мне кассету с записью сессии, предварительно заручившись письменным согласием самого пациента. Я внимательно просматривала каждую запись сессии перед телефонным разговором.

Пациент

Фред попал к психотерапевту по направлению своего лечащего врача с диагнозом значительного депрессивного эпизода, длившегося четыре месяца. Он скептически относился к психотерапии и не считал депрессию серьезной проблемой. Все началось с того, что он обратился к лечащему врачу с жалобами на перебои в сердце и одышку. В этот период он был твердо убежден, что у него отказывает сердце, и был удивлен, когда получил направление в клинику психического здоровья. За страхом заболевания сердца скрывался еще больший страх сойти с ума, о чем свидетельствует диалог между Фредом (Ф) и его психотерапевтом, Бет (Б).

Ф: ...Мой доктор сказал обратиться к вам, потому что у меня стресс — так это называется.

Б: Как вы это понимаете?

Ф: Доктор думает, что у меня крыша поехала.

Б: Я не думаю, что у вас поехала крыша, да и ваш доктор так не считает. Просто у вас тяжелая депрессия. Вас направили сюда, потому что мы специализируемся

ся на лечении депрессии. Получено множество доказательств в пользу эффективности межличностной психотерапии при депрессии, и я надеюсь, что она вам поможет.

Ф: А что, если не поможет?

Б: Большинство пациентов с депрессией, которых мне довелось встретить, полагают, что помочь им нельзя. Видите ли, отсутствие надежды является одним из симптомов депрессии. Тем не менее состояние у большинства известных мне пациентов улучшается. Если вам не поможет МЛТ, существует ряд других вмешательств, на которые можно вас направить.

Психотерапевт помогла пациенту выявить депрессивную симптоматику, а также успокоила его относительно сердечной патологии и психоза. Она вселила в пациента надежду, подчеркнув, что терапия МЛТ весьма эффективна при депрессии.

Психотерапевт

У Фреда психотерапевтом была Бет, медицинская сестра с 20-летним терапевтическим опытом. Это был ее первый случай проведения МЛТ. В межличностных отношениях Бет отличалась теплотой и вниманием, поэтому ей без труда удалось выразить Фреду сочувствие и заботу. Сама она была матерью пятерых детей, имела двух внуков и с позиций своего опыта могла побеседовать с Фредом о проблемах родительства.

Ранние сессии

Как уже говорилось, Фред был в гневе от того, что его направили к специалистам по психическому здоровью. Гнев и раздражительность являются характерными признаками депрессии, хотя в клинической практике их иногда ошибочно принимают за характерологические особенности. Бет подробно расспросила Фреда о вспышках гнева, обращая особое внимание на тех людей из его окружения, которые вызывали у него наиболее сильный гнев.

Б: Скажите, пожалуйста, у вас всегда был такой характер?

Ф: Нет, я бы не стал этого утверждать. Понимаете, в последнее время у меня были неприятности на работе, я ужасно злился на тех, с кем пришлось работать. Б: На кого именно? Ф: Ну, в основном на Билла и Эмри, начальника и его прихлебателя. Они просто

издевались надо мной, пока я не ушел. Б:

Когда они начали так с вами обращаться?

Бет теперь знала имена двух ключевых фигур в сети социальных взаимоотношений Фреда. Она выяснила, что он злился не на всех своих бывших коллег, и попыталась установить временные рамки начала депрессивного эпизода. Со ставить полное описание социального окружения пациента и установить время начала депрессивного эпизода - важнейшие задачи ранних сессий МЛТ. Зная динамику депрессии, можно проследить последовательность событий в жизни пациента в то время и оценить их возможное влияние на развитие депрессии.

Роль больного

Часто пациентам бывает крайне трудно взять на себя роль больного. Психотерапевт, как правило, должен принимать в этом активное участие, что и сделала Бет в данном случае.

Б: Итак, Фред, мне совершенно ясно, что ваши симптомы — раздражительность, усталость, прибавление веса, суицидальные мысли, утрату интереса к сексу — признаки значительного депрессивного эпизода. Ваше состояние довольно тяжелое. Чтобы наступило улучшение, потребуется не меньше нескольких недель. Важно, чтобы в течение этого времени вы не перегружали себя.

Ф: Не перегружал себя? Я не работаю вот уже три месяца. Куда дальше?

Б: На самом деле, Фред, вы можете и должны это сделать. Мне известно, что в последнее время вы много работали по дому и во дворе. Хотелось бы, чтобы вы отдохнули от всего этого в течение следующих нескольких недель. Если бы у вас была пневмония, вряд ли бы вы разгребали лопатой снег. Нам известно, что депрессия — тяжелое заболевание. Если не отнестись к ней серьезно и не заняться интенсивным лечением, вряд ли ваше состояние улучшится. Поэтому я рекомендую вам в течение нескольких недель отказаться от некоторых ваших обязанностей, возможно, попросить кого-нибудь вас заменить. Попробуйте это сделать?

Ф: Ну, я думаю, что соседский мальчик в состоянии разгребать снег во дворе в течение пары недель. Только вчера он заходил ко мне и спрашивал насчет работы.

Б: Отличная идея.

Принятие роли больного требует наличия у пациента социальной поддержки, ближайшего окружения, которое способно помочь пациенту в этой роли. При определенных усилиях и активной поддержке Бет Фред смог попросить своего соседа выполнять некоторые работы во дворе, которые добровольно взял на себя Фред, пока сидел дома. Бет помогла Фреду понять, что роль больного — временная мера; когда Фред, наконец, осознал это, он успокоился и позволил окружающим заботиться о себе.

Поощряя пациента взять на себя роль больного, терапевт использует аналогию с другим заболеванием, что помогает пациенту понять серьезность своего состояния. Бет также проявила себя как специалист по депрессии; это крайне важно для проводящего МЛТ терапевта, поскольку помогает вызвать у пациента доверие к вмешательству. Бет также взяла на себя функции тренера, давая рекомендации и поощряя Фреда, пока он осваивался в роли больного.

Важная вторичная функция роли больного — активизация системы социального взаимодействия. Полученное Фредом простейшее задание договориться с соседом заставило Фреда вернуться в мир людей. Оценка системы социальных связей конкретного индивида помогает постичь его мир, а также выявить потенциально разрушительные или позитивные взаимоотношения, на которых впоследствии будет фокусироваться вмешательство.

Социальное окружение пациента

К моменту начала вмешательства Фред с женой состояли в браке уже 25 лет. У них было четверо детей. Пятая дочь умерла от синдрома внезапной смерти грудного ребенка в возрасте 11 дней. Дочь родилась спустя 18 месяцев после появления на свет их младшего сына. Фред с женой приняли решение завести пятого ребенка после нескольких недель тревог и раздумий о финансовых и эмоциональных проблемах, связанных с расширением и без того многочисленного семейства. После принятия такого решения будущие родители успокоились и с нетерпением стали ожидать появления ребенка на свет. Роды у Дорис сопровождались сильным кровотечением, и две недели после выписки ребенка она провела в больнице.

У Фреда были близкие взаимоотношения со всеми детьми, хотя он с трудом приспособлялся к их взрослению и растущей независимости. Что касается социальной поддержки, Фред упомянул про хорошие, хотя несколько прохладные взаимоотношения со своими родителями. Он также охарактеризовал как хорошие взаимоотношения с родственниками своей жены, которые были частыми гостями у них в доме. Семья жила на одной и той же улице вот уже 22 года, и отношения с соседями у них были прекрасными. Фред отметил, что после ухода с работы стал реже видеться с соседями. Он стыдился этого и не мог смотреть им в глаза, опасаясь, что его сочтут «бездельником».

Отношения Фреда с коллегами по работе стали особенно напряженными накануне его ухода. Он сообщил о частых конфликтах с рядом сотрудников, на чальник сделал ему предупреждение за критические замечания в его адрес, которые Фред высказывал в присутствии других. Фред стыдился своих вспышек на работе и приписывал их тому, что он по натуре злобный, неуживчивый человек. Вместе с тем до развития депрессии отношения с сослуживцами у него были нормальными, даже дружескими: он часто заходил с ними в бар выпить по кружке пива после смены.

Выбор фокуса терапии

Фред с психотерапевтом могли выбрать в качестве фокуса вмешательства несколько направлений. В частности, это мог быть переход (ситуация на работе, недавние изменения в отношениях с женой, его «пустующее гнездо»), конфликты (с сослуживцами и, возможно, с женой) и невысказанная скорбь. По ряду причин предпочтение было отдано скорби. Изменения в отношениях с супругой произошли в результате ее решения покончить с переживаниями по поводу смерти дочери и начать нормальной, полной жизнью. Размолвка между супругами была прямым следствием скорби, которую испытывал Фред. Психотерапевт поняла, что реакция Фреда на пустующее гнездо была особенно острой именно потому, что боль утраты новорожденной дочери обострилась в связи с дистанцированием взрослеющих детей. При выборе фокуса вмешательства важно попасть в «больную точку», т. е. область, вызывающую наиболее сильный эмоциональный отклик у пациента. Очевидно, что для Фреда эта была смерть дочери.

Б: В каком возрасте умерла ваша дочь?

Ф (*по его щекам катятся слезы*): Ей только одиннадцать дней. Моя жена все еще в больнице. С детьми нам помогает свекровь (*всхлипывает*). Ее нашел я. (*В течение нескольких минут плачет.*) Она такая хорошенькая и выглядит такой здоровой.

Как часто случается с пациентами, испытывающими неразрешенную скорбь, Фред говорил об умершей дочери в настоящем времени. Острота переживаний, несмотря на прошедшие с тех пор годы, также свидетельствовала о неразрешенной скорби.

Фред выразил удивление, когда Бет предложила выбрать в качестве фокуса вмешательства именно скорбь.

Ф: Но ведь это было так давно. А сейчас меня больше всего тревожит работа. Б: Это так, но когда вы говорили о своей маленькой дочери, складывалось впечатление, будто это произошло вчера.

Ф: Верно.

Б: Мне известно, что у вас сейчас масса проблем, но я думаю, что вам удастся с ними справиться, если дать вам шанс проработать трагическую смерть вашей дочери.

Мне кажется, вам действительно станет лучше, если вы расскажете мне об этом. Ф: Хорошо. Я готов на все, чтобы только прийти в норму.

Промежуточные сессии

Случай Фреда иллюстрирует множество ключевых моментов в работе над скорбью как фокусом МЛТ. Бет связала симптоматику Фреда с его ощущением утраты. Она интенсивно с ним работала, чтобы помочь вспомнить и обсудить реальные факты, связанные со смертью новорожденной дочери. Это было для обоих чрезвычайно болезненным. Как указано в «Руководстве по межличностной психотерапии депрессии» (Klerman et al, 1984), один из ключевых моментов МЛТ — помочь пациенту научиться переживать тяжелые чувства. Сосредоточив внимание на реальной смерти ребенка и связанных с этим событиях (включая рождение и похороны ребенка), психотерапевт заложила основы редукции симптоматики у Фреда.

Б: Расскажите мне о том, как нашли тело дочери.

Ф: Это сделал я.

Б: Можете ли вы рассказать мне об этом?

Ф: Зачем? Разве это поможет?

Б: Я думаю, это вам поможет. Вы уже рассказывали об этом кому-нибудь?

Ф: Нет.

Б: Мне кажется, вам тяжело нести этот груз в одиночку. Это давит на вас, влияет на ваше настроение.

Ф *{начинает рыдать}*: Мне казалось, что не следует тревожить других такими рассказами *{длинная пауза}*. Я собирался дать ей бутылочку. Солнце уже взошло, в это время она обычно уже не спала. Помню, я подумал, что неплохо бы еще немного поспать. Не могу простить себе этого.

Б: Вы ведь не знали, что все так случится.

Ф: Я вошел к ней в комнату, она выглядела как-то не так, кожа была голубоватой. Я испугался. Все было как в дурном сне. Я подошел ближе и коснулся ее лица, оно было холодным. *{Всхлипывает}* Я взял ее на руки и положил на пеленальный столик. Я попытался провести реанимацию — обхватил ртом ее нос и рот и стал дышать, но ничего не произошло. Тогда я позвал свекровь. Она тут же вызвала неотложную помощь. Дальше все было как в тумане.

Фред живо помнил все обстоятельства смерти дочери, но никому об этом не рассказывал. Спустя несколько недель после этого разговора с психотерапевтом Фред спросил жену, хочет ли она знать, как все случилось. Она согласилась, и по сле разговора с женой Фред почувствовал большое облегчение. Как это часто бывает, члены семьи тоже хотели знать, что произошло, но не расспрашивали его из опасения расстроить. Фред с Дорис позднее собрались вместе с детьми и поговорили о том, что произошло. После этого разговора члены семьи стали ближе друг другу.

Бет также опасалась расстроить Фреда, расспрашивая его о смерти дочери, и предварительно посоветовалась со мной. Это весьма распространенный страх у начинающих психотерапевтов, и Бет почувствовала большое облегчение, когда в конце вмешательства Фред признал, что разговор об этих болезненных событиях ему очень помог.

Бет сумела активно поддержать фокус вмешательства на скорби, что послужило предпосылкой выздоровления Фреда. Они с Фредом посвятили несколько сессий разговорам об умершей дочери, связанным с этим событиям, а также неделям и месяцам, прошедшим после этой смерти. Фред никому не говорил, кроме Дорис, про свое двойственное отношение к этой беременности, и почувствовал большое облегчение, когда рассказал о своем чувстве вины и иррациональном убеждении: если бы он не сомневался в необходимости иметь ребенка, дочь была бы жива. Бет заверила его, что убеждение в возможности как-то предотвратить смерть широко распространено % оставшихся в живых, но это не более чем иррациональное убеждение. Это очень помогло Фреду, он опасался, что сойдет с ума от этой мысли, а также от того, что это известно одному ему. Как Фред узнал от Дорис в перерывах между сессиями, она также была убеждена, что виновна в смерти дочери и что это можно было бы предотвратить, если бы она сама была не в больнице, а дома. Фред с Дорис пришлось утешать друг друга, и это укрепило их отношения.

Завершение

Как можно себе представить, завершение далось Фреду нелегко. Бет беспокоилась о том, как будет расставаться с Фредом. Как часто бывает с неопытными МЛТ-терапевтами, ей казалось, что есть целый ряд других проблемных областей (например, уход с работы и отчасти супружеский разлад), которые заслуживали пристального внимания. Под моим наблюдением Бет сумела проработать свои чувства по поводу завершения. Я напомнила ей, что задачи МЛТ — восстановление прежнего уровня функционирования пациента, т. е. уровня до развития депрессивного эпизода, и улучшение социального функционирования. К девятой сессии у Фреда прошла вся его симптоматика. К двенадцатой сессии он стал ходить в спортивный зал и быстро сбросил вес, который набрал во время депрессивного эпизода. У него нормализовался сон, он чувствовал себя бодрым и активным. Отношения с членами семьи и соседями наладились.

Завершение сопровождалось чувством утраты, как это часто бывает у пациентов, много времени посвятивших скорби. Бет сумела скорректировать чувства Фреда при завершении терапии. Она объяснила, что многие люди, достигшие улучшения в результате вмешательства, с трудом привыкали к прекращению еженедельных встреч с психотерапевтами. Она полностью последовала стандартной практике МЛТ, указав на значительные успехи Фреда в психотерапии. Бет отметила уменьшение симптоматики и предпринятые им значительные усилия по преодолению скорби. Она связала депрессивную симптоматику с его переживаниями утраты, подчеркнув, что в дальнейшем его восприимчивость к утратам может сохраниться. Они разработали план, согласно которому Фред мог выявить и преодолеть будущий депрессивный эпизод. Он дал согласие в случае рецидива симптоматики обратиться к семейному врачу.

Бет призналась Фреду, что ей приятно было работать с ним, и она поражена теми усилиями, которые он приложил, чтобы избавиться от тяжелых переживаний утраты. Она прямо сказала ему, что он успешно преодолел скорбь, связанную со смертью дочери, и, по ее мнению, обладает достаточными ресурсами, чтобы справляться со стрессами и напряжением в будущем. Она порекомендовала ему

не прерывать связей с наиболее близкими ему людьми из социального окружения. Через два года после завершения вмешательства Бет получила от Фреда рождественскую открытку, в которой он сообщал о том, что у него все благополучно и симптомов депрессии нет.

Ограничения вмешательства МЛТ

Хотя МЛТ в настоящее время используется в том числе и в клинических условиях, важно помнить, что большая часть исследований эффективности этого подхода была проведена на базе университетов и учебных центров. Практическое применение МЛТ в другой обстановке, не соответствующей методике вмешательства, требует изучения. Психотерапевты, принимающие участие в исследовательских проектах, как правило, имеют большой опыт и хорошую подготовку, много времени и усилий тратится на их обучение точному соблюдению технологии. Пациенты обычно отбираются в соответствии со своими диагнозами и, как правило, не имеют множественной патологии, что часто встречается в повседневной клинической практике. Хотя эта проблема касается не только МЛТ, вопрос о применимости ее вне условий исследовательского учреждения остается открытым.

Еще одно соображение, касающееся широкой применимости подхода, связано с частотой отсева пациентов. И опять-таки эта проблема касается фармакотерапии и психотерапии в целом; однако в исследовании *NIMH TDCRP* 32% из 239 пациентов, пришедших на первую сессию, отказались от терапии до ее завершения. Любопытно, что по шкале *HDRS* не было выявлено значимых связей между состоянием пациента во время и в начале вмешательства, хотя пациенты, которые отсеялись в процессе вмешательства, имели более выраженную депрессию до начала терапии, чем завершившие вмешательство (показатели по шкале *HDRS* до вмешательства — соответственно 20,6 по сравнению с 19,0; $F(1,231) = 6,32$, $p < 0,02$). Отсев трети выборки следует обязательно учитывать при оценке эффективности различных подходов к вмешательству. Это особенно важно, если досрочно прекращают вмешательство пациенты, страдающие более выраженной депрессией.

Другое ограничение МЛТ — малое число рандомизированных клинических исследований на специфических выборках пациентов. Помимо диагнозов нервной булимии, значительной депрессии и дистимического расстройства, в литературе отсутствуют данные о сравнительной эффективности МЛТ и других видов терапии при другой патологии. Крайне малочисленные выборки пациентов с другими диагнозами, проходивших терапию МЛТ, заставляют относиться к полученным результатам с определенной осторожностью. Не менее важно учитывать влияние лекарственных препаратов, с учетом того, что:

- 1) многие пациенты в открытых исследованиях МЛТ принимают антидепрессанты во время вмешательства;
- 2) размеры выборок настолько малы, что прием лекарственных препаратов редко принимают в расчет при анализе данных.

Хотя МЛТ хорошо зарекомендовала себя у разных групп пациентов (не имеющих ограничений для участия в открытых исследованиях), важно отметить, что МЛТ не эффективна при расстройствах, связанных со злоупотреблением психо-

активными веществами. Рузанвилл и Кэрролл обследовали пациентов с опиатной зависимостью, которые принимали метадон (Rounsaville & Carroll, 1993). МЛТ предшествовал прием метадона в течение шести недель. Пациенты с шизофренией и манией были исключены. Как во многих других исследованиях, посвященных злоупотреблению психоактивными веществами, здесь был высокий процент отсева: 38% пациентов в группе МЛТ и 54% группы с более редкими сессиями завершили 24-недельный курс вмешательства. МЛТ в данном случае оказалась неэффективной. Результаты исследований действенности МЛТ у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, особенно важны, поскольку они дают представление о специфике вмешательства при этой патологии. Складывается впечатление, что для пациентов с тяжелым злоупотреблением психоактивными веществами или сформировавшейся зависимостью МЛТ не является вмешательством выбора. К сожалению, отсутствуют другие публикации о негативных результатах вмешательства, которые помогли бы составить более точное представление о диапазоне его применимости.

Наконец, следует отметить, что чистота вмешательства — обязательное условие, потому что тогда можно судить о применимости МЛТ в том или ином случае. Фрэнк с коллегами указывают, что качество вмешательства редко оценивается в исследованиях, обычно всех интересует его исход (Frank et al., 1991). В большинстве хорошо спланированных психотерапевтических исследований психотерапевты должны работать в соответствии с применяемым подходом, достаточно точно соблюдая его технологию, однако влияние отступлений от методики анализируется редко. Практически ничего не известно о сходстве и отличиях в работе опытных практиков того или иного подхода и терапевтов-новичков. Хотя соблюдение методики — обязательное требование в клинических исследованиях, необходимо также собирать информацию о приемах работы опытных психотерапевтов, у которых многому можно научиться. Это диктуется необходимостью создания универсального подхода к терапии, который к тому же был бы прост в освоении.

В тщательно спланированном исследовании Фрэнк с коллегами анализировали, влияет ли специфичность вмешательства МЛТ на длительность ремиссии депрессии (Frank et al., 1991). Это исследование базировалось на ранее полученных данных (Frank, Kupfer, & Perel, 1989; Frank et al., 1990), когда пациентам с рецидивирующей униполярной депрессией проводилось комбинированное вмешательство МЛТ + фармакотерапия (имипрамин, 150-300 мг) в связи с острым эпизодом. В исследовании Фрэнка с коллегами (Frank et al., 1993) у пациентов, которым проводилась менее специфичная МЛТ, средняя продолжительность периода между депрессивными эпизодами составила 18,1 недели, в то время как пациенты, получавшие более специфичную, т. е. в полном соответствии с технологией, МЛТ, имели среднее время выживания между эпизодами 101,7 недели. Эти результаты не были связаны с базовыми клиническими уровнями депрессии, уровнями депрессии в момент распределения методом случайной выборки на группы или различиями в оценке клиницистами. Как выяснилось, специфичность вмешательства является стабильной характеристикой, которая вытекает из особенностей конкретных диад пациент—терапевт. Это заслуживающее внимания наблюдение требует дальнейшего изучения. Поскольку все психотерапевты, принимавшие участие в исследовании, могли более специфично работать с одними

и менее специфично с другими своими пациентами, исследования, посвященные характеристикам пациента в таких диадах, позволили бы прогнозировать эффективность МЛТ в том или ином случае. В другом исследовании обнаружилось, что те, кто проходил поддерживающую терапию МЛТ (1 раз в месяц) после прекращения приема лекарственных препаратов, сохраняли хорошее самочувствие гораздо дольше. Эти результаты сохранялись в течение полных трех лет после начала вмешательства ($p = 0,05$). Фрэнк с коллегами (Frank et al, 1991) высказали осторожное предположение, что результаты более масштабного исследования свидетельствуют о профилактическом действии антидепрессантов, которые используются в той же дозе, что и для терапии острого эпизода. Авторы отмечают, однако, что далеко не все пациенты желают принимать антидепрессанты в течение длительного времени. Более того, некоторым пациентам приходится досрочно отменять препараты или вообще нельзя их принимать в связи с медицинскими противопоказаниями (например, беременность, кормление грудью, некоторые сердечно-сосудистые заболевания).

Фрэнк с коллегами также указывают, что необходимо расширять свои представления о методах обучения эффективной психотерапии и оценке ее качества (Frank et al., 1991). Простое следование протоколу вмешательства, очевидно, не объясняет всех различий между психотерапевтами, а этот аспект психотерапии недостаточно изучен. Учитывая длительность ремиссии в группе с менее качественной МЛТ (Frank et al, 1990) по сравнению с остальной популяцией (где при высоком качестве вмешательства период до следующего депрессивного эпизода был в четыре раза больше, чем ожидалось), имеет смысл изучить высокопрофессиональное, или качественное, вмешательство с клинической точки зрения.

Литература

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American journal of Psychiatry*, 150(Suppl.), 1-26.
- American Psychological Association. (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-24.
- Angus, L., & Gillies, L. A. (1994). Counseling the borderline client: An interpersonal approach. *Canadian Journal of Counseling*, 28, 69 — 82.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blazer, D. G., & Williams, C. D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 439-444.
- Brody, A. L., Saxena, S., Stoessel, P., Gillies, L. A., Fairbanks, L. A., Alborzian, S., Phelps, M., Huang, S.-C, Wu, H.-M., Ho, M. L., Ho, M. K., Au, S. C, Maidment, K., & Baxter, L. R., Jr.. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*.
- Brown, G. W., Harris, T., & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Buist, A., Nomman, T. R., & Dennerstein, L. (1990). Breast feeding and the use of psychotropic medication. *Journal of Affective Disorders*, 178, 197-206.
- Depression Guideline Panel. (1993). *Clinical practice guideline: Depression in primary care: Treatment of major depression* (AHCPR Publication No. 93-0551). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sosky, S. N., Collins, J. E., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Frank, E., Frank, N., Comes, C., Imber, F. D., Miller, M. D., Morris, F. M., Reynolds, C. F. (1993). Interpersonal psychotherapy and the treatment of late life depression. In G. L. Klerman & M. M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 167-198). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Jacob, M., Blementhal, S. J., & Jarrett, D. B. (1987). Pregnancy-related affective episodes among women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 144(3), 288-293.
- Frank, E., Kupfer, D. J., & Perel, J. M. (1989). Early recurrence in unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 771-775.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Comes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. E., McEachran, A. B., & Comes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, J. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on six month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1861.
- Gillies, L. A. (1999, May). *Interpersonal psychotherapy with BPD*. Symposium: New Developments in Interpersonal Psychotherapy, American Psychiatric Association Annual Convention, Washington, DC.
- Gillies, L. A. (2000). *Interpersonal psychotherapy with depressed adolescent mothers*. Unpublished manuscript, University of Toronto.
- Hamilton, M. A. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Klein, D. K., & Ross, D. C. (1993). Reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programme: General effectiveness report. *Neuropsychopharmacology*, 8(3), 241-251.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (Eds.). (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Markowitz, J. C., Klerman, G. L., Clougherty, K. E., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Fishman, B., Frances, A. J., Kocsis, J. H., & Perry, S. W. (1995). Individual psychotherapies for depressed HIV-seropositive patients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1504-1509.
- Markowitz, J. C., Klerman, G. L., & Perry, S. W. (1992). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-seropositive patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 885-890.
- Martin, S. D. (1999). *SPECT changes with interpersonal psychotherapy versus venlafaxine for depression*. In M. M. Weissman (Chair), Symposium conducted at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Mechanic, D., & Hansell, S. (1989). Divorce, family conflict, and adolescents' well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 105-116.
- Montejo-Gonzalez, A. L., Llorca, G., Izquierdo, J. A., Ledesma, M., Bousono, M., Calcedo, A., Carrasco, J. L., Ciudad, J., Daniel, E., De la Gandara, J., Derecho, J., Franco, M., Gomez, M. J., Macias, J. A., Martin, T., Perez, V., Sanchez, J. M., Sanchez, S., & Vicens, E. (1997). SSRI-induced sexual dysfunction: Fluoxetine (Prozac), paroxetine (Paxil), sertraline (Zoloft) and fluvoxamine (Luvox) in a prospective, multicenter, and descriptive clinical trial. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 176-194.
- Mufson, L. H., Morreau, D., Weissman, M. M., Klerman, G. L. (1993). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression. In G. L. Klerman & M. M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 129-166). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- O'Hara, M. W. (1994). *Postpartum depression: Causes and consequences*. New York: Springer-Verlag.
- Prien, R. F., Kupfer, D. J., Mansky, P. A., Small, J. G., Tualon, V. B., Voss, C. B., & Johnsen, W. E. (1984). Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders: A report of the Na-

- tional Institute of Mental Health Collaborative Study Group comparing lithium carbonate, imipramine and a lithium carbonate — imipramine combination. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1096-1104.
- Reynolds, C. E., Frank, E., Perel, J. M., Imber, F. D., Cornes, C., Morycz, R. K., Mazumdar, S., Miller, M. D., Pollock, B. G., Rifai, A. H., Stack, J. A., George, C. J., Houck, P. R., & Kupfer, D. J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1687-1692.
- Rothbloom, E., Sholomskas, A., Barry, C., & Prusoff, B. A. (1982). Issues in clinical trials with depressed elderly. *Journal of the American Geriatric Society*, 30, 694-699.
- Rounsaville, B. J., & Carroll, K. (1993). Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. In G. L. Klerman & M. M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 319-352). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Slotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. E., Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J., & Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 148, 997-1008.
- Stuart, S., & O'Hara, M. W. (1995). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 52, 75-76.
- Stuart, S., O'Hara, M. W., & Blehar, M. C. (1998). Mental disorders associated with childbearing: Report of the biennial meeting of the Marce Society. *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 333-338.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., et al. (1981). Depressed outpatients: Results of one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry*, 51, 599-605.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., DiMascio, A., Neu, C., Goklaney, M., & Klerman, G. L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-558.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnham, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Studies. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.

Расстройства пищевого поведения¹

Дж. Теренс Уилсон,
Кэтлин М. Пайк

Четвертое издание «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (*DSM-IV*) дает четкое определение нервной анорексии и нервной булимии, там же впервые описано новое расстройство пищевого поведения, называемое «переедание». Авторы этой главы принимали участие в подготовке соответствующего раздела *DSM-IV*, а также разработали наиболее эффективные методы терапии расстройств пищевого поведения. В этой главе описан предложенный ими подход к терапии нервной булимии, а также последние данные исследований, свидетельствующие о действенности этого подхода. Несмотря на преимущественное внимание к нервной булимии, наиболее изученному расстройству пищевого поведения, авторы отмечают применимость предлагаемого протокола к нервной анорексии и перееданию. Читателя может удивить сделанный авторами вывод о том, что основной проблемой, требующей вмешательства, является не столько переедание или очищение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сколько отклоняющиеся от нормы культурные установки и убеждения, касающиеся массы тела и особенностей фигуры. Рекомендации по модульному применению различных компонентов вмешательства делают само вмешательство своего рода искусством. По подробное описание когнитивно-поведенческой психотерапии применительно к расстройствам пищевого поведения будет весьма полезно клиницистам, работающим над этими сложными проблемами.

Дэвид Х. Барлоу

Классификация и диагноз

Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) — два наиболее изученных расстройства пищевого поведения (РПП). Согласно *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994), нервная анорексия характеризуется тремя следующими признаками.

Во-первых, это аномально низкая масса тела (не менее чем на 15% ниже ожидаемой). Во-вторых, у женщин, чаще всего и страдающих этим расстройством, это аменорея (отсутствие трех менструальных циклов подряд). В-третьих, это нарушение восприятия собственной массы тела или фигуры, в частности отрица-

¹ По МКБ-10 — F 50.2. — *Примеч. науч. ред.*

ние серьезности аномально низкой массы тела и чрезмерная зависимость самооценки от массы тела и фигуры. Выделяются два подтипа НА по *DSM-IV*:

- 1) ограничительный тип — для лиц, которые не переедают и не занимаются очищением ЖКТ;
- 2) тип, связанный с передеданием/очищением ЖКТ, для тех, кто систематически это делает (American Psychiatric Association, 1994).

Распространенность НА у молодых женщин составляет примерно 0,5-1%. НБ также имеет три характерных признака:

- 1) передедание (т. е. бесконтрольное потребление пищи в большом количестве);
- 2) регулярное применение методов, призванных оказывать влияние на массу тела и фигуру, таких как очищение ЖКТ (индуцированная рвота или злоупотребление слабительными), строгое соблюдение диеты или голодание, а также изнуряющие физические упражнения;
- 3) чрезмерная зависимость самооценки от фигуры и массы тела.

Здесь также выделяют два подтипа: один характеризуется систематическим очищением ЖКТ (в частности, вызовом рвоты или приемом слабительных), другой с этим не связан.

Диагноз НБ не может быть поставлен пациентам, которые соответствуют диагностическим критериям НА. Абсолютное большинство пациентов с НБ имеют массу тела в пределах нормы. Тот факт, что диагноз НА «перевешивает» диагноз НБ, говорит о его серьезной прогностической значимости. При НА необходимо срочное наращивание массы тела, поскольку имеющийся дефицит массы может угрожать жизни пациента. Более того, клинический опыт показывает, что пациенты с НА гораздо хуже поддаются вмешательству, активно препятствуют попыткам изменить их пищевое поведение и массу тела. Как правило, лечить их труднее, чем пациентов с НБ. Распространенность НБ у молодых женщин, по некоторым оценкам, достигает 1-3%; у мужчин диагностируется редко (Hsu, 1990). НБ страдают преимущественно молодые женщины, хотя это расстройство также встречается у подростков и женщин среднего возраста. Это нарушение пищевого поведения часто сопутствует другим формам психопатологии (в частности, депрессии, тревожным расстройствам, злоупотреблению психоактивными веществами и расстройствам личности) как у самих пациентов, так и у членов их семей (Kassett et al., 1989). НБ имеет хроническое непрерывное течение (Fairburn et al., 1995).

Третья категория нарушений пищевого поведения включена в *DSM-IV* как «нарушение пищевого поведения неуточненное» (НППН¹). Эта категория включает индивидов, которые имеют клинически выраженное нарушение пищевого поведения, но не соответствуют формальным диагностическим критериям для НА или НБ. Например, встречаются пациенты со всеми признаками НБ, однако частота приступов передедания недостаточна для постановки этого диагноза. Такие пациенты редко попадают в поле зрения исследователей, однако они хорошо знакомы практикам, занимающимся терапией широкого спектра расстройств пищевого поведения. Одним из примеров из категории НППН, привлекающим в последнее время всеобщее внимание, является так называемое «расстройство, связанное с приступами передедания» по *DSM-IV*. Пациенты с этим диагнозом регу-

¹ РСПП включают в себя НБ, НА и НППН. — *Примеч. науч. ред.*

лярно переедают, не демонстрируя при этом выраженного компенсаторного поведения (например, очищения ЖКТ), как при НБ. Они схожи с пациентами с НБ в плане дисфункциональной озабоченности собственной фигурой и массой тела (Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 2000) и столь же часто подвержены сопутствующей психопатологии, особенно депрессии (Wilfley, Friedman, Douchis, Stein, & Welch, 2000; Yanovski, Nelson, Dubbert, & Spitzer, 1993). Вместе с тем пациенты с РСПП отличаются от пациентов с НБ рядом важных особенностей, которые надо учитывать при вмешательстве. При НППН пациенты реже ограничивают себя в еде, чем при НБ или НА (Wilfley, Schwartz, et al., 2000). В соответствии с этим большинство пациентов с НППН, обращающихся за помощью, имеют избыточный вес или страдают ожирением (Marcus, 1993). Наконец, мужчины среди пациентов с НППН составляют меньшинство.

В целом результаты исследований показывают, что булимические расстройства пищевого поведения варьируются от слабой до сильной клинической выраженности. Наиболее серьезное расстройство — подтип НБ, связанный с очищением ЖКТ. Второй подтип НБ (без очищения ЖКТ) считается расстройством средней тяжести, а наименее тяжелый тип — НППН (Hay & Fairburn, 1998).

Настоящая глава посвящена когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которая проводится с пациентами с НБ — наиболее изученным расстройством пищевого поведения. Описанные терапевтические стратегии могут быть применены и при других расстройствах. Известны результаты всего нескольких исследований, посвященных оценке эффективности КПТ при НА (Garner, Vitousek, & Pike, 1997; Serfaty, Turkington, Hear, Ledsham, & Jolley, 1999), хотя число публикаций на эту тему продолжает расти (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). Недостаточное количество исследований, посвященных НА, частично объясняется низкой распространенностью этого расстройства в популяции.

Когнитивно-поведенческая терапия, адаптированный вариант КПТ при НБ, широко используется при РСПП, и ее эффективность считается доказанной (Agras, Telch, et al., 1994; Marcus, Wing, & Fairburn, 1995; Wilfley, 1999).

Этиология НБ

Одна из наиболее интересных особенностей НБ и НА состоит в том, что ими заболевают практически только женщины. Более того, НБ до конца 1970-х гг. встречалась крайне редко, что указывает на влияние актуального культурного контекста на возникновение расстройства.

Психосоциальные влияния

В современной нам культуре идеал женской красоты видится в стройности и гибкости, поэтому женщины стремятся достичь этого идеала физического совершенства (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986). В результате большинство молодых женщин в США сидят на диете, надеясь сбросить вес и изменить фигуру. Неудивительно, что НБ наиболее распространена в этой части популяции: преимущественно ею страдают женщины европейской расы из средних и высших социально-экономических классов, которые соблюдают диету, так как хотят соответствовать культурным ожиданиям. Установлена взаимосвязь между культурным

требуя быть худощавой и распространенностью расстройств пищевого поведения как внутри различных этнических групп, так и между ними (Hsu, 1990).

Диета

Желание быть стройной заставляет соблюдать диету. Диета (строгое, нездоровое ограничение количества и качества потребляемой пищи) — фактор риска НБ. Клинические наблюдения говорят о том, что после периода строгой диеты часто появляется склонность к перееданию. Исследования по распространенности диет показывают, что расстройства пищевого поведения наиболее часто встречаются в популяциях, многие представители которых соблюдают диету. Проспективные исследования позволили увидеть связь между соблюдением диеты и развитием РСПП. В репрезентативной выборке 15-летних школьников из Лондона группа исследователей (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann, & Wakeling, 1990) обнаружила, что те из них, кто соблюдал диету, имели более высокий риск возникновения нарушения пищевого поведения в течение одного года. Девочки, сидевшие на диете, в восемь раз чаще страдали нарушением пищевого поведения. (Соблюдение диеты не является фактором риска РСПП. Как уже говорилось, страдающие ожирением пациентки с РСПП гораздо реже соблюдают диету, чем пациентки с НБ. В отличие от НБ переедание часто предшествует соблюдению диеты при РСПП (Abbott et al, 1998).)

Хотя была установлена связь между диетой и расстройствами приема пищи, ее соблюдение не является необходимым или достаточным условием развития НБ. Оно не является достаточным условием, поскольку несмотря на то, что большинство девушек и молодых женщин соблюдают диету, только некоторые из них впоследствии страдают нарушениями пищевого поведения. Например, в исследовании лондонских школьников нарушение пищевого поведения было впоследствии диагностировано у каждой пятой из соблюдавших диету (Patton et al, 1990). Для возникновения нарушения пищевого поведения необходимо взаимодействие нескольких факторов. Исследование факторов риска НБ показало, что нарушение пищевого поведения наиболее часто развивается у женщин, соблюдающих диету, которые в целом предрасположены к ожирению и психическим расстройствам (Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997).

Соблюдение диеты не является обязательным для нарушения пищевого поведения. Хотя оно обычно предшествует появлению склонности к перееданию при НБ, известны случаи, когда соблюдение диеты не было первым признаком НБ (Haiman & Devlin, 1999). У страдающих ожирением пациенток, склонных к перееданию, соблюдение диеты может предшествовать перееданию или следовать за ним.

Почему же соблюдение диеты способствует развитию НБ? Страдающие НБ склонны придерживаться нереалистично жестких стандартов, связанных с приемом пищи, что часто свидетельствует об общей склонности к перфекционизму. На когнитивном уровне эти стандарты вызывают у них чувство депривации. В подобных жестких условиях женщины, склонные придерживаться диеты, легко утрачивают контроль над собой при ее нарушении. В связи с этим нарушения диеты приводят к когнитивным реакциям по типу «все или ничего». Согласно этому феномену, который был назван «эффект нарушения воздержания» (*abstinence violation effect*), эти люди объясняют свои срывы полной неспособностью

к самоконтролю. Таким образом, они отказываются от всяких попыток регулировать потребление пищи и переедают.

Повторные нарушения диеты, которые приводят к хаотичному повседневному пищевому поведению, как уже говорилось, повышают риск нарушения пищевого поведения. Объяснить это можно тем, что такое поведение негативно влияет на формирование условных рефлексов, которые регулируют нормальное питание. Например, прекращение приема пищи «из идейных соображений», без учета чувства насыщения, в сочетании с нерегулярным приемом пищи (пропуск завтрака или обеда), может утасить условные реакции насыщения, что, в свою очередь, приводит к приступу переедания.

Соблюдение диеты также имеет биологические последствия, которые predisполагают к возникновению РСПП. Даже краткосрочная диета может привести к нарушению функций серотонина в головном мозге (Walsh, Oldman, Franklin, Fairburn, & Cowen, 1995). Серотонин — важный нейромедиатор и непосредственно участвует в регуляции настроения и приема пищи. Сниженный уровень серотонина связан с расстройствами пищевого поведения. Особенно интересен тот факт, что вызванные соблюдением диеты нарушения функций серотонина в мозге наблюдаются исключительно у женщин. Женщины гораздо больше мужчин склонны к расстройствам пищевого поведения. Соблюдение диеты, следовательно, вдвойне пагубно для первых: они не только чаще соблюдают диету из-за желания оставаться стройными, но также более уязвимы к негативным биологическим последствиям даже умеренного соблюдения диеты.

Семейные факторы

НА и НБ достаточно распространены в семьях. Как НА, так и НБ встречаются у ближайших родственников лиц, страдающих НБ или НА. В частности, распространенность НБ в 3,7 раза выше у родственников испытуемых с НБ, чем у родственников нормальных представителей контрольной группы, а частота встречаемости НА в 12 раз выше у родственников испытуемых с НБ (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000). Такая перекрестная распространенность НА и НБ в пределах одной семьи свидетельствует об общей семейной предрасположенности.

Изучение факторов риска НБ позволило прояснить роль определенных проблем у родителей, в частности ожирения и злоупотребления алкоголем. Кроме того, с НБ тесно связаны критические высказывания членов семьи, касающиеся веса, фигуры или пищевых привычек девочек (Fairburn et al., 1997).

Генетические факторы

Очевидность семейной передачи НБ позволяет сопоставлять генетические и средовые факторы. Близнецовые исследования помогают разграничить эти взаимодействующие между собой факторы. Вместе с тем результаты известных близнецовых исследований противоречивы: влияние наследственности варьируется от 30 до 83% (Bulik, Sullivan, & Kendler, 1998). Группа клиницистов (Fairburn, Cowen, & Harrison, 1999) подробно описала целый ряд методологических проблем подобных исследований, включая неопределенное описание фенотипа НБ, вопросы надежности диагностики и небольшие размеры выборок. Эти же авторы

(Fairburn, Cowen, & Harrison, 1999) настоятельно рекомендуют широко подходить к этиологии НБ, «главным образом потому, что понимание нейробиологических и средовых коррелятов расстройств приема пищи скорее приведет к разработке клинически действенных методов вмешательства, которые не будут зависеть от генетического компонента, как бы велик он ни был» (р. 356).

Методы терапии НБ

При НБ используются разнообразные психотерапевтические методы, например КПТ, поведенческая терапия, психодинамическая терапия, семейная психотерапия; психотерапия, основанная на анализе переживаний, и программа «Двенадцать шагов», которая была позаимствована из терапии расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивных веществ (American Psychiatric Association, 2000; Garner & Garfinkel, 1997). Помимо этого, широко применялись разного рода фармакологические вмешательства, в частности терапия антидепрессантами (Devlin & Walsh, 1995; Wilson & Fairburn, 1998).

Терапия антидепрессантами

Лечение антидепрессантами при НБ основано на предположении, что нарушение пищевого поведения представляет собой форму большой депрессии (Pope, Hudson, Jonas, & Yurgelun-Todd, 1983). Несмотря на то что эта точка зрения была опровергнута, факты говорят об эффективности антидепрессантов при переедании и склонности к очищению ЖКТ: по крайней мере, они превосходят эффект плацебо. Многочисленные исследования с контрольными группами показали, что различные классы антидепрессантов, включая трициклические препараты (в частности, имипрамин и дезипрамин), ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) (в частности, фенелзин) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (в частности, флуоксетин) гораздо эффективнее таблетированного плацебо помогают бороться с перееданием и склонностью к очищению ЖКТ.

На основе исследований, посвященных применению антидепрессантов при НБ, можно сделать следующие выводы: во-первых, разные типы лекарств представляются в равной мере эффективными. Данные по флуоксетину (*Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group*, 1992) сопоставимы с результатами, полученными для трициклических антидепрессантов. В настоящее время считается, что флуоксетин более предпочтителен из-за своих относительно незначительных побочных эффектов. Во-вторых, результаты исследований без контрольных групп говорят о том, что пациентки, не отреагировавшие на один антидепрессант, могут показать хорошую реакцию на другой (Mitchell et al, 1989; Walsh, Hadigan, Devlin, Gladis, & Roose, 1991). Дополнительные свидетельства в пользу чередования препаратов были получены при вмешательстве, при котором сначала давался дезипрамин (в течение восьми недель), а затем, если склонность пациентки к частоте эпизодов переедания не снижалась минимум на 75% или в случае серьезных побочных эффектов, следовал флуоксетин (60 мг/день в течение восьми недель) (Walsh et al., 1997). Этот двухэтапный режим был разработан специально для повседневной клинической практики, поскольку стандартные методики с одним препаратом не всегда приемлемы. Две трети пациенток, которые случайным об-

разом были распределены по группам с активной фармакотерапией, принимали последовательно два препарата. Среднее снижение частоты переедания составило 69%; 29% пациенток вообще перестали переедать. В более раннем исследовании с плацебо-контролем, которое было проведено в том же центре на сходной популяции, у пациенток, получавших только дезипрамин, эти цифры составили 47 и 13% соответственно (Walsh et al, 1991). В-третьих, механизм или механизмы действия антидепрессантов в этом случае неизвестны. Эти эффекты не могут быть объяснены снижением выраженности депрессии, поскольку уровень депрессии до вмешательства никак не влияет на его исход. Очевидная сопоставимость эффективности разных классов антидепрессантов заставляет предполагать существование какого-то общего механизма их действия. Одно из возможных объяснений заключается в том, что антидепрессанты уменьшают чувство голода, что облегчает пациенткам с НБ строгое соблюдение диеты (McCann & Agras, 1990; Rossiter, Agras, Losch, & Telch, 1988). В-четвертых, стойкость эффектов фармакотерапии обычно не оценивается. Между тем имеющиеся данные неутешительны. Большинство пациенток вскоре после отмены антидепрессантов дают рецидив симптоматики, даже те из них, кто продолжает прием препарата на поддерживающем этапе вмешательства (Pyle et al., 1990; Walsh et al, 1991). Ввиду отсутствия данных о долговременных эффектах антидепрессантов, а также относительно высокого отсева и нежелания некоторых пациенток принимать лекарственные препараты без какого-либо другого вида вмешательства (Wilson & Fairburn, 1998) большее значение приобретает эффективное психологическое вмешательство при этом расстройстве.

Когнитивно-поведенческое вмешательство

Подход к вмешательству и его обоснование

Наиболее распространенная форма КПТ при НБ берет свое начало непосредственно от первого, разработанного Фэйрберном подхода, который был изложен в соответствующем руководстве, изданном в Оксфорде в начале 1980-х гг. Более современная, расширенная версия этого руководства вышла в 1993 г. (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993). Несмотря на существующие различия в применении КПТ в разных клинических и экспериментальных условиях, все эти формы базируются на оксфордском подходе.

Психотерапия основана на модели, в которой учитываются как когнитивные, так и поведенческие факторы (Fairburn, 1997a). Говоря коротко, согласно этой модели, предъявляемые женщине социокультурные требования быть стройной и соответствовать общепринятому идеалу женской красоты ведут к тому, что некоторые женщины начинают придавать чрезмерное значение собственному весу и фигуре. Они садятся на диету, жестко и без учета последствий ограничивая себя в еде, в результате чего становятся психологически и физиологически уязвимыми к периодической потере контроля над потреблением пищи (в частности, речь идет о переедании). Очищение ЖКТ и другие крайние формы контроля массы тела являются попытками компенсировать последствия переедания. Очищение ЖКТ помогает снизить тревогу относительно потенциальной прибавки в весе и лишает пациентку чувства насыщения, которое регулирует прием пищи. Переедание и очищение ЖКТ вызывают дистресс, за которым следует снижение самооценки,

что, в свою очередь, создает условия для ограничения себя в еде и следующего за ним переедания. По мере развития этого самоподдерживающегося процесса переедание становится средством регуляции негативного аффекта, отвлекая от источников дистресса. Таким образом, переедание обеспечивает негативное подкрепление, которое становится мощным фактором поддержания этого стереотипа.

Как следует из таких представлений о поддержании НБ, вмешательство должно затрагивать не только собственно проблемные виды поведения, в частности переедание и очищение ЖКТ. Вмешательство включает когнитивные и поведенческие техники и нацелено на формирование стереотипа регулярного питания с включением в рацион избегаемых продуктов питания; развитие более конструктивных навыков совладания с ситуациями, в которых велик риск переедания и очищения ЖКТ; модификацию отклоняющихся от нормы установок; профилактику рецидивов в конце интенсивного вмешательства (Fairburn et al, 1993). Вмешательство ограничено во времени, директивно и ориентировано на решение проблем.

Эффективность вмешательства

КПТ при НБ было всесторонне оценено в рандомизированных исследованиях с контрольными группами в Северной Америке и Европе. Это вмешательство во всех случаях давало больший эффект, чем пребывание на «листе ожидания» (Wilson & Fairburn, 1998). В среднем КПТ помогает избавиться от переедания и очищения ЖКТ примерно 50% всех пациенток. В процентном выражении снижение частоты приступов переедания и очищения ЖКТ у всех пациенток, проходивших КПТ, обычно составляет 80% и больше. КПТ оказывает благоприятное действие на все аспекты психопатологии при НБ (Wilfley & Cohen, 1997; Wilson & Fairburn, 1998). Помимо переедания и очищения ЖКТ уменьшаются стремление ограничивать себя в еде, а также беспокойство о собственной фигуре и массе тела. С этими изменениями связано снижение уровня общей психической симптоматики и повышение самооценки и социального функционирования. КПТ дает хорошие и стойкие результаты. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что терапевтические изменения сохраняются на протяжении года и более (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000). Наиболее продолжительное проспективное наблюдение после КПТ (средняя продолжительность = 5,8 года) показало, что примерно две трети пациенток не страдают нарушениями пищевого поведения (Fairburn et al, 1995).

Заслуживающей упоминания особенностью КПТ при НБ является быстрое действие. Так, Уилсон с коллегами (Wilson et al., 1999) показали, что уже к началу третьей недели (т. е. к 5-й сессии) в 76% случаев снизилась частота приступов переедания и в 69% — частота рвоты (Wilson, Vitousek, & Loeb, 2000). Быстрое реагирование на КПТ при НБ было продемонстрировано в нескольких других исследованиях (Agras, Walsh et al., 2000; Garner et al, 1993; Jones, Peveler, Норе, & Fairburn, 1993). Столь быстрый эффект КПТ нельзя объяснить «неспецифической» реакцией на вмешательство, так как эффективность КПТ вскоре начинает значительно превышать эффективность других психологических подходов, например межличностной терапии (МЛТ) (Jones et al., 1993) и поддерживающей психотерапии (Wilson et al, 1999). Уилсон (Wilson, 1999a) предполагает, что быстрый эффект КПТ объясняется поведенческими домашними заданиями. Систе-

матические и направленные поведенческие домашние задания, неотъемлемая часть психотерапии, отличают КПТ от других видов психотерапии. Эти задания, безусловно, повышают уверенность в себе, поскольку помогают пациентке установить контроль над пищевым поведением.

КПТ и фармакотерапия

Терапия антидепрессантами — также достаточно хорошо изученное вмешательство при НБ. Как трициклические препараты, так и флуоксетин гораздо более эффективны, чем таблетированные плацебо (Devlin & Walsh, 1995), хотя долгосрочные эффекты антидепрессантов необходимо проверить на исследованиях с контрольными группами (Wilson & Fairburn, 1998). Соответственно терапия антидепрессантами может считаться стандартом для сравнительной оценки эффективности КПТ.

В нескольких исследованиях непосредственно оценивалась относительная и сочетанная эффективность КПТ и терапии антидепрессантами (Agras et al, 1992; Fichter et al, 1991; Leitenberg et al., 1994; Mitchell et al, 1990; Walsh et al., 1997). В целом были получены следующие результаты.

1. КПТ лучше принимается пациентками, чем препараты-антидепрессанты. Пациентки с НБ не проявляют желания принимать антидепрессанты, отдавая предпочтение психологическому вмешательству.
2. Частота отсева при КПТ ниже, чем при фармакологических вмешательствах. Например, в одном исследовании (Agras et al, 1992) только одна пациентка, проходившая КПТ, выбыла досрочно, что составило 4,3% отсева по сравнению с 17% для дезипрамина.
3. КПТ, вне сомнения, превосходит вмешательство с одним препаратом-антидепрессантом (Agras et al., 1992; Leitenberg et al., 1994). Предстоит уточнить, превосходит ли КПТ по эффективности двухэтапную или долгосрочную фармакотерапию, которая распространена более широко.
4. Сочетание КПТ с препаратами-антидепрессантами значительно более эффективно, чем изолированная фармакотерапия (Agras et al, 1992; Mitchell et al., 1990; Walsh et al, 1997).
5. Сочетание КПТ с антидепрессантами дает несколько устойчивых преимуществ по сравнению с изолированной КПТ. Вместе с тем сделанные в этих исследованиях выводы статистически недостоверны и нуждаются в проверке. Так, в исследовании Уолша с коллегами (Walsh et al, 1997), несмотря на отсутствие статистически значимых различий, сочетание лекарственных препаратов с КПТ давало более выраженное снижение частоты переживания и рвоты (50%), чем плацебо и КПТ (24%). Важной особенностью исследования, о котором идет речь, было то, что пациентки прошли двухэтапное фармакологическое вмешательство. Сначала им был назначен дезипрамин. Пациенткам, не откликнувшимся на это вмешательство (снижение минимум на 75% частоты переживания), или при наличии серьезных побочных эффектов был назначен флуоксетин в дозе 60 мг. Неконтролируемые исследования показали, что лучшие результаты можно получить при использовании более чем одного лекарственного препарата (Mitchell et al, 1989).

6. Сочетание КПТ с препаратами-антидепрессантами может более эффективно, чем КПТ, снижать тревогу и депрессивную симптоматику (Mitchell et al., 1990; Walsh et al., 1997).
7. Терапевтические изменения при КПТ сохраняются дольше, чем при фармакотерапии. Проспективное наблюдение, которое провели Митчелл с коллегами (Mitchell et al., 1989), показало нестойкость результатов медикаментозного вмешательства в отличие от психологического (Pyle et al., 1990). Аналогичным образом другая группа клиницистов (Agras, Rossiter, et al., 1994) обнаружила, что после четырех месяцев терапии дезипрамином частота рецидивов была высокой, предотвратить возврат симптоматики удавалось с помощью сочетания антидепрессантов с КПТ. Вполне возможно, что сочетание КПТ с антидепрессантами предотвращает рецидивы, связанные с изолированной фармакотерапией, как при паническом расстройстве (Otto, Jones, Craske, & Barlow, 1996).

КПТ и альтернативные психотерапевтические подходы

КПТ доказала свое преимущество над другими психологическими вмешательствами, с которыми сравнивалась (Fairburn et al., 1993; Garner et al., 1993; Laessle et al., 1991; Walsh et al., 1997). Единственное исключение — результаты двух исследований, посвященных сравнению КПТ и МЛТ (межличностная терапия). МЛТ была изначально разработана коллективом исследователей (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984) как краткосрочное вмешательство при депрессии. МЛТ представляет собой фокусированную психотерапию, которая направлена на то, чтобы помочь пациентам выявить и модифицировать существующие межличностные проблемы. В отличие от традиционных психодинамических подходов это вмешательство не предполагает проведения интерпретаций. По природе своей оно недирективное, вначале выявляются проблемные сферы межличностных отношений, с которыми и предстоит работать. Психотерапевт не дает пациенту прямых инструкций насчет того, какие именно изменения следует произвести и как их добиться. Напротив, пациента поощряют к самостоятельным изменениям (подробнее см. главу 7).

Эффективность МЛТ при депрессии была показана в нескольких исследованиях (Spanier, Frank, McEachran, Grochocinski, & Kupfer, 1996). В случае НБ (Fairburn, 1997b) МЛТ нацелена исключительно на межличностные отношения, при этом практически не уделяется внимания собственно симптоматике, т. е. не проводится модификации симптомов переедания, очищения ЖКТ, нарушенного питания или чрезмерной озабоченности собственной фигурой и массой тела. Специфические проблемы, связанные с приемом пищи, рассматриваются как средство раскрытия межличностного контекста, который, как полагают, является их причиной. Вследствие этого МЛТ по своей природе сильно отличается от КПТ.

Фэйрберн с коллегами (Fairburn et al., 1991) сравнили КПТ с МЛТ и узконаправленным поведенческим вмешательством, разработанным на основе КПТ. Сразу же после завершения вмешательства МЛТ была столь же эффективна, как КПТ, в отношении снижения частоты переедания, но явно уступала последней по снижению частоты рвоты, ограничений в приеме пищи и установок по поводу собственной фигуры и массы тела. При годичном проспективном наблюдении, однако, пациентки, прошедшие МЛТ, улучшили свои результаты, практически

сравнившись с пациентками, прошедшими КПП. Примерно 45% прошедших МЛТ пациенток избавились от переедания и рвоты. МЛТ была столь же эффективна, как КПП, по всем показателям через 8 и 12 месяцев проспективного наблюдения. Как КПП, так и МЛТ заметно превосходили поведенческий психотерапевтический подход, взятый для сравнения, на протяжении всего срока проспективного наблюдения: пациентки после КПП и МЛТ демонстрировали впечатляющее снижение частоты приступов переедания на 95%, а вызова рвоты на 91% (Fairburn et al., 1993). Проспективное наблюдение велось за ними в течение шести лет. Пациентки, прошедшие КПП или МЛТ, чувствовали себя одинаково хорошо, уменьшение проблемного поведения отмечалось в 63 и 72% случаев соответственно, критерии нарушения пищевого поведения по *DSM-IV* у них отсутствовали; после поведенческой терапии таких результатов добились только 14% пациенток (Fairburn et al., 1995).

Результаты этого исследования Фэйрберна с коллегами в Оксфорде заслуживают особого внимания по трем причинам. Во-первых, они показывают, что имеется альтернативное КПП, проверенное практикой психологическое вмешательство. Во-вторых, различия между КПП и МЛТ по времени реагирования заставляют предположить наличие у каждой из них специфических точек приложения и эффектов, и действуют они, скорее всего, за счет различных механизмов (Fairburn et al., 1993). И в-третьих, полученные результаты позволили поставить вопрос о природе самой НБ. Если психологическое вмешательство, в том числе такое, которое напрямую не затрагивает проблемные виды поведения, оказывается эффективным, то встает вопрос о расширении представлений о факторах, поддерживающих нарушения пищевого поведения.

Аграс, Уэлш с коллегами (Agras, Walsh et al., 2000) провели мультицентрическое исследование, сравнив все ту же КПП с МЛТ, при значительном объеме выборки ($n = 110$ пациенток в каждом вмешательстве). Полученные результаты подтвердили выводы, сделанные в оксфордском исследовании Фэйрберном с коллегами. Сразу же после вмешательства КПП значительно превосходила МЛТ по числу пациенток, прекративших переедание и очищение ЖКТ в течение первых четырех недель. Соотношение составило 29 и 6% с учетом всех пациенток, которые пришли для вмешательства, и 45 и 8% — среди тех, кто прошел полный курс. После КПП значительно уменьшились ограничения в питании, однако не произошло изменений в другом важном аспекте НБ, в частности чрезмерной озабоченности собственной фигурой и массой тела. Различия между этими двумя вмешательствами не были обусловлены наличием сопутствующей психопатологии, такой как депрессия, низкая самооценка или нарушение межличностного функционирования.

Результаты проспективного наблюдения дают иную картину. После 8 и 12 месяцев проспективного наблюдения не было выявлено статистически значимых различий между двумя видами терапии в отношении ремиссии приступов переедания и очищения ЖКТ. То, что эффекты КПП и МЛТ проявляются в разное время, еще раз подтверждает: у этих видов терапии — разные механизмы действия. Согласно действующей теоретической модели, эффекты КПП частично опосредуются изменениями пищевых ограничений в результате вмешательства.

Несмотря на то что у КПП и МЛТ, по-видимому, разные механизмы действия, состояние пациенток после вмешательства практически не различалось. Так, 66%

тех, кому помогла КПТ, продолжали чувствовать себя хорошо при проспективном наблюдении по сравнению с 57% (4 из 7) пациенток, прошедших МЛТ. Из тех, состояние которых улучшилось в конце КПТ, 29% (6 из 21) полностью восстановились по сравнению с 33% (8 из 24) в группе МЛТ. Среди остальных участниц 7% (4 из 57) выздоровели в процессе проспективного наблюдения в группе КПТ по сравнению с 9% (7 из 79) в группе МЛТ. Процентное соотношение участниц, попавших в каждую из категорий успешности, в обоих вмешательствах было сходным. Эти результаты свидетельствуют о том, что отсутствие статистически значимых различий между КПТ и МЛТ в проспективном наблюдении скорее всего объясняется разным статусом после вмешательства (эффект регрессии к среднему), чем отсроченным действием МЛТ.

Исследование Аграса с коллегами (Agras, Walsh, et al., 2000) имеет несколько методологических преимуществ. Во-первых, в отличие от практически всех предшествующих контролируемых исследований вмешательства при НБ его результаты статистически значимы и позволяют судить о различиях между видами терапии. Во-вторых, качество проведения каждого вмешательства тщательно контролировалось с помощью специальных методик. Исследование проводилось на базе двух центров в США (Стэнфорд и Колумбия), где работа психотерапевтов еженедельно анализировалась опытными специалистами. Кроме этого, за ходом каждого вмешательства независимо и постоянно наблюдал разработчик методик и руководитель первого исследования в Оксфорде Фэйрберн. В-третьих, проводилось детальное и всестороннее диагностическое исследование, в частности использовалось Полуструктурированное интервью для исследования нарушений пищевого поведения (*Eating Disorder Examination, EDE*), которое принято считать «золотым стандартом» диагностики РСПП (Wilson, 1993).

Несмотря на свои сильные стороны, это исследование не было лишено и недостатков. Вероятно, наиболее существенным из них было отсутствие третьего контрольного вмешательства, которое позволило бы учесть временной фактор и неспецифическое влияние психотерапии. На самом деле, так как не было выявлено статистически значимых различий при проспективном наблюдении, нельзя делать выводов о специфических долгосрочных эффектах. В отсутствие контроля неспецифических эффектов терапии также невозможно со всей определенностью судить о том, оказывает ли МЛТ какое-то специфическое терапевтическое действие. Вместе с тем результаты предыдущего контролируемого сравнительного исследования МЛТ и КПТ показали заметное преимущество этих видов терапии над чисто поведенческой формой КПТ, которая предполагала такой же по времени контакт с психотерапевтом и не отличалась от КПТ и МЛТ по показателям ожиданий пациента и приемлемости. Эти результаты позволяют сделать вывод о том, что МЛТ скорее всего оказывает специфическое действие при НБ.

Контекст психотерапии

Условия

КПТ при НБ обычно проводится амбулаторно. Индивидуальное вмешательство, по-видимому, наиболее распространено в клинической практике, хотя в нескольких исследованиях КПТ проводилась в группах. Лишь одно исследование было

посвящено прямому сравнению индивидуальной и групповой форм КПТ (Chen et al, 1999). Это контролируемое исследование, в котором рекомендации Фэйрберна с коллегами были адаптированы для использования в закрытых группах по 5–6 пациенток, показало, что индивидуальное вмешательство было гораздо эффективнее в плане снижения переедания и рвоты, чем групповое (Fairburn et al, 1993). Как указывают Чен с коллегами, это наблюдение противоречит часто высказываемому мнению о равной эффективности групповой и индивидуальной КПТ (Chen et al, 1999).

Вмешательства с использованием групповой КПТ проводились в сравнительно однородных выборках пациенток, отвечавших формальным диагностическим критериям для НБ. Более традиционные групповые психотерапевтические вмешательства в гетерогенных группах, включавших пациенток с различными расстройствами приема пищи, также встречаются в клинической практике. По нашему клиническому опыту, однако, часто наблюдаются существенные различия среди пациенток с АН, НБ РСПП, которые сказываются на ходе клинического вмешательства и реагировании на него, что создает множество проблем в таких смешанных группах. Групповую КПТ целесообразно проводить с пациентами, которым был поставлен один диагноз.

Существует несколько показаний для госпитализации пациенток с НБ, в частности, если пациентка страдает выраженной депрессией и не может проходить терапию амбулаторно или же налицо риск суицида. Еще одно показание — наличие серьезных медицинских осложнений, например выраженных электролитных нарушений. Подобные осложнения редко встречаются у пациенток с нормальной массой тела при НБ, и большинство из них могут проходить вмешательство амбулаторно. Часто даже в условиях стационара пациентки перед началом программы проходят скрининг на электролитные нарушения. В принципе, мы, следуя консервативному подходу, рекомендуем делать соответствующие анализы всем пациентам с расстройствами приема пищи. Третьим показанием для госпитализации пациентки является неуспех интенсивной программы амбулаторного вмешательства. Более строгое наблюдение за пациентами в условиях стационара позволяет произвести прямую коррекцию пищевого поведения.

Характеристики пациентов

Как уже отмечалось, большинство пациентов с НБ и НА — женщины. Среди пациентов с РСПП женщины также оказываются в большинстве; в отличие от НБ и НА, однако, в этой группе гораздо больше мужчин (Spitzer et al, 1992). О мужчинах, страдающих НБ, известно сравнительно мало. Среди них выше ожидаемой оказывается распространенность гомосексуализма, что связано с более сильными нарушениями психосексуального развития, чем у женщин с тем же расстройством (Fichter & Hoffman, 1990). Тем не менее наш клинический опыт полностью согласуется с публикациями на эту тему, которые указывают на то, что у пациентов и пациенток с НБ больше сходства, чем различий.

Распространенность НА и НБ среди афроамериканок ниже, чем среди белых американок (Hsu, 1990), возможно потому, что первые имеют более позитивные представления о своей внешности и меньше стремятся быть стройными (Miller et al, 2000). По данным других авторов, распространенность повторного переедания среди американок разной этнической принадлежности вполне сопоставима

(Striegel-Moore & Smolak, 1996). Клинические наблюдения, касающиеся азиатских стран, показали отсутствие дисфункциональной озабоченности собственной фигурой и массой тела в типичных случаях НА (Lee, Ho, & Hsu, 1993). Исходя из этих данных, *АПА* в своих рекомендациях по терапии расстройств пищевого поведения призывает к использованию «культурно гибких диагностических критериев, позволяющих выявить и корректировать многие "атипичные" случаи, которые могут отражать специфические проявления расстройств пищевого поведения в незападных обществах» (*American Psychiatric Association*, 2000, p. 30).

Большинство пациенток обращаются по поводу вмешательства при НБ в старшем подростковом или молодом взрослом возрасте (Hsu, 1990). Пациентки с НА часто более молодые, а страдающие РСПП, как правило, старше. Средний возраст пациенток с РСПП в клинических выборках составляет 40 лет и чуть старше.

Характеристики психотерапевта

При всех видах КПТ обязательное условие — установление между психотерапевтом и пациенткой эффективных терапевтических отношений. Психотерапевту необходимо завоевать доверие и уважение пациентки. Успех КПТ в значительной степени зависит от желания пациентки активно принимать участие в программе и выполнять домашние задания. Во время КПТ при НБ пациенткам предлагается делать то, что в корне расходится с их убеждениями и представлениями о питании и регуляции массы тела. В частности, им предлагают есть регулярно, три раза в день, причем питание должно быть сбалансированным, а пропускать приемы пищи и резко ограничивать себя в еде нельзя. Многие пациентки опасаются, и это понятно, что их вес увеличится, а ведь этого им так не хотелось бы! Пациентки не станут рисковать и менять режим питания, если испытывают недоверие к своему психотерапевту и он не сможет убедить их в безопасности этого.

Пациентки с РСПП часто стыдятся своего поведения и чрезвычайно восприимчивы к знакам неодобрения или отвержения. Соответственно пациентка должна чувствовать, что психотерапевт принимает ее и понимает ее проблемы.

Влияния половой принадлежности психотерапевта на исход вмешательства установлено не было. Гораздо важнее, может ли психотерапевт проявить заботу, сумеет ли наладить отношения с пациенткой, обладает ли техническими навыками. Психотерапевты должны пройти специальную подготовку по проведению терапии при РСПП и знать их природу. Для КПТ оптимальным является такое сочетание, когда психотерапевт хорошо владеет методикой КПТ при клинических проблемах в целом и имеет при этом специальную подготовку в области применения этих принципов и техник к расстройствам приема пищи.

В идеале психотерапевты должны быть специалистами в области терапии расстройств пищевого поведения, а не специалистами общего профиля, применяющими какой-либо общий подход ко всем пациенткам независимо от их диагноза. Терапевты должны знать о биологических проблемах, сопутствующих этому расстройству, чтобы в случае необходимости скорректировать вмешательство или направить пациентку к другому специалисту. Кроме того, необходимо знать о способах регуляции массы тела и процессах, управляющих соблюдением диеты, перееданием и очищением ЖКТ. Наконец, надо обладать достаточным клиническим опытом и уметь выявлять, а в случае необходимости и лечить сопутству-

ющую психопатологию, в частности депрессию и злоупотребление психоактивными веществами. Клинические психологи и психиатры с соответствующей подготовкой — те специалисты, которые, как правило, обладают необходимыми знаниями и навыками.

КПТ для неспециалистов

В некоторых случаях специалисты, которые по роду своей деятельности далеки от КПТ, например диетологи и врачи по гигиене питания, тоже могут применять когнитивно-поведенческие принципы изменения поведения для лечения расстройств пищевого поведения (Wilson et al., 2000). Речь идет, например, о стратегиях самопомощи. Предварительные исследования говорят о том, что для определенной части пациенток сНБиРСПП эффективны краткосрочные и недорогие вмешательства по типу направляемой самопомощи (Fairburn & Carter, 1997). Этот подход применялся в хорошо контролируемом исследовании, посвященном терапии женщин с РСПП (Carter & Fairburn, 1998). В течение 12 недель участницы либо получали вмешательство, основанное на использовании руководства Фэйрберна под наблюдением психотерапевта (Fairburn, 1995), либо оказывали самопомощь в чистом виде в соответствии с письменными рекомендациями, либо не получали никакого вмешательства (контрольная группа «листа ожидания»). Основная цель исследования состояла в оценке эффективности самопомощи, которую предполагалось внедрять в офисах семейных врачей или через средства массовой информации. В связи с этим направляемое вмешательство по типу самопомощи проводилось терапевтами-неспециалистами («фасилитаторами»), не имевшими клинического образования. Фасилитаторы работали в учреждениях первичной помощи и прошли минимальную подготовку по проведению вмешательства. Как обычно бывает в повседневной клинической практике, от фасилитаторов не требовалось точного соблюдения принципов проведения вмешательства. Пациентки, находившиеся на «листе ожидания» (контрольная группа), методом случайной выборки были распределены в две группы, в каждой из которых в течение 12 недель проводилось одно из двух видов вмешательства, затем в течение более длительного времени проводилось сравнение с двумя группами самопомощи. Оба активных вмешательства привели к заметному снижению переедания, что сохранялось на протяжении шести месяцев проспективного наблюдения. Оба вида терапии превосходили по эффективности группу контроля, однако между ними не было выявлено различий по снижению частоты приступов переедания и общей психопатологии в течение 12 недель. За девять месяцев исследования частота переедания во всей выборке уменьшилась более всего после направляемой самопомощи. Второй подход, которым могут воспользоваться неспециалисты, прошедшие соответствующую подготовку, — психологическое просвещение. Цель психологического просвещения — нормализация режима питания и устранение чрезмерной озабоченности собственной фигурой и массой тела с помощью рекомендаций; оно включает элементы собственно просвещения о когнитивно-поведенческими стратегиями. Например, группа исследователей (Davis, Olmsted, & Rockert, 1990) разработала программу психологического просвещения, включавшую пять 90-минутных групповых сессий, которая показала лучшие результаты, чем были в группе «листа ожидания». Однако эта программа была менее эффективна, чем более длительный курс индивидуальной КПТ (19 сес-

сий). Тем не менее для группы пациенток с менее выраженной симптоматикой нарушения пищевого поведения и сопутствующей психопатологией групповая программа психологического просвещения оказалась достаточно эффективной (Olmsted et al, 1991).

Третий подход включает упрощенный вариант КПТ. Оценивая эффективность этого подхода, Уоллер с коллегами (Waller et al, 1996) разработали сокращенную версию КПТ — восемь 20-минутных сессий, которые могут проводиться в рамках оказания пациентам первичной помощи, в том числе непрофессиональными психотерапевтами. Компоненты КПТ, требующие специальной подготовки (в частности, когнитивное реструктурирование) были опущены. Такое сокращенное вмешательство оказалось эффективным для некоторых пациенток. Пациентки, не отреагировавшие на терапию и страдавшие в данном исследовании другими психическими проблемами (Waller et al, 1996), были направлены на более интенсивное вмешательство под руководством специалистов.

Диагностическое исследование

Клиническое интервью

Клинические интервью широко используются для оценки выраженности приступов переедания у пациентов. Они сильно различаются по степени структурированности и преимущественной активности исследователя или респондента. Наиболее известное клиническое интервью для оценки специфической психопатологии расстройств пищевого поведения — это уже упоминавшееся интервью *EDE* (Fairburn & Cooper, 1993). Оно часто используется в клинических и эпидемиологических исследованиях в Северной Америке, Европе и Австралии, переведено на несколько языков.

Интервью *EDE* дает клиницисту несколько преимуществ (Rosen, Vara, Wendt, & Leitendetails). Во-первых, это великолепная надежность и валидность. Во-вторых, оно позволяет непосредственно оценить диагностические критерии всех расстройств приема пищи. В-третьих, оно обеспечивает широкое и глубокое исследование основных признаков НБ и других расстройств приема пищи, в чем ему нет равных.

Повторное «переедание» является диагностическим критерием не только НБ, но и НА, подтипа с перееданием/очищением ЖКТ, а также РСПП (*American Psychiatric Association*, 1994). Интервью *EDE* содержит наиболее подробную и всеобъемлющую схему классификации различных форм переедания. В интервью *EDE* выделяется четыре формы переедания в зависимости от того, насколько в действительности велико количество потребляемой пищи (объективное переедание) и испытывает ли сам человек ощущение утраты контроля (булимические эпизоды). Эти различные стереотипы реального и субъективно воспринимаемого переедания не исключают друг друга, а данные исследований говорят о том, что пациентки с НБ и страдающие ожирением пациентки с РСПП могут иметь как объективные, так и субъективные булимические эпизоды.

В отличие от большинства опросников, построенных по типу самоотчетов, интервью *EDE* определяет переедание и гарантирует, что психотерапевт и пациентка будут иметь одинаковые представления о ключевых понятиях. «Большое ко-

личество» пищи определяется интервьюером в соответствии с тем, что в тех или иных обстоятельствах большинство других людей сочло бы необычайно большим количеством. Интервьюер задает ряд уточняющих вопросов, чтобы составить представление об этом. «Утрата контроля» определяется как неспособность противостоять эпизоду переедания или прекратить употреблять пищу. Бесконтрольное потребление объективно больших количеств пищи считается перееданием по *DSM-IV*.

* За последние четыре недели случалось ли так, чтобы вы, глядя на свою фигуру, изменяли собственное представление о себе?

* Если вообразить себе все те вещи, которые влияют на ваше восприятие себя — ваши успехи в работе, в воспитании детей, ваш брак, общение с другими людьми, — и расположить все это в порядке значимости, на каком месте окажется ваша фигура?

Если за последние четыре недели ваша фигура каким-либо образом изменилась бы, повлияло бы это на ваше отношение к себе?

Для вас важно, чтобы ваша фигура не менялась?

(Оцените степень важности собственной фигуры для респондента и отметьте это на его схеме самооценки. Чтобы это оценить, следует провести сравнение с другими важными аспектами жизни респондента, значимыми составляющими в его схеме самооценки, в частности, качество взаимоотношений с другими людьми, воспитание ребенка, успехи на работе или в проведении досуга. Не прибегайте к оценкам типа «отчасти», «умеренно» или «в высшей степени». Если респондент считает собственную фигуру и массу тела одинаково значимыми и «в высшей степени» важными, оценить на 6 этот пункт и пункт «важность массы тела».)

0 — Неважно

1 —

2 — Отчасти важно (определенно является аспектом самооценки)

3 —

4 — Умеренно важно (определенно один из основных аспектов самооценки)

5 —

6 — В высшей степени важно (ничто так не важно в схеме респондента для оценки себя)

Форма 8.1. Стандартизированная оценка личностной значимости собственной фигуры и массы тела: пункт «важность фигуры» из исследования нарушений пищевого поведения (*EDE*), 12-е издание. Вопросы со звездочкой следует задать обязательно. Из Fairburn and Cooper (1993). Copyright 1993 by The Guilford Press. Воспроизведено с разрешения

Произвольный вызов рвоты и злоупотребление слабительными диагностировать достаточно легко, намного сложнее выявить строгое соблюдение диеты. Хотя *DSM-IV* в отличие от *DSM-III-R* не требует критерия соблюдения диеты как неадекватного компенсаторного поведения при переедании, этот фактор важно учесть, чтобы составить полную клиническую картину режима питания и установок в отношении приема пищи у данной пациентки. Это особенно необходимо, если планируется проведение КПТ, так как соблюдению диеты придается значение в когнитивно-поведенческой модели НБ. Интервью *EDE* позволяет провести детальный анализ ограничения в еде, включая пропуск приемов пищи, избегание тех или иных продуктов, склонность к подсчету энергетической ценности пищи и соблюдению установленных для себя норм калорийности, реакции на превыше-

ние таких норм. Также исследуется взаимосвязь между настроением и отношением к пище.

Нарушенные установки, связанные с собственной массой тела и фигурой, представляют собой определенные диагностические критерии для НБ и НА. Вместе с тем они редко определяются и подвергаются систематической оценке. Интервью *EDE* дает подробную информацию об установках, связанных с массой тела и фигурой. Шкала озабоченности массой тела включает в себя пять пунктов (важность массы тела, реакция на взвешивание, озабоченность собственной фигурой или массой тела, неудовлетворенность массой тела, погоня за уменьшением массы тела); подшкала озабоченности фигурой включает в себя восемь пунктов (важность фигуры, озабоченность собственной фигурой или массой тела, неудовлетворенность своей фигурой, боязнь поправиться, ощущение дискомфорта при взгляде на себя в зеркало, избегание смотреть на себя, ощущение себя толстой, желание иметь плоский живот). В форме 8.1 представлен пункт интервью *EDE* «важность фигуры».

Основной недостаток интервью *EDE* заключается в том, что для его проведения необходима специальная подготовка, а занимает оно час и более. Тем не менее многочисленные подробности, которые можно узнать из интервью, в сочетании с интенсивным взаимодействием с пациенткой во время его проведения помогают психотерапевту лучше понять проблемы пациентки и особенности расстройства ее пищевого поведения.

Опросники-самоотчеты

Целый ряд различных опросников используется для оценки общей психопатологии у пациенток с РСПП. Вот два из наиболее распространенных: Опросник расстройств пищевого поведения (*Eating Disorders Inventory-2, EDI-2*; Garner, 1991) и Шкала приступов переедания (*Binge-eating Scale, BES*; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982). Опросник *EDI-2* дает психометрически достоверные показатели психопатологии при НА и НБ. Шкала *BES* широко используется для оценки переедания у пациенток, страдающих ожирением (Marcus, 1993). Эти опросники дают широкий спектр симптоматики нарушений пищевого поведения, позволяя судить о тяжести отдельных симптомов; однако с их помощью невозможно прямо измерить частоту явного, четко определенного переедания, что требуется для постановки диагноза, планирования терапевтических вмешательств и наблюдения за прогрессом и исходом терапии (Wilson, 1993). Исследования показали, что шкала *BES* слабо коррелирует с «золотым стандартом» диагностического исследования, а именно интервью *EDE*, из-за высокой частоты ложно-положительных результатов (Greeno, Marcus, & Wing, 1995).

Более полезным представляется Опросник для исследования нарушений пищевого поведения (*Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q*), версия интервью *EDE*, построенная по типу самоотчета (Fairburn & Beglin, 1994). В целом исследования продемонстрировали хорошую сопоставимость *EDEnEDE-Q*, хотя опросник дает более высокие показатели психопатологии нарушений пищевого поведения. Опросник *EDE-Q* может применяться для оценки клинического прогресса и исхода у пациенток с НБ или РСПП (Fairburn & Beglin, 1994; Grilo, Masheb, & Wilson).

Широко используется в исследованиях РСПП Трехфакторный опросник потребления пищи {*Three-factor Eating Questionnaire*; Stunkard & Messick, 1985), который состоит из 51 пункта и имеет три подшкалы, полученные в результате факторного анализа шкалы в целом: когнитивные ограничения, растормаживание потребления пищи и субъективное чувство голода. Подшкала растормаживания употребления пищи, по которой измеряется количество употребленной еды в ответ на эмоциональные стимулы, хорошо дифференцирует страдающих ожирением пациенток, склонных и несклонных к перееданию.

Самонаблюдение

Метод самонаблюдения незаменим при проведении КПТ вообще, а при КПТ при расстройствах пищевого поведения его значение невозможно переоценить. Он обычно включает ведение пациентками специальных дневников или заполнения анкет самонаблюдения, в которых отмечается потребление пищи и жидкости в течение дня, обычно за неделю. В форме 8.2 представлен пример такой анкеты самонаблюдения. Пациенток следует также попросить заносить сведения о приеме пищи непосредственно после еды, чтобы результаты были максимально точными. Обязательно следует разъяснить цель самонаблюдения и его важность для диагностики и вмешательства. Необходимо проанализировать и предупредить все вероятные препятствия для самонаблюдения.

Самонаблюдение дает психотерапевту сведения о текущем режиме питания, включая приступы переедания и очищение ЖКТ, а также о тех обстоятельствах, при которых это происходит. Непосредственные причины или предпосылки приступов переедания становятся ясны в процессе анализа записей пациентки относительно ситуаций, в которых происходили такие эпизоды. Самонаблюдение также дает информацию, на основании которой можно судить о том, когда и где произошел эпизод; что при этом ощущала, думала, делала пациентка, а также о природе межличностного контекста. Эта информация чрезвычайно важна для КПТ: на ее основании производится отбор и когнитивных и поведенческих стратегий (Wilson & Vitousek, 1999).

Самонаблюдение, которое обычно вводится во время первой сессии КПТ, представляет собой нечто большее, чем метод оценки проблем, связанных с приемом пищи. Это прототип домашнего задания, который позволяет пациентке активно включиться в работу. Таким образом, самонаблюдение служит катализатором терапевтических изменений. Самонаблюдение не только проливает свет на взаимосвязь между проблемным поведением и параметрами, оказывающими влияние на это поведение, но и закладывает фундамент самооценочных реакций как части более совершенного процесса саморегуляции (Wilson & Vitousek, 1999).

Процесс вмешательства

Широко распространенное в наше время в Северной Америке, Европе и Австралии вмешательство КПТ при НБ берет свое начало непосредственно от первых разработок Фэйрберна в начале 1980-х гг. Публикация подробного руководства по проведению вмешательства заметно ускорила распространение КПТ и контролируемых исследований его эффективности (Fairburn, 1985).

ОТЧЕТ О ЕЖЕДНЕВНОМ ПРИЕМЕ ПИЩИ

Имя _____ День недели _____ Дата _____

Время	Потребленная пища и жидкость	Место	Еда (Е)	Обстоятельства
			Перекусывание (П) Приступ переедания (ПП) Прием слабительных (ПС)	
10 часов утра	2 чашки кофе с нежирным молоком Полбулочки	По дороге на занятия	Е	Спешила, но могла себя контролировать
13 часов	1 груша	Комната	П	
19 часов 30 минут	Большой пакет чипсов Большая булка с черникой Салат 4 куса хлеба Пачка шоколада M&Ms Арахисовое масло и сэндвич с мармеладом	Комната	ПП ПС	Вернулась с занятий, голодная и озабоченная; с чувством подавленности и безнадёжности – зачем я продолжаю это делать? Я так старалась вести себя хорошо
23 часа	3 куса хлеба 15 г крекеров Изюм Четверть баночки арахисового масла	Комната	ПП ПС	Автоматическая реакция на время дня. После предыдущего приступа сохраняется подавленность, неспособность себя контролировать
1 час ночи	15 крендельков с солью Стакан апельсинового сока	Комната	П	Читала: чувствовала себя опустошённой после слабительных.

Форма 8.2. Пример анкеты самонаблюдения (таблица)

Курс КПТ, описанный Фэйрберном, состоит из 19 сессий индивидуальной психотерапии и длится около 20 недель (Fairburn, 1985). Вмешательство ориентировано на решение проблемы и фокусируется преимущественно на настоящем и будущем. Оно проходит в три этапа. Первый этап включает психологическое просвещение о природе НБ и подходе КПТ. Разъясняется когнитивная точка зрения на поддержание и изменение этого расстройства, а также показывается ее приложение к актуальным проблемам пациентки. Обсуждаются структура и задачи вмешательства. Подробно анализируется информация о питании и регуляции массы тела, рассказывается об их важности для устранения нарушений пищевого поведения. Вводятся ключевые поведенческие техники. Иницируется самонаблюдение с целью уточнить пищевые привычки и выявить ситуации, которые предшествуют приступам переедания и очищению ЖКТ. Для уменьшения числа

приступов переедания и для нормализации питания используются и другие саморегуляторные стратегии, например контроль стимулов. Главная задача на этом этапе — приучить пациентку питаться трижды в день, причем пища должна быть полноценной и здоровой.

Хотя акцент на этом начальном этапе делается на изменении поведения, психотерапевт регулярно возвращается к обсуждению когнитивных представлений о НБ, увязывая их с конкретными проблемами пациентки. Например, «если эпизод переедания был спровоцирован нарушением диеты, это можно использовать и указать пациентке на то, что стремление строго следовать диете делает ее уязвимой к приступам переедания. Цель в том, чтобы помочь пациентке понять механизмы, провоцирующие проблемы питания, и признать необходимость как поведенческих, так и когнитивных изменений» (Fairburn et al, 1993, p. 375).

Второй этап преимущественно когнитивный. Применяются техники первого этапа, а также процедуры для уменьшения ограничений в еде и развития когнитивных и поведенческих навыков противодействия приступам переедания. Этот когнитивный подход был разработан на основе предложенной Бекон (Beck, 1976) когнитивной терапии при депрессии. Пациенток обучают выявлять и изменять дисфункциональные мысли и установки, касающиеся собственной фигуры, массы тела и питания. Когнитивные изменения достигаются за счет привлечения пациенток к участию в поведенческих экспериментах, разработанных для оспаривания их дисфункциональных допущений.

На третьем этапе акцент смещается на стратегии профилактики рецидивов, нацеленные на поддержание достигнутых в ходе вмешательства изменений (Maglatt & Gordon, 1985). Кроме исключительных случаев (в частности, при риске суицида), КПТ проводится в амбулаторных условиях. КПТ может проходить и в условиях стационара, однако в этом случае вмешательство должно быть продолжено и после выписки, так как пациенткам нужно помочь научиться регулировать свое питание и справляться со специфическими ситуациями высокого риска приступов переедания и очищения ЖКТ.

Подход может быть гибко применен в зависимости от ситуации. Например, варианты предложенной Фэйрберном (Fairburn, 1985) программы вмешательства были описаны рядом других авторов (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch, 1989; Walsh et al, 1997). Несмотря на это, все варианты КПТ при НБ характеризуются общностью целей вмешательства и применяемых техник. Руководство по терапии НБ, опубликованное Фэйрберном (Fairburn, 1985), было адаптировано для вмешательства по поводу повторных приступов переедания у пациенток, страдающих ожирением (Fairburn et al., 1993). Далее, в качестве иллюстрации вмешательства у пациентки с НБ описывается случай из практики, в котором использовалась адаптированная версия руководства (Fairburn, 1985) для контролируемого исследования (Wilson, 1989). Пациентка проходила амбулаторную программу вмешательства, состоявшую из 20 сессий, по поводу НБ в Нью-Йоркском психиатрическом институте (Колумбийский университет).

Случай из практики

К моменту обращения пациентка по имени Клэр, 26 лет, вот уже восемь лет страдала НБ. Некоторые детали были изменены в целях соблюдения конфиденциаль-

ности, а также для того, чтобы подчеркнуть типичные моменты такого рода вмешательств.

Диагностическое исследование

В данном случае вмешательство проводилось в контексте программного исследования в клинике расстройств приема пищи. Когда потенциальная пациентка обращается в клинику по поводу вмешательства, проводится краткий телефонный опрос с целью определить, отвечает ли ее состояние необходимым критериям для включения в клиническое исследование. Если да, пациентку знакомят с программой вмешательства; в случае согласия пациентки на участие в проекте проводится двухэтапное диагностическое исследование. В частности, проводится тщательное клиническое обследование, преследующее целью подтвердить диагноз НБ и составить представление о течении расстройства, а также его проявлениях. Кроме того, диагностируется сопутствующая психопатология, злоупотребление психоактивными веществами, а также семейный, медицинский и социальный анамнез. Наконец, осуществляется полное физикальное обследование, включая анализ крови и проверку на наркотики. Особое внимание уделяется электролитным нарушениям. Используются также опросники-самоотчеты.

Диагностика психического состояния пациентки производится клиницистом, имеющим опыт в проведении структурных интервью. Физикальное обследование выполняется психиатром. Таким образом, психотерапевт приступает к первой сессии, располагая гораздо более обширной информацией, чем в обычной клинической практике. Маловероятно, чтобы эти формальные процедуры были необходимы в клинической практике, однако перед началом вмешательства все же должна быть проведена тщательная оценка состояния пациентки.

Специфическая психопатология

На момент обращения Клэр жаловалась на «приступы переедания», которые случались приблизительно 10-15 раз в неделю. Пять из этих эпизодов переедания могли быть названы «приступами» по определению *DSM-IV* (т. е. неконтролируемое потребление пищи, которое другие люди сочли бы чрезмерным), а остальные 5-10 соответствовали тому, что в интервью *EDE* названо «субъективными булимическими эпизодами» (т. е. эпизодами потребления обычных количеств пищи, которые субъективно воспринимаются как не поддающиеся контролю). Субъективные приступы переедания обычно случались по вечерам в будние дни. Пациентка принимала слабительные примерно 10-15 раз в неделю, после каждого эпизода переедания. Если же она считала, что съела особенно «вредную пищу», она вызывала у себя однократную рвоту сразу же после переедания, выпивала много воды и еще раз вызывала рвоту, чтобы «очиститься».

Клэр добиралась на работу к 7.30 утра, поездом. Она съедала завтрак, который состоял из половинки тоста и кофе, уже на работе, примерно в 8.30 утра. Приблизительно один раз в две недели кто-либо из служащих офиса приносил к завтраку пончики или печенье. Клэр обычно съедала пончик или 5-6 печений, а потом принимала слабительное. Она часто пропускала завтрак, а в обед обычно ела салат, пищу или что-нибудь из китайской кухни. Примерно через два раза на третий она после обеда принимала слабительное. Клэр не перекусывала в течение дня, за исключением особых случаев в офисе, когда она позволяла себе «кусочек

торга, а потом принимала слабительное». После работы Клэр обычно направлялась прямо домой, где у нее случался приступ переедания с последующим приемом слабительного. В будние дни эти эпизоды переедания, как правило, были не особенно значительными. Наиболее часто во время приступов переедания Клэр потребляла соленую пищу, например кукурузные или картофельные чипсы, или кашу с молоком, сахаром и изюмом; четыре ломтика хлеба; три банки содовой. Клэр всегда принимала слабительное после этих эпизодов.

В выходные Клэр вставала примерно в 11 утра и тут же принималась за еду. Типичный приступ переедания <по утрам в выходные включал три-четыре тоста с сыром или джемом, кашу с молоком и сахаром, один-три пончика, булочку с мягким сыром и что-либо еще, что попадалось под руку. Затем она принимала слабительное и становилась под душ. «После всего этого я в течение нескольких часов чувствовала себя хорошо. Я ощущала себя чистой, словно до этого ничего не было». В выходные Клэр обычно съедала на обед сэндвич около 2-3 часов дня. Приступ переедания развивался примерно спустя час после ленча, она ела «все, что было в холодильнике». Ужин обычно начинался вполне благополучно и проходил в присутствии мужа и других родственников, которые заходили к ним в гости. Однако каждый второй такой ужин постепенно переходил в приступ переедания, затем, после того, как ушли гости, а муж заснул, следовал прием слабительных.

Типичный приступ переедания по выходным у Клэр включал четыре тарелки макарон с соусом и сыром, три куска чесночного хлеба, миску хлопьев и полчашки шоколадных чипсов с молоком, мороженое и три-четыре больших стакана содовой. Эти приступы обычно происходили в середине дня, когда муж уходил по делам. Однако Клэр сообщила, что приступы иногда случались и в присутствии мужа или когда она навещала свою мать, «я ничего не могла поделать... Моя семья знает об этом, но я этого стыжусь. Мне не хочется объедаться на глазах у всех... Мы не разговариваем на эту тему. Мама считает это табу... если только она не злится, тогда она устраивает мне разнос. Муж хочет, чтобы все было хорошо, поэтому на все его вопросы я отвечаю, что больше этого не делаю».

Во время приступов переедания Клэр, по ее словам, теряет над собой контроль: «Я как будто не ведаю, что творю. Здесь нет никаких эмоций. Я цепенею. Я просто делаю это, вот и все». Она описала свои переживания, связанные с приемом слабительных и рвотой следующим образом: «Я чувствую себя лучше, когда пища выходит из меня, но я ощущаю себя монстром, я очень одинока... мне плохо. Я не понимаю, как можно все это проделывать раз за разом». Хотя Клэр злоупотребляла слабительными на протяжении примерно двух с половиной лет до обращения за помощью, она прекратила их принимать, испугавшись однажды приступа тошноты и перебоев сердцебиения. Однажды она даже приняла мочегонное.

Клэр занималась своей физической формой нерегулярно, «урывками» и в момент обращения за вмешательством не делала никаких физических упражнений. Во время непродолжительных периодов физической активности она вставала в 3.30 ночи и полтора часа выполняла упражнения перед тем, как идти на работу. Она была чрезмерно озабочена собственной массой тела и выражала сильную неудовлетворенность своей фигурой, несмотря на то что ее масса тела была в пределах нормы. Она избегала покупать новую одежду, так как считала, что ей ничего не идет.

У Клэр появились приступы переедания и склонность к очищению ЖКТ в возрасте 18 лет, после того как она случайно услышала, как две девочки обсуждают свою приятельницу, страдавшую НБ. Клэр подумала, что переедание и очищение ЖКТ отвратительны, но вскоре сама решила попробовать. В течение первого года она соблюдала строгую диету или вызывала у себя рвоту. Потом она стала реже вызывать у себя рвоту, так как ей стало сложнее это делать. Когда ей стало легче вызывать спонтанную рвоту, частота рвоты возросла, что привело к значительному снижению массы тела; Клэр потеряла почти 15 фунтов, у нее развилась аменорея, причем один-два часа в день она занималась физическими упражнениями. Состояние Клэр в 20 лет около девяти месяцев отвечало диагностическим критериям НА. У Клэр не было сопутствующей психопатологии.

Семейный/социальный анамнез

Клэр выросла с родителями, старшим братом и старшей сестрой в пригороде крупного города. Когда Клэр было 12 лет, ее родители разошлись. Она описала их развод, как «вероятно, единственный трагический эпизод в моей жизни... Я чувствовала, что все изменилось... Я всегда была папиной дочкой, а после развода мы практически перестали видеться». После развода мать была вынуждена взять на себя большинство семейных расходов, поэтому ей пришлось больше работать. Клэр сообщила, что в этот период ей часто приходилось бывать дома одной и она чувствовала себя подавленной. У родственников в анамнезе отсутствовали указания на ожирение, расстройства приема пищи или другие психические расстройства.

В возрасте 23 лет Клэр вышла замуж за Тома, с которым она встречалась во время учебы в колледже. В возрасте 26 лет, когда Клэр обратилась по поводу вмешательства, она проживала с Томом в небольшой квартире в том же городе, что и ее мать. Она описала свои взаимоотношения с матерью как хорошие, но ей казалось, что в последние годы они отдалились друг от друга. Том много работал, часто уезжал в командировки. В результате она много времени проводила дома одна; она сообщила, что много раз во время приступов переедания чувствовала беспокойство за свои отношения с ним, но не смогла прояснить детали своего беспокойства. У них с Томом детей не было.

Ход вмешательства

Многие пациентки уже участвовали в тех или иных вмешательствах, в основном психодинамического направления. Такие вмешательства менее структурированы и директивны, нежели КПТ. Психотерапевту важно указать на некоторые различия между КПТ и этой более традиционной поддерживающей психотерапией. В частности, психотерапевт должен подчеркнуть, что сначала при КПТ необходимо выявить стереотипы переедания и очищения ЖКТ, а также факторы и условия, которые провоцируют и поддерживают существование этих стереотипов. Когда эти стереотипы и возможные предпосылки установлены, акцент смещается на выявление мыслей и чувств, связанных с этими эпизодами: это позволяет выработать стратегии преодоления ситуаций высокого риска. Следует обратить внимание пациентки на то, что КПТ работает по принципу «здесь и сейчас», а в центре внимания находятся актуальные проблемы, а не прошлые ситуации, сопутствовавшие появлению и поддержанию расстройства пищевого поведения.

Существенный компонент КПТ — это домашние задания, которые следует выполнять между психотерапевтическими сессиями. Необходимо объяснить пациентке, что выполнение домашних заданий является важнейшей составляющей психотерапии. Психотерапевт должен сделать акцент на том, что домашние задания дадут важный материал для понимания и решения ее конкретных проблем. То, сколько усилий пациентка приложит к выполнению домашнего задания, непосредственно связано с тем, сколько времени и внимания уделит ему психотерапевт на следующей сессии. Большинство сессий будут начинаться с разбора домашнего задания. На, время курса вмешательства пациентке следует выдать папку для хранения анкет. Это поможет ей следить за выполнением домашних заданий и хранить письменные рекомендации, а в случае необходимости психотерапевт с пациенткой всегда смогут вернуться к тому или иному домашнему заданию. Пациенткам предлагается взвешиваться не более одного раза в неделю.

Наконец, важно проинформировать пациентку о длительности психотерапевтических сессий (в нашей клинике — 45 минут) и продолжительности программы вмешательства (в нашей клинике — 20 сессий в течение пяти месяцев). Некоторые пациентки выражают беспокойство по поводу того, что этого времени недостаточно для избавления от расстройства приема пищи. Пациентке следует сказать, что восстановление личного контроля и нормального режима питания произойдет постепенно, ведь и расстройство приема пищи развилось у нее не сразу, и на это тоже нужно время. Она освоит ряд навыков, которые помогут ей стать психотерапевтом для самой себя после окончания курса лечения и продолжить изменяться в нужном направлении. Вместе с тем имеет смысл подчеркнуть, что если пациентка будет нуждаться в продолжении лечения, ей будут даны соответствующие рекомендации.

Сессия 1

Задачи

1. Установить раппорт.
2. Наметить программу вмешательства и поставить цели:
 - а) выявить стереотипы переедания;
 - б) обнаружить средовые, когнитивные и эмоциональные предпосылки;
 - в) нормализовать и стабилизировать стереотипы приема пищи;
 - г) освоить навыки аутотерапии/сотрудничества в процессе вмешательства.
3. Усвоить важность домашних заданий.
4. Ввести понятие иерархии ситуаций высокого риска.

Фрагмент сессии

- Т: Я знаю, что вы, прежде чем прийти сюда, уже встречались с несколькими людьми. Как вы смотрите на то, чтобы, наконец, начать терапию?
- К: Ну, теперь-то я довольна. Я знаю, что не должна этого чувствовать. То есть я знаю, что вы хотите мне помочь. Я имею в виду все эти многочисленные встречи, из-за которых мне пришлось ждать целую неделю, чтобы встретиться с вами.
- Т: «Не должны этого чувствовать»?

К: Ну, понимаете... я не должна злиться.

Т: На самом деле я высоко ценю то, что вы сообщили мне, что разочарованы. Я понимаю, нелегко пройти через все эти диагностические процедуры, включая встречи с разными людьми, ответы на множество вопросов (иногда не по одному разу), а затем еще неделю ждать начала самой терапии.

Давайте начнем с того, что я расскажу вам о структуре нашей с вами работы и о самом терапевтическом подходе. Всего будет двадцать сессий. Сначала будем встречаться два раза в неделю, так пройдет восемь сессий, затем — один раз в неделю. Наша основная задача — получить представление об имеющихся у вас проблемах с питанием. Мы уделим внимание как приступам переедания, так и вашему питанию вне этих приступов. По нашему опыту, человек, страдающий НБ, имеет проблемы с приемом пищи не только во время приступов. Особое внимание планируется уделить ситуациям, в которых вы обычно начинаете очень много есть. Мы называем их «ситуациями высокого риска». После определения этих ситуаций мы попытаемся представить себе, почему именно эти ситуации особенно трудны для вас. Иначе говоря, почему приступы переедания возникают именно в этих, а не в других ситуациях? Мы уделим внимание вашим чувствам и мыслям, возникающим в этот момент. Мы должны обнаружить взаимосвязь между вашими мыслями, чувствами и поведением, чтобы понять, какие факторы в настоящее время поддерживают вашу НБ, и внести соответствующие коррективы.

Прежде чем мы с вами начнем, мне хотелось бы сказать вам, что я буду взвешивать вас каждую неделю перед началом сессии. Вы следите за своим весом?

К: О да. Мне необходимо взвешиваться пять раз в день... перед тем как принять ут-ром душ, после душа и каждый раз до и после приступа переедания и приема слабительного.

Т: Как эти взвешивания влияют на вашу жизнь?

К: Ну, если я прибавляю в весе, я чувствую себя толстой. Иногда после этого начинается приступ переедания. Я знаю, это звучит нелепо, но иногда, когда вес уменьшается, у меня также начинается приступ, так как мне кажется, что я могу себе позволить лишние калории, не набирая при этом вес, — в качестве вознаграждения.

Т: Вы предполагаете, что можете позволить себе лишние калории и при этом не потолстеть.

К: Да. Не знаю. Во всяком случае, взвешиваться я не люблю.

Т: Именно поэтому я хочу предложить вам убрать свои весы подальше. Видите ли, ваш вес зависит от множества факторов — от фазы менструального цикла, времени дня, количества съеденной вчера соленой пищи, числа выполненных упражнений и так далее. В результате ваша масса тела будет колебаться в пределах нескольких фунтов вверх и вниз. Это вполне нормально, но вас это тревожит. Одна из задач нашей работы — научить вас спокойнее относиться к собственному весу и его неизбежным колебаниям. Поскольку мы собираемся скорректировать ваш режим питания, я собираюсь взвешивать вас здесь, чтобы мы могли следить, как меняется ваш вес, и обсуждать эти изменения. По мере того как ваше питание наладится и вы станете более спокойно относиться к приему пищи и своему весу, мы постепенно перейдем к тому, чтобы вы взвешивались дома. Итак, как вы относитесь к тому, чтобы на время убрать свои весы?

К: Я попытаюсь.

Т: Отлично. Тогда вернемся к тому, с чего начали: теперь мы знаем, что взвешивание для вас является ситуацией высокого риска, поскольку оно провоцирует приступ переедания.

К: Да, думаю, так оно и есть.

Т: Вот анкета, которую сначала мы заполним вместе, потом я попрошу вас заполнить ее в качестве домашнего задания на следующую сессию. Нужно составить список ситуаций, в которых вы считаете невозможным противостоять искушению съесть лишнее, тех, в которых вам всегда удастся справиться с этим искушением, а также ситуаций, которые могут закончиться по-разному. Как часто после взвешивания у вас возникает приступ переедания?

К: О, вероятно, в каждом втором случае.

Т: Хорошо. Итак, записываем: пятьдесят на пятьдесят. Как насчет прошлой недели? Какие ситуации спровоцировали у вас эпизоды переедания?

К: Ну, я практически всегда переедаю, когда прихожу с работы домой до того, как вернется муж.

Т: Практически всегда — это семьдесят пять процентов времени, больше, меньше?

К: Три из пяти вечеров.

Т: Хорошо, пойдем дальше. Какая ситуация всегда вызывает у вас приступ переедания?

К: Если мы с мужем ссоримся, и после этого он уходит из дома.

Т: Эту ситуацию укажем здесь. А какая ситуация никогда не вызывает приступов?

К: Я никогда не переедаю, когда хожу в ресторан с другими людьми, главным образом, потому что не смогу принять слабительное.

Т: Хорошо, итак у нас имеется несколько примеров. Мне хотелось, чтобы вы в качестве домашнего задания заполнили эту анкету. Укажите три-четыре ситуации в каждой колонке и сделайте это как для приступов переедания, так и для очищения ЖКТ. Когда мы с вами встретимся в следующий раз, мы обсудим вашу работу. Помимо ситуаций высокого риска, я бы хотела, чтобы вы указывали частоту, с которой вы переедаете и принимаете слабительные каждый день, используя этот дневник эпизодов расстройства. Такое ежедневное наблюдение чрезвычайно важно, потому что на основании этих данных мы сможем судить об изменениях, которые будут происходить с вами в процессе работы. Вначале это поможет выявить эпизоды, которые надо будет обсудить с точки зрения того, что происходит при приступе переедания и очищении ЖКТ, и, следовательно, определить стереотипы и ситуации высокого риска. Поскольку мы собираемся внести коррективы в ваше питание, необходимо внимательно наблюдать за проявлениями вашей склонности к перееданию и очищению ЖКТ, чтобы судить о действенности вмешательств и выявлять проблемные области.

Теперь подошло время сказать о необходимости выполнения домашних заданий. В перерывах между сессиями вы будете выполнять домашнее задание, которое даст нам важную информацию о ваших проблемах с перееданием и очищением ЖКТ. Иногда вам придется кое-что записывать. Иногда это будут эксперименты с новыми видами поведения. Следует регулярно выполнять домашнее задание — иногда это будет нелегко, но я бы хотела, чтобы вы приложили максимум усилий. На сессиях мы обязательно обсудим все проблемы, с которыми вы столкнетесь при выполнении заданий.

И последнее, что я хочу сделать сегодня, — это дать вам две статьи, с которыми вы ознакомитесь дома. Одна посвящена рвоте и злоупотреблению слабительными, а другая питанию, в том числе потреблению жиров и углеводов. При нашей следующей встрече мы обсудим эту информацию.

Домашнее задание

1. Составить иерархический перечень ситуаций высокого риска.
2. Прочитать статьи.
3. Заполнить дневник эпизодов переедания.

Сессия 2

Задачи

1. Разобрать домашнее задание:
 - а) дать позитивную обратную связь;
 - б) спросить, заметила ли пациентка какие-либо стереотипы или другие реакции на самонаблюдение;
 - в) подчеркнуть важность домашнего задания, если будет необходимо.
2. Рассмотреть иерархию ситуаций высокого риска для переедания и очищения ЖКТ.
3. Исследовать реакцию пациентки на собственный вес. Подчеркнуть важность ограничения числа самостоятельных взвешиваний.

Фрагмент сессии

Т: Итак, сегодня вы весите сто тридцать шесть фунтов. [У пациентки масса тела составляет 136 фунтов, что на один фунт больше, чем на сессии 1.] Что вы думаете по этому поводу? Как вы к этому относитесь?

К: Ужасно. Я должна весить минимум на десять фунтов меньше. Мне это даже нравится.

Т: Вам это нравится?

К: Да. Когда я столько вешу, я чувствую себя толстой и считаю себя неудачницей.

Т: Вы считаете себя толстой и неудачницей, оттого что весите сто тридцать шесть фунтов. Такое впечатление, что вы разочарованы, злы, возможно, опечалены. Поскольку нам с вами предстоит поработать над этими чувствами, я хочу научить вас различать мысли и чувства. Конечно, они тесно взаимосвязаны, но коль скоро мы хотим разобраться в причинах вашего переедания, нам следует знать, в чем именно заключаются проблемы, — в ваших мыслях, эмоциях или же и в том и другом.

Это не так-то просто, поэтому я хочу предложить вам не думать о том, много или мало вы весите до тех пор, пока не сможете контролировать потребление пищи. До этого момента трудно сказать, каким будет ваш вес. Кроме того, как я уже упоминала на прошлой неделе, у каждого человека вес колеблется до известных пределов. Мне хотелось бы, чтобы вы думали, что ваш вес колеблется в пределах пяти фунтов.

Другими словами, вы весите не сто тридцать шесть фунтов, а плюс-минус пять фунтов, то есть сто тридцать четыре — сто тридцать девять фунтов. Все, что лежит в этих пределах, не свидетельствует о значительных изменениях массы тела.

К: Мне будет нелегко это сделать. Боюсь, что мой вес увеличится.

Т: Знаю, что это непросто, но давайте помнить, что прибавка в весе на один фунт не то же самое, что на двадцать пять фунтов — мы называем это «преувеличением», чтобы подчеркнуть, что такое явление не заслуживает того внимания, которое ему уделяется.

К: Понимаю, что вы хотите сказать, но мне трудно постоянно держать это в голове.

Т: Теперь пришло время поговорить о той информации, которую вы получили в прошлый раз, я имею в виду статьи о рвоте и злоупотреблении слабительными, а также о жирах и углеводах. Я предполагаю, что движущей силой вашего стремления к очищению ЖКТ является ваше недовольство своим весом и желание противостоять приступам переедания. Что вы думаете по этому поводу?

В статье были описаны разрушительные последствия вызова рвоты и злоупотребления слабительными; разъяснялось, почему эти компенсаторные виды поведения не помогают контролировать массу тела. В соответствии с описанным циклом многие прибегают к рвоте, потому что хотят противостоять приступам переедания и снизить массу тела, но в действительности происходит обратное: при регулярном вызове рвоты или приеме слабительных возрастает потребление пищи, поскольку человек убежден, что нашел способ избавления от лишних калорий. В результате потребляется больше калорий, чем если не вызывать рвоту и не принимать слабительные. *

К: Мне кажется все это вполне правдоподобным, хотя я пока не могу убедить себя в том, что, перестав все это делать, не наберу вес.

Т: Я уверена в этом. Вы страдаете от приступов переедания и очищаете ЖКТ в течение восьми лет. Постепенно мы будем вносить изменения в ваш режим питания, двигаясь посильными для вас темпами, и вы сами убедитесь в том, что это правда. Сейчас мне хочется лишь заверить вас в том, что мы будем продвигаться вперед медленно, тщательно следя при этом за вашим весом и питанием, чтобы вы сами видели и понимали, что с вами происходит.

Давайте посмотрим на анкету иерархии ситуаций высокого риска, которую вы заполняли в качестве домашнего задания на сегодня, чтобы составить более точное представление о ваших текущих привычках, связанных с приемом пищи, — какие привычки связаны с вашим весом.

Сессия 2 начинается с того момента, на котором прервалась сессия 1, а именно с перечня ситуаций высокого риска переедания. Психотерапевт с пациенткой должны проработать каждую из оказавшихся в списке ситуаций и выяснить, в чем различаются ситуации, в которых пациентка передает и принимает слабительные, и ситуации, в которых она этого не делает. Одна из основных задач данного вмешательства — избавить пациентку от навешенного ею на себя ярлыка «булимия», подчеркивая, что переедание и очищение ЖКТ проявляются у нее далеко не всегда.

Т: Итак, давайте разберемся, действительно ли вы не можете контролировать себя «всегда», ведь есть множество ситуаций, которые не связаны с перееданием и очищением ЖКТ. Это чрезвычайно важно, потому что многие женщины, страдающие, по их мнению, «булимией», полагают, что вообще не могут контролировать свое питание. Эти проблемы связаны с «навешиванием ярлыков» и мышлением по типу «все или ничего». Другими словами, часто представления человека усугубляют проблему.

В своем перечне вы выделяете несколько типов ситуаций, которые связаны у вас с приступами переедания и вызовом рвоты. Какие вы можете назвать провоцирующие факторы, связанные с эмоциями?

К: Ну... когда я злюсь или разочарована чем-нибудь, я чувствую облегчение после приступов переедания и последующего приема слабительных, когда я одна. Или когда я ссорюсь с мужем. Своим поведением он выводит меня из себя, но я ничего ему не говорю.

Т: Это напоминает мне прошлую сессию, когда вы сказали мне, что не испытываете злости и разочарования оттого, что придется прекратить еще не начавшееся вмешательство. Это то же самое, что бывает с другими людьми. Вы сдерживаете свои чувства, потому что нехорошо злиться или испытывать какие-либо негативные эмоции?

К: Да, это постоянно со мной происходит. Помню, мама говорила мне, что я не должна злиться оттого, что мои родители развелись, я вообще не должна злиться, потому что это ни к чему хорошему не приведет... что я просто буду недовольна тем, что имею.

Т: Таким образом, вы рассказали, почему у вас не должно быть некоторых чувств, в частности гнева. Это прекрасный пример того, как наш прошлый опыт влияет на наши представления о жизни в настоящем. Вместо того чтобы вспоминать о том, что и как следует думать по конкретному поводу, имеет смысл задать себе вопрос, подтверждается ли эта точка зрения имеющимися в настоящее время фактами и текущим опытом, помогает ли она вам сейчас. У вас есть представление о том, что не следует выражать свой гнев, потому что это ни к чему хорошему не приведет, но давайте посмотрим, что происходит, когда вы сдерживаете проявления гнева. Вы удовлетворены последствиями этого?

К: Думаю, нет, но я не знаю, как мне теперь измениться.

Т: Постепенно мы подойдем к этому, но сначала мне бы хотелось, чтобы к следующей сессии вы добавили к перечню ситуаций высокого риска иерархический перечень эмоциональных состояний — какие эмоциональные состояния в большей или меньшей степени способствуют возникновению у вас приступов переедания и очищению ЖКТ. К уже перечисленным ситуациям добавьте те ощущения, которые вы в них обычно испытываете.

И последнее, чем я хотела бы сегодня с вами заняться, это заполнить так называемую анкету анализа решений (см. форму 8.3). Это поможет нам разобраться, почему вы хотите изменений, а также получить представление о некоторых препятствиях, которые мешают вам покончить с НБ самостоятельно. В первой колонке следует перечислить положительные краткосрочные последствия прекращения переедания. Во второй колонке — отрицательные краткосрочные последствия. В третьей колонке укажите положительные и в четвертой отрицательные долгосрочные последствия. Затем переверните анкету и перечислите последствия продолжения переедания и приема слабительных. Приложите максимум усилий, в следующий раз мы обязательно разберем, что у вас получилось.

Домашнее задание

1. Продолжить иерархический перечень ситуаций высокого риска и связанных с ними эмоций.
2. Заполнить анкету анализа решений.
3. Ежедневно вести дневник.

	Ближайшие последствия		Отсроченные последствия	
	позитивные	негативные	позитивные	негативные
Если я перестану переедать и принимать слабительные		»		
Если я продолжу переедать и принимать слабительные				

Форма 8.3. Анкета анализа решения. Адаптировано из Marlatt (1985). Copyright 1985 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения (таблица)

Сессия 3

Задачи

1. Разобрать домашнее задание.
2. Ввести понятие дисфункциональных мыслей:
 - а) установить связь между мыслями, эмоциями и видами поведения, как показано в ситуациях 50/50 в анкете иерархий высокого риска;
 - б) выявить 10 типов дисфункциональных мыслей, которые обычно возникают в ситуациях высокого риска. Пациентке дается перечень 10 когнитивных искажений и предлагается привести пример на каждое из первых пяти, используя мысли, возникшие у нее за последнюю неделю;
 - в) прояснить концепции дисфункционального и функционального стиля мышления в отличие от «иррационального» или «безумного» мышления (например, «Помогают вам эти мысли или же мешают?»).

Фрагмент сессии

- К: Последние несколько дней были особенно напряженными. У меня был приступ переживания в четверг, когда я пришла домой, он закончился только потому, что я легла спать. Муж всю неделю был в командировке. Мне всегда трудно оставаться дома одной, особенно если я возвращаюсь с работы в плохом настроении.
- Т: Значит, это еще одна ситуация высокого риска?
- К: Да, я часто переживаю по поводу работы. Моя начальница была недовольна мной, так как я не подготовила отчет вовремя. Я знаю, что она права, полдня перед сдачей отчета я потратила на приступы переживания и очищение ЖКТ. Я так беспокоилась о том, чтобы сдать все вовремя, что на самом деле подготовила отчет днем позже.
- Т: Хорошо, теперь мы знаем, что волнение является еще одним эмоциональным состоянием, которое провоцирует приступ.
- К: О да. И очень важным.
- Т: Давайте еще раз вернемся к анкете ситуаций высокого риска, обсудим другие чувства, которые возникают у вас в связи с этими эпизодами, и посмотрим, какие из них имели место в последнем случае переживания. Хорошо, у вас записано, что переживанию и приему слабительных часто предшествуют чувства гнева и подавленности. Кроме того, вы указали, что никогда не переживаете, если счастливы и спокойны. Вы пишете, что ощущение того, что муж должен больше бывать дома, может привести к разным исходам. «Ощущение, что муж должен больше бывать дома», в действительности, является мыслью. Вы думаете, что вашему мужу следует чаще бывать дома, а когда его нет, вы чувствуете...
- К: Я чувствую себя одинокой и покинутой. Я хочу сказать, что если бы он действительно меня любил, то постарался бы больше бывать дома. Не знаю, по его словам, он работает для семьи — мы хотим накопить денег и купить дом. Но мне часто кажется, ему интереснее бывать на работе, чем дома, со мной.
- Т: Это соображение отчасти спровоцировало последний приступ переживания?
- К: Да. Мне кажется, если бы дело было только в моей работе или только в муже, я бы справилась с собой, но мне не по силам две проблемы сразу.
- Т: Ладно, давайте проанализируем эту ситуацию и попробуем понять, каким образом ваши мысли способствуют возникновению проблемных ситуаций. Что касается работы, вы сказали, что так волновались по поводу своевременной сдачи отчета, что у вас начался приступ переживания и очищение ЖКТ. Что вы на это скажете?

К: Ну да, думаю, я перфекционистка. Мне хочется, чтобы все было сделано как можно лучше, иначе мне кажется, что все ужасно. А с этим отчетом... у меня просто не было нужной информации, чтобы сделать все, как следует, поэтому я откладывала со дня на день и дотянула до последнего. Тогда же у меня начался приступ переедания с очищением ЖКТ, я провела полвечера, пытаюсь доделать работу.

Т: Итак, на самом деле было два эпизода переедания: один из них — перед тем как вы сдали отчет, и другой — после того, как вы сдали его и вернулись домой, верно?

К: Да.

Т: О чем еще вы думали, когда эпизод переедания развился у вас на работе?

К: Я чувствовала себя полной неудачницей, потому что не справилась с заданием.

Т: Вы думали, что вы полная неудачница. Что вы имеете в виду, когда говорите, что не справились с заданием?

К: Ну, понимаете, я имею в виду этот злосчастный отчет.

Т: Вы сами сказали, что у вас не было всей необходимой информации, но была ли у вас хоть какая-то информация, чтобы подготовить часть отчета?

К: Да, в отчете всего четыре части. Мне не доставало информации для подготовки третьей части отчета.

Т: Итак, на самом деле у вас в распоряжении была практически вся необходимая информация, но в связи с тем, что у вас не было кое-каких данных для третьей части, вы сочли, что не справитесь с работой и чувствовали себя удрученной.

К: Да.

Т: Судя по тому, как вы описали ситуацию, у вас есть несколько способов рассмотрения ситуации, которые делают ее, по-видимому, еще более сложной для вас. У всех нас имеются правила, в соответствии с которыми мы судим об окружающей действительности, самих себе и своих переживаниях. Некоторые из этих правил, или идей, являются автоматическими, поэтому мы даже не всегда осознаем их, и уж тем более не оцениваем, какое влияние они на нас оказывают. Нам с вами предстоит разобраться в том, какие из ваших автоматических мыслей усугубляют ваши проблемы. Мы называем их «дисфункциональными мыслями», или «когнитивными искажениями».

Многие автоматические мысли полезны и важны для приспособления к окружающему миру. Возьмем, например, обучение езде на велосипеде. Когда вы впервые садитесь на велосипед, вам приходится думать о множестве вещей: как держать руль, как тормозить, как удерживать равновесие, куда смотреть и так далее. Когда же вы научились ездить, вы перестаете обо всем этом думать; все происходит само собой. Вы можете вспомнить о друге, сесть на велосипед и начать крутить педали, не думая о правилах езды. Такого рода автоматическое мышление чрезвычайно полезно. Благодаря ему мы усваиваем новые навыки и начинаем применять их не задумываясь, между делом. Иногда, однако, автоматические мысли приносят не пользу, а вред. Мы не станем подробно останавливаться на том, почему вы стали думать так или иначе, нас интересует главным образом то влияние, которое эти дисфункциональные мысли оказывают на вашу сегодняшнюю жизнь. Нам предстоит проанализировать эти мысли и оценить, насколько они обоснованы в настоящий момент. Возможно, представления о себе и о ситуациях, в которых вы оказываетесь, могут быть другими, более адаптивными.

Важно помнить, что, говоря о дисфункциональных мыслях и когнитивных искажениях, мы не обвиняем никого в иррациональности или отсутствии ума. Хотя иногда бывает трудно определить первоисточники тех или иных мыслей и представлений, люди часто знают, почему они думают именно так. Как правило, люди интерпретируют свой жизненный опыт некоторым образом и на его основе формируют представления о мире и о себе. Если у вас есть определенные

мысли, это не означает, что вы сошли с ума. Речь о том, помогают ли они вам сейчас. Из всех автоматических мыслей, которые управляют вашим поведением, какие точны, полезны и адаптивны, а какие дисфункциональны в том смысле, что не находят подтверждения в вашей сегодняшней жизни и лишь осложняют ситуацию?

Вернемся к приступу переедания, который случился с вами на работе; вы сказали, что предпочитаете делать все наилучшим образом или вообще не делать. Это типичный пример мышления по типу «все или ничего». Или на сто процентов хорошо, или никак.

Вы также назвали себя «волной неудачницей». Это еще один пример мышления по типу «все или ничего». Кроме того, это пример «навешивания ярлыков».

Давайте вместе прочитаем каждое из этих десяти когнитивных искажений. Это десять наиболее типичных ошибочных стереотипов мышления, которые встречаются у лиц с НБ. Вы можете сами найти среди них присущие вам стереотипы. Некоторые из них могут быть вам не свойственны. В течение нескольких последующих недель нам предстоит установить, какие стереотипы для вас наиболее характерны и какое влияние они оказывают на НБ.

Со временем мы перейдем к оспариванию выявленных дисфункциональных мыслей и попытаемся найти более адаптивные способы мышления. Ваши проблемы развились не за один день, поэтому не следует ожидать, что дисфункциональное мышление тут же исчезнет. Аналогичным образом выявление и преодоление дисфункциональных мыслей будет идти постепенно, в конце концов уйдут все мысли, чувства и виды поведения, которые приводят к булимии и поддерживают ее.

Я хочу, чтобы к следующей сессии вы выбрали как минимум по одному примеру на каждое из первых пяти когнитивных искажений. Кроме того, размышляя об эпизодах переедания/очищения ЖКТ, которые произошли на прошлой неделе, обращайтесь особое внимание на то, о чем вы думали перед началом эпизода. Посмотрите, нельзя ли выявить из этого списка некоторые дисфункциональные мысли, которые спровоцировали этот эпизод. Проанализировав прошлые эпизоды, попытайтесь выявить дисфункциональные мысли, которые могут возникнуть у вас накануне возможных в будущем эпизодов переедания до нашей очередной встречи. Мы обсудим ваши наблюдения в следующий раз.

Домашнее задание

1. Привести хотя бы один пример каждой из первых пяти дисфункциональных мыслей.
2. Попытаться выявить дисфункциональные мысли, связанные с эпизодами переедания/приема слабительных за прошлую неделю и за текущую неделю.
3. Вести пищевой дневник эпизодов переедания/приема слабительных.

Сессия 4

Задачи

1. Разобрать домашнее задание:
 - а) дать позитивную обратную связь;
 - б) обсудить примеры первых пяти дисфункциональных мыслей.
2. Определить дисфункциональные мысли с 6 по 10 номер, с примерами из прошедшей недели.

3. Ввести понятие оспаривания дисфункциональных мыслей:

- а) исследовать процесс идентификации и обозначения мысли с эмпирической проверкой: «Правда ли это? Какие факты свидетельствуют в пользу этой мысли?»;
- б) сформулировать функциональные, или адаптивные, сомнения в ответ на дисфункциональные мысли.

На сессии 3 у психотерапевта нет времени разбирать анкету принятия решений с пациенткой. Важно сделать это на одной из ближайших сессий, чтобы подчеркнуть значимость информации, содержащейся в анкете, а также дать почувствовать пациентке, что она не напрасно затратила столько усилия на выполнение домашнего задания. Если у психотерапевта нет времени на разбор домашнего задания на сессии, к которой оно было подготовлено, лучше сразу проинформировать об этом пациентку, заверив ее в том, что это будет сделано в ближайшем будущем.

Фрагмент сессии

Пациентка взвесилась по дороге в офис психотерапевта перед сессией 4. Она ве сила 135 фунтов.

Т: Что вы сейчас думаете о своем весе?

К: Я по-прежнему считаю, что я ужасно толстая. Я не люблю смотреть на себя в зеркало, даже когда я принимаю душ, я чувствую себя оскорбленной.

Т: «Чувствуете себя оскорбленной?»

К: Да. Я хочу сказать, что видела красивых стройных женщин, которые ходят по улицам, меня с ними не сравнить. Взгляните на меня. Муж утверждает, что ему нравится мое тело. Он любит меня такой, какая я есть, но я ему не верю. Я хочу сказать, что многие из тех женщин, с кем он работает, моложе и привлекательнее, чем я. И вообще, как он может находить меня привлекательной? Я чувствовала бы себя гораздо лучше, если бы мне удалось избавиться от десяти фунтов, но как я ни стараюсь, я опять набираю их за несколько дней.

Т: Что вы вкладываете с слова «как я ни стараюсь»? Что конкретно вы делаете?

К: Понимаете, я начинаю строго придерживаться диеты. Я веду себя хорошо. Я питаюсь исключительно здоровой пищей. Обычно на завтрак я ем фрукты, на обед богатую клетчаткой пищу и что-то нежирное, например рыбу, и китайские салаты на ужин. Я прекрасно себя при этом чувствую, но это длится недолго. В конце концов, меня приглашают на вечеринку или на деловой ужин. Я начинаю с того, что съедаю кусочек торта или слишком много хлеба, что оборачивается большим приступом переедания.

Т: Итак, идея заключается в том, что, соблюдая диету, вы хотите быть совершенной. А совершенство предполагает необходимость придерживаться строгой диеты, без всяких исключений. Никаких тортов. Никакого хлеба. Если съесть хоть кусочек, диета будет нарушена, значит, вы потерпели неудачу.

К: Да.

Т: Довольно жесткие условия.

К: А как еще мне снизить вес? Я себя знаю. Я не смогу ограничиться кусочком торта... если я его попробую, то захочу еще. Мне лучше и не пробовать.

Т: Я не уверена в этом. Взгляните, что происходит, когда вы пытаетесь полностью избегать такой пищи. Вы слишком себя ограничиваете, начинаете чувствовать себя обделенной, а потом развивается приступ переедания и очищения ЖКТ, если съедается «не та» пища. Кроме того, обратите внимание на свой вес. За прошедшие восемь лет он постепенно увеличивался.

К: Я только знаю, что стоит лишь начать есть эти продукты, как я тут же растолстею.

Т: Я думаю как раз наоборот. Пока какие-то продукты находятся для вас под запретом, проблемы с питанием и весом будут неизбежны. Пока мы к этому не готовы, но впоследствии я непременно попытаюсь оспорить эти автоматические мысли о питании и массе тела.

А теперь давайте вновь вернемся к иерархии ситуаций и эмоций высокого риска и анкете анализа решений. Пока нам известно только, что существуют определенные межличностные ситуации и эмоциональные состояния, с которыми вам трудно справляться и которые часто провоцируют приступы переедания. Мы также знаем из сегодняшнего разговора, что у вас есть некоторые представления о собственном теле и питании, а также способы, при помощи которых вы регулируете свое питание и которые делают вас уязвимой к приступам переедания и очищения ЖКТ.

Теперь давайте обратимся к анкете анализа решений и попытаемся установить, какую роль играет булимия в разрешении этих проблем, а также какие проблемы она создает. Другими словами, переедание и очищение ЖКТ что-то для вас значит, иначе бы вы этим не занимались. Итак, вот анкета анализа решений: что вы записали в столбцах в качестве негативных краткосрочных и долгосрочных последствий прекращения эпизодов переедания? Что вы потеряете, самое для вас важное, если прекратятся эти приступы и прием слабительных?

К *{просматривая список}*: Ну, одну вещь я потеряю точно, я указала ее здесь, я боюсь, что наберу вес. Я боюсь, что больше никогда не смогу есть свою любимую еду. Другим последствием будет то, что у меня появятся некоторые проблемы во взаимоотношениях, которых я сейчас старательно избегаю.

Т: Хорошо, итак, вы думаете, что наберете вес, если прекратите переедание и очищение ЖКТ. Вот эта мысль: «Если я прекращу переедать или, что более важно, перестану очищать ЖКТ, я растолстею». Это заставляет вас испытывать тревогу и страх, но все дело в том, что вы не знаете, что может произойти в действительности. За прошедшие восемь лет вы вели себя подобным образом, основываясь на этих мыслях и допущениях, но в действительности вы не знаете, что произойдет, если прекратить переедание и очищение ЖКТ. Это называется «ошибка предсказателя судьбы». *{Психотерапевт с пациенткой должны подробно разобрать все ситуации, перечисленные в колонке негативных последствий.}*

Т: Хорошо, теперь давайте разберем, какие проблемы создает булимия или, во всяком случае, какие проблемы мешает разрешить? Другими словами, что вы приобретете, отказавшись от переедания и очищения ЖКТ? Каковы будут позитивные краткосрочные и долгосрочные последствия прекращения переедания и очищения ЖКТ?

К: Я смогу больше общаться с людьми, потому что не буду бояться потерять над собой контроль.

Т: Вы сможете чаще бывать в обществе. Приходится ли вам сейчас избегать определенных ситуаций, потому что вы боитесь приступа переедания и необходимости принимать слабительные?

К: Да, я постоянно этого боюсь. Мне приходится часто отказываться от встреч с людьми, потому что у меня приступ или я только что приняла слабительное и плохо себя чувствую. Еще я указала здесь, что мои взаимоотношения с мужем, скорее всего, наладятся. Я имею в виду, что отпадет необходимость что-то от него утаивать.

Т: Итак, избавление от переедания и очищения ЖКТ должно положительно сказаться на ваших отношениях с другими людьми, однако в другом столбце вы указали, что оно приведет к проблемам, которых сейчас удастся избежать. Устра-

нение булимии не снимет все проблемы «автоматом», но это даст вам возможность попытаться с ними справиться, вместо того чтобы избегать их.

Психотерапевт с пациенткой должны подробно разобрать анкету анализа решений, пункт за пунктом. Кроме этого, следует иметь в виду, что наряду с точными представлениями о последствиях устранения булимии часто встречаются когнитивные искажения, которые существенно затрудняют вмешательство, если вовремя не обратить на них внимание.

Т: Поскольку мы проанализировали всю анкету анализа решений, теперь можно судить о том, что подталкивает вас к изменениям и что этому препятствует. Мы с вами нашли некоторые искажения в вашем мышлении, касающиеся булимии. Давайте начнем с этих искажений и попытаемся их оспорить. Можно для начала обратиться к тем из них, которые вы выявили самостоятельно при выполнении сегодняшнего домашнего задания. Мы вместе разработаем несколько функциональных, или рациональных, возражений, а дома вы продолжите сами.

Психотерапевту следует разобрать перечень когнитивных искажений, которые нашла у себя пациентка, и выбрать один-два примера, чтобы смоделировать процесс опровержения этих искажений для пациентки.

Т: Давайте рассмотрим такой пример: «Моя начальница разозлилась на меня за то, что я вовремя не сдала отчет. Я плохой работник, я неудачница». Давайте по очереди. Ваша начальница разозлилась. Почему вы так решили?

К: Она так сказала.

Т: Что именно она сказала?

К: Она сказала, что я должна была предупредить ее заранее о том, что не укладываюсь в срок. И чтобы впредь я поступала именно так.

Т: Хорошо. Итак, ей не понравилось, что вы не предупредили о задержке, и она сказала вам об этом. Означает ли это, что вы «плохой работник»?

К: Думаю, нет, но я это почувствовала.

Т: Какую когнитивную ошибку вы допустили?

К: Эмоциональные рассуждения?

Т: Правильно. Вы считаете себя неудачницей, и все тут. Что можно на это возразить?

К: Не знаю. Думаю, я не такой уж плохой работник.

Т: Почему вы так думаете?

К: Ну, я работаю там уже пять лет.

Т: А какого рода обратную связь вы получили? У вас были поощрения, продвижения по службе, повышение зарплаты?

К: Да. Люди говорят, что им нравится со мной работать, как мои начальники, так и коллеги.

Т: Итак, можно возразить в ответ на вашу мысль о том, что вы плохой работник, следующее: если вы в данный момент не справились с заданием, это еще не значит, что вы полная неудачница. Имеется множество доказательств обратного — вас ценят на работе. А теперь, услышав несколько неодобрительных слов, вы делаете вывод, что вы плохой работник. Как называется это искажение?

К: Преувеличение. А также навешивание ярлыков и мышление по типу «все или ничего».

Т: Верно. Попытайтесь оспорить это. Начните с этого вашего домашнего задания и продолжайте далее двигаться по списку дисфункциональных мыслей, которые вы здесь привели, а также обратите внимание на те мысли, которые стали явными при обсуждении анкеты анализа решения. Мне хотелось бы, чтобы вы записали

свои дисфункциональные мысли, выявили в них искажения и попытались их оспорить. Проведите мысленную дискуссию с собой или представьте себе, что подруга говорит вам нечто с когнитивным искажением. Что ей возразить? Как иначе можно взглянуть на ситуацию?

Домашнее задание

1. Привести примеры когнитивных искажений с 6 по 10 номер.
2. Выявить дисфункциональные мысли и факты, им противоречащие.
3. Продолжить ведение дневника эпизодов переживания/приема слабительных.

Сессия 5

Задачи

1. Разобрать домашнее задание:
 - а) обсудить примеры дисфункциональных мыслей с 6 по 10 номер и рассмотреть альтернативы им.
2. Ввести «Ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях» (далее — Отчет о дисфункциональных мыслях, ОДМ; см. форму 8.4).

Сессия начинается с разбора домашнего задания, акцент делается на выявленных дисфункциональных мыслях и их альтернативах. Как и многие другие пациентки, Клэр с трудом подбирала логичные и обоснованные аргументы для преодоления негативных чувств, связанных с дисфункциональными мыслями. Чрезвычайно важно, чтобы психотерапевт помог пациентке оспорить когнитивные искажения, подобрать такие возражения, которые оказались бы сильнее дисфункциональных мыслей. Обычно требуется приложить немало усилий, прежде чем пациентка научится самостоятельно подвергать сомнению свои иррациональные убеждения. Это центральное звено когнитивного реструктурирования в процессе КПТ при НБ.

Когда пациентка научится выявлять когнитивные искажения и подвергать их сомнению, начинается следующий этап работы — совместный поиск взаимосвязи этих искажений с ситуациями высокого риска, провоцирующими переживание и очищение ЖКТ. Один из основных инструментов в этой работе — ОДМ. Приведенный ниже фрагмент сессии 5 иллюстрирует введение ОДМ и начало работы с ним.

Фрагмент сессии

Т: ...Хорошо. Итак, нам удалось найти примеры нескольким когнитивным искажениям, которые наиболее типичны для вас и вызывают проблемы. Теперь нам необходимо проследить связь этих искажений с определенными ситуациями, особенно с теми, в которых у вас начинаются приступы переживания и очищение ЖКТ. Давайте заглянем в ваш дневник. Вы указали здесь, у вас был приступ переживания с последующим приемом слабительных вчера, после возвращения с работы. Рассмотрим эту ситуацию более подробно, используя так называемый отчет о дисфункциональных мыслях, или ОДМ. Мы будем пользоваться этой формой, чтобы лучше понять ситуации, провоцирующие у вас приступы переживания и прием слабительных, и при этом уделять внимание мыслям и чувствам, которые возникли у вас непосредственно перед эпизодом. Что случилось вчера?

Дата _____				
Ситуация	Эмоция(и)	Автоматическая мысль(и)	Рациональный ответ	Результат
Описать: 1) реальное событие, вызвавшее неприятное чувство (эмоцию) или 2) поток мыслей, фантазий, воспоминаний, приведших к появлению неприятного чувства	1. Конкретизировать печаль/тревога/гнев и т. д. 2. Оценить выраженность эмоций (1–100)	1. Записать автоматическую мысль(и), которая предшествовала эмоции. 2. Оценить уверенность в правильности этой автоматической мысли (0–100%)	1. Записать рациональный ответ на автоматическую мысль (мысли). 2. Оценить убежденность в его правильности (0–100%)	1. Повторно оценить убежденность в правильности автоматической мысли (0–100%). 2. Конкретизировать и оценить соответствующие эмоции (0–100)
Мы с другом начали обсуждать тему привлекательных качеств у мужчин и женщин. Я вдруг почувствовала себя толстой и подумала, что вряд ли я каюсь ему привлекательной, как он это утверждает	Печаль, гнев. 100%	Я толстая, и он никогда не будет считать меня привлекательной. Он будет более счастлив с другой женщиной. 100%	1. Конечно, он находит меня привлекательной. Мы вместе уже давно. Мне также нравятся некоторые качества других мужчин. Это ведь не значит, что я его не люблю или не нахожу привлекательным. 2. Нет людей, которые были бы полностью удовлетворены своей внешностью. 3. Переедание и рвота не помогут мне похудеть.	20% 30%

Пояснение. Когда вы испытываете неприятное чувство (эмоцию), укажите ситуацию, которая могла вызвать у вас это чувство. (Если чувство возникло во время размышлений, мечтаний, отметьте это.) Затем укажите автоматическую мысль, связанную с этим чувством. Оцените, в какой степени вы уверены в правильности этой мысли: 0% — абсолютно не уверена; 100% — уверена полностью. Выраженность эмоций: 1 — следовая; 100 — максимально возможная.

Форма 84. Пример заполненного Ежедневного отчета о дисфункциональных мыслях. Форма отчета позаимствована из Beck, Rush, and Emery (1979) (таблица)

К: Было восемь часов вечера, я только что пришла домой. Мне было грустно, потому что Тома не было, он должен был вернуться из командировки только на следующий день.

Т: Понятно. Таким образом, вы были дома одна после длинного рабочего дня. Мы записываем это в первом столбце. Во втором столбце надо записать ваши чувства. Вы сказали, что вам было грустно; что еще?

К: Я плохо себя чувствовала, потому что Том не позвонил мне на работу... обычно он звонит перед отъездом. Т: Плохо себя чувствовали — что вы имеете в виду? К: Думаю, я была подавлена и чувствовала злость. Т: Ладно, подавленность и злость записываем в столбец два. Еще что-нибудь? К: Я немного беспокоилась. Т: Вы беспокоились? К: Да. Я отдала начальнице свой отчет и не была уверена, что он ей понравится. Т: Итак, подавленность, злость и тревога. Давайте свяжем эти чувства с мыслями. Вы чувствовали себя подавленной, потому что...

Задача в том, чтобы связать эмоциональные состояния с лежащими в их основе когнитивными искажениями. Когнитивные искажения обычно незаметны, когда пациентка говорит первую мысль. Психотерапевту следует помочь пациентке проследить конкретную мысль как можно дальше, потому что обычно искажение располагается на несколько шагов вглубь от первоначальной мысли. Если психотерапевт остановится в этом исследовании слишком рано, искажения обнаружить так и не удастся. Одним из наиболее эффективных способов добраться до скрытых искажений является использование незаконченных предложений, которые должна завершить сама пациентка.

К: Том не позвонил.
Т: А это вызывает у вас ощущение подавленности, потому что...
К: Мне кажется, что я ему безразлична.
Т: Вы полагаете, что безразличны ему, и это вызывает у вас подавленность. Вы считаете, что он не заботится о вас на том основании, что он не позвонил.
К: Знаю. Я глупа и капризна.
Т: Вы глупы и капризны?
К: Да, я имею в виду, что глупо так переживать, но когда его нет рядом, я чувствую себя отвергнутой.
Т: Отвергнутой? *{Добавляет это в столбец 2.}*
К: Да. Я имею в виду, что иногда думаю, будто он любит путешествовать больше, чем быть дома, со мной.
Т: Понятно. Таким образом, вы были подавлены, потому что Том не позвонил, а поскольку он не позвонил, вы решили, что безразличны ему. Вы почувствовали себя отвергнутой и решили, что путешествовать он любит больше, чем находиться с вами дома. Давайте посмотрим, какие здесь имеются искажения: ваша мысль была о том, что Том равнодушен к вам, потому что не позвонил. Какого рода искажение вы здесь видите? *(Протягивает Клэр перечень когнитивных искажений.)*
К: Преувеличение?
Т: Преувеличение значения единичного события, правильно. Вы также сказали, что чувствовали себя отвергнутой и думали, что он любит путешествовать больше, чем быть с вами дома. А здесь какое искажение?
К: Наверное, эмоциональное рассуждение.
Т: Правильно... предположим, ваши негативные чувства всегда верны: «Я чувствую это; следовательно, так оно и есть». Пытались ли вы когда-нибудь поговорить с Томом на эту тему?
К: Нет.
Т: В этом случае, здесь еще имеется чтение мыслей.
К: Да. Наверное. Имеет смысл все выяснить, вместо того чтобы предполагать худшее.

- Т: Кроме подавленности, по вашим словам, вы чувствовали злость. Вы злились, потому что...
- К: Да по тем же причинам. Если бы он думал обо мне, он бы обязательно позвонил.
- Т: Это утверждение типа «следовало бы».
- К: Знаю, но он должен был позвонить.
- Т: Может быть, точнее будет сказать, что вы хотите, чтобы он позвонил, а когда он не звонит, ощущаете грусть, словно вас бросили?
- К: Да.
- Т: Ладно, значит, первый шаг — распознать утверждение типа «следовало бы». Что можно возразить на это утверждение?
- К: Существует множество способов, с помощью которых он дает мне понять, что любит меня, даже когда его нет рядом, поэтому ему необязательно всегда звонить, чтобы показать свою любовь, просто мне нравится, когда он звонит.
- Т: Хорошо, теперь, когда вы представили все это таким образом, насколько выражены ваша печаль и злость?
- К: Не очень сильно. Наверное, мне немного грустно, потому что я скучаю по нему.
- Т: Следующим шагом станет разработка способов более эффективного совладания со своими чувствами. Другими словами, даже проработав все искажения, вы по-прежнему ощущаете нечто, с чем вам трудно справиться. Сейчас палочкой-выручалочкой для вас являются приступы переедания. Нам надо разработать несколько альтернативных перееданию стратегий, которыми можно бы было воспользоваться в подобных ситуациях. Прежде чем мы приступим к этому, давайте обсудим вашу обеспокоенность.
- К: О, это связано с моей начальницей. Я всегда волнуюсь, когда сдаю ей работу.
- Т: Вы передали ей свой отчет и волнуетесь, потому что...
- К: Дело в том, что в отчете есть слабые места. Если бы я затратила на него больше сил и времени, он вышел бы лучше.
- Т: В отчете есть слабые места, и вы беспокоитесь, потому что...
- К: Потому что моя начальница может вернуть его на доработку.
- Т: А вы беспокоитесь, потому что...
- К: Потому что это значит, что он не был идеальным.
- Т: А если он не идеален, вы беспокоитесь, потому что...
- К: Начальница подумает, что я не очень хороший специалист.
- Т: Ладно. Итак, вы отдаете отчет; вы беспокоитесь, потому что в нем есть слабые места — он не идеален; этот факт заставляет вас тревожиться, потому что начальница сочтет вас не очень хорошим специалистом. Какие искажения здесь видны?
- К: Мне кажется, это «ментальный фильтр». Я имею в виду, что отчет в целом не так уж плох.
- Т: Итак, как видите, вы цепляетесь за незначительные негативные детали, исключая из рассмотрения отчет в целом, который не так уж плох.
- К: Да, это все мой перфекционизм. Я обязана делать все хорошо, иначе я считаю себя неудачницей.
- *
- Т: Это форма мышления типа «все или ничего». Какие возражения вы предлагаете?
- К: Это большой отчет. В целом он хорош. Мне следует помнить, что этот отчет предварительный. Те его части, которые требуют доработки, в любом случае правила бы моя начальница. Если она не ожидает получить идеальный отчет, то чего мне беспокоиться?
- Т: Как вы себя чувствуете сейчас?
- К: Лучше. Если бы я могла всегда так рассуждать, когда оказываюсь в подобной ситуации. Я имею в виду, что все происходит так стремительно.
- Т: Над этим нам и предстоит поработать — помочь вам замедлить темп мышления, чтобы вы яснее могли представить себе свои чувства и мысли в ситуациях, по-

добных этой. Сейчас вы словно на автопилоте. Возникает сложная ситуация, и вот уже у вас приступ переедания с последующим очищением ЖКТ: вы переходите отсюда *{указывает на столбец 1 ОДМ}* прямо сюда *{указывает на границу между столбцами 3 и 4}*. Я называю это «граница переедания — приема слабительных». Нам надо поработать над тем, чтобы вы притормозили и смогли сосредоточиться на своих мыслях и чувствах (столбцы 2 и 3). Кроме того, мы попытаемся перебросить вас вот сюда, за границу переедания — приема слабительных, избавив вас от переедания и очищения ЖКТ за счет разработки новых стратегий совладания.

*

Домашнее задание

1. Заполнить первые четыре столбца ОДМ для ситуации высокого риска.
2. Продолжать ведение пищевого дневника (эпизодов переедания/приема слабительных).

Сессия 6

Задачи

1. Разобрать домашнее задание.
2. Составить ОДМ для эпизода переедания/приема слабительных, который произошел на прошлой неделе.
3. Начать есть три раза в день.
4. Запланировать потребление нескольких возможных блюд.

Чаше всего, когда впервые вводится ОДМ и пациентки получают на дом задание его заполнить, они обычно не обращаются к нему, пока не возникает приступ переедания — приема слабительных. Иногда пациентки заполняют его после этого эпизода, а иногда не делают и этого. Обычно они объясняют это тем, что вообще забывают про этот отчет до тех пор, пока не начинается приступ. Как правило, требуется несколько практических занятий с психотерапевтом по ретроспективному заполнению ОДМ, прежде чем пациентка начнет самостоятельно пользоваться этим инструментом. На каждой сессии психотерапевт должен настойчиво предлагать пациентке использовать ОДМ, помогая ей мыслить ретроспективно и заполнять отчет до возникновения приступа. Далее описан пример такого рода работы на сессии 6.

Фрагмент сессии

- Т: В своем дневнике вы указали, что на прошлой неделе у вас было пять приступов переедания. Давайте заглянем в ОДМ, который вы составили для одного из них.
- К: Понимаете, в субботу и воскресенье я забыла про отчет. Я составила его во вторник, но к этому времени уже все закончилось.
- Т: Что, по-вашему, произошло?
- К: Не знаю. Все случилось так быстро, мозг словно отключился. Я вспомнила про отчет только во вторник, когда все уже произошло.
- Т: Нет ничего удивительного в том, что требуется время на освоение ОДМ. Давайте посмотрим, что вы записали во вторник. Ситуация разворачивалась так: вы были на работе и съели кусок именинного торта, который принесла одна из ваших коллег. Вы почувствовали себя виноватой, подавленной и толстой. У вас возникли следующие мысли: «В торте слишком много калорий», «Мне не еле-

Глава 8. Расстройства пищевого поведения

дует есть такую сытную пищу» и «Я потолстею». Давайте начнем с чувства вины. Когда у вас возникает чувство вины, ищите утверждение типа «следовало бы». Вы говорите здесь, что вам не следовало бы есть такую сытную пищу, потому что вы потолстеете. Какие искажения вы здесь видите?

К: Как вы уже сказали, утверждение типа «следовало бы».

Т: Что еще?

К: Чрезмерную генерализацию. Я имею в виду, что один кусок торта не сделает меня толстой.

Т: Итак, это само искажение и возражение на него. Здесь просматривается также ошибка предсказателя судьбы, как вы считаете?

К: Да. Но даже если я «знаю», что один кусок торта не может заставить меня потолстеть, я все равно в это не верю.

Т: Ну, вы и не поверите в это, пока не убедитесь самолично. Вскоре мы начнем проводить небольшие эксперименты, чтобы вы смогли лично убедиться в том, что иногда можно съесть кусок торта без всяких вредных последствий. Еще одним искажением, которое мы здесь видим, является навешивание ярлыков, запрещение некоторых продуктов питания. Навешивание ярлыков — крайний случай мышления типа «все или ничего». Пища либо «хорошая», либо «плохая».

К: Это действительно про меня. У меня имеется длинный перечень «плохой» пищи.

Т: С нашей точки зрения, нет «хорошей» или «плохой» пищи. Если иногда позволять себе то или иное блюдо, ничего страшного не произойдет. Важны ваши привычки в питании. Ваше стереотипное ежедневное потребление пищи — вот над чем нам надо поработать, вместо того чтобы исключать отдельные продукты из вашего рациона. Хотя вам, может быть, неприятно это слышать, но вы и так едите эти «запрещенные блюда», правда не получая от этого удовольствия. Мы постараемся ввести их в ваш повседневный рацион, чтобы вы получали удовольствие от еды. Итак, что можно возразить на выявленные вами искажения?

К: Ну, я не потолстею, если изредка буду есть некоторые блюда. Ничего страшного, если иногда я съем кусок торта.

Т: Вы верите в это?

К: Вроде бы да. Я думаю, что это верно для любого другого человека, но я, если съем кусочек, захочу еще, и приступ переедания мне обеспечен.

Т: Если вы откусите хотя бы кусочек, у вас разовьется приступ переедания, потому что...

К: Потому что я безвольная; и еще — мне не следует этого есть, потому что я потолстею.

Т: Мы уже оспорили мысль о том, что один кусок торта ведет к потолстению. Какие искажения в мысли, что вы неудачница, и что на это возразить?

К: Ну, я хорошо контролирую себя, когда не ем, и совершенно теряю голову, когда начинаю есть.

Т: Таким образом, это пример...

*

К: Мышления типа «все или ничего».

Т: Когда вы не едите, действительно ли вы контролируете себя? Мне кажется, что избегание пищи, которая вам нравится, это в действительности обратная сторона переедания. Кроме того, это предрасполагает вас к перееданию. Никто не может бесконечно противиться искушению съесть любимое блюдо. Как мне кажется, вы действительно будете контролировать себя, когда сможете есть эту пищу в умеренных количествах.

В следующий раз, когда вы почувствуете приближение приступа, я хотела бы, чтобы вы обратились к этому ОДМ и пересмотрели искажения и возражения на них. Кроме того, вам следует составить новый ОДМ. После того как вы

составите перечень чувств, мыслей, искажений и возражений на них, придумайте пять альтернативных перееданию вариантов и попробуйте реализовать хотя бы одну из них.

Хотелось бы обратить ваше внимание на питание в промежутках между эпизодами переедания. Ваша задача — полноценно питаться три раза в день. Это самый верный способ есть разнообразную пищу, потребляя достаточно калорий для того, чтобы не чувствовать голода и психологического дискомфорта. Сейчас вы часто пропускаете прием пищи, это предрасполагает вас к перееданию, и к концу дня вы чувствуете себя несчастной и очень голодной. Таким образом, помимо других провоцирующих моментов, к концу дня вы особенно уязвимы. В действительности, это наиболее трудное для вас время дня, когда велик риск приступа переедания и очищения ЖКТ, верно?

К: Да, но я боюсь того, что, начав есть с утра, не смогу остановиться до самого вечера и это спровоцирует приступ.

Т: Каким образом это спровоцирует приступ?

К: Понимаете, я все время буду думать, что чересчур много ем и от этого потолстею... Поэтому мне захочется вызвать рвоту, чтобы все это удалить, а после рвоты я всегда ем, даже то, чего обычно себе не позволяю.

Т: Я знаю, что вам трудно поверить в то, что вы не потолстеете, если станете питаться три раза в день. Вы придерживаетесь этой точки зрения уже довольно давно. Я предлагаю вас проверить одно предположение. На самом деле вы потребляете больше калорий, чем думаете, поскольку придерживаетесь мысли, что слабительные избавляют вас от всего съеденного во время приступа переедания. Теперь вы сможете убедиться, что это не так. Я предлагаю повысить энергетическую ценность вашего повседневного рациона. Перестаньте ограничивать себя в еде в течение дня, иначе вечером возникнет ситуация риска, когда вы, голодная и несчастная, придете домой. Давайте запланируем трехразовое питание на следующие несколько дней и посмотрим, чем это обернется.

К: Хорошо.

[Психотерапевт должен помочь пациентке спланировать питание на те несколько дней, которые отделяют их от следующей сессии. Обычно пациентка пытается запланировать весьма скромный объем пищи. Задача психотерапевта — позаботиться о том, чтобы рацион состоял из достаточно калорийных и вкусных блюд.]

Домашнее задание

1. Составить ОДМ во время ситуации высокого риска.
2. Вести дневник, отмечать соответствие запланированных блюд реально потребляемым.
3. Вести дневник эпизодов переедания.

Сессия 7

Задачи

1. Разобрать домашнее задание.
2. Составить ОДМ для любого проблемного эпизода с момента последней сессии.
3. Обсудить альтернативные перееданию и очищению ЖКТ варианты, а также стратегии проволок.
4. Оценить эффективность трехразового питания.

Эта сессия посвящена главным образом переходу на трехразовое питание. В те дни, когда Клэр ела три раза в день, у нее не возникало приступов переедания и потребности принять слабительные. Однако после такого питания в течение двух дней она почувствовала «беспокойство и ощутила себя толстой». Она решила пропустить ужин, и поздно вечером у нее произошел типичный приступ переедания с последующим очищением ЖКТ. Это помогло установить взаимосвязь между приступами переедания и голоданием, и пациентка сделала для себя вывод о том, что лучшим средством профилактики приступов переедания является регулярное питание. Вместе с тем она заметно волновалась по поводу прибавки в весе, как явствует из следующего фрагмента.

Фрагмент сессии

К: Я чувствую себя лучше, когда питаюсь регулярно, но я знаю, что не могу этого делать постоянно, иначе я лопну.

Т: Давайте еще раз обратимся к вашим мыслям о регуляции веса. Сейчас вы боитесь есть три раза в день, потому что не хотите набрать вес. Я понимаю, вам трудно в это поверить, не убедившись на собственном опыте и не поэкспериментировав немного с этим новым для вас поведением, но я хотела бы подчеркнуть несколько моментов, которые помогут вам решиться продолжать питаться три раза в день. Во-первых, помните статью, посвященную вызову рвоты и злоупотреблению слабительными? Периодически просматривайте ее. Имейте в виду, что вопреки распространенному мнению очищение ЖКТ не очень эффективное средство похудеть или избежать прибавки в весе. Ваш организм усваивает больше калорий, чем вы думаете. А злоупотребление слабительными неэффективно и опасно. Восемьдесят процентов потребляемых калорий усваивается практически мгновенно, а единственное реальное следствие очищения ЖКТ — потеря жидкости. Аналогичным образом потеря массы тела также является следствием выведения воды. Прием слабительных таит в себе дополнительную опасность: после отмены слабительных происходит компенсаторная задержка воды.

Еще одна неприятность, связанная с вызовом рвоты и злоупотреблением слабительных, — повышенная потребность в еде, поскольку вы считаете, что можете легко избавиться от пищи, а помимо приступов вы питаетесь нерегулярно. Если приступ с приемом слабительных возник у вас в середине дня, есть вероятность, что вы будете чувствовать себя плохо и пропустите ужин либо потому, что слишком устали, либо из-за чувства вины, связанного с перееданием, либо...

К: Точно. Если приступ случается на работе, я обычно не ужинаю.

Т: А что происходит после того, как вы пропускаете ужин?

К: Ну, я либо ложусь спать, либо поздно вечером я чувствую голод, что часто приводит к приступу переедания примерно в полночь.

Т: И круг замыкается... Нам необходимо работать с тем, чтобы разорвать этот порочный круг. Мы разработаем стратегии соладания с ситуациями высокого риска и установим более здоровый режим питания без приступов переедания и очищения ЖКТ. Мне бы хотелось, чтобы вы продолжали есть три раза в день, как бы тяжело вам это ни было. Для предотвращения потенциальных эпизодов переедания вам следует составлять ОДМ в ситуациях высокого риска с указанием минимум пяти альтернативных перееданию и очищению ЖКТ вариантов для каждой ситуации. Как вы считаете, чем можно заменить переедание и очищение ЖКТ?

К: Не могу себе представить... когда у меня начинается приступ переедания или очищения ЖКТ, у меня просто не остается выбора.

Т: Какого рода мышление проявляется в этих ваших словах?

К: «Все или ничего».

Т: Очевидно, что вы думаете так, потому что привыкли к этому, но давайте по-ищем вместе другие варианты поведения. Позавчера, например, когда у вас случился приступ переедания после прихода домой, что вы могли предпринять вместо этого?

К: Ну, я могла бы заняться уборкой квартиры... она очень запущена. В любом случае мне нужно было это делать.

Т: Альтернативы должны быть приятными и увлекательными. Может быть, убрать квартиру и необходимо, но вот захотите ли вы этим заниматься, когда вот-вот начнется приступ переедания? Давайте вместе придумаем какие-нибудь более приятные занятия, которые могли бы вам помочь.

К: По дороге с работы я могла бы зайти в гости к подруге и поужинать с ней, пока муж в командировке.

Т: Отлично. Какие еще есть варианты? Чем бы вы еще могли заняться на этой неделе, если бы пришли домой и почувствовали приближение приступа переедания?

К: Я могла бы почитать книгу.

Т: Достаточно ли это увлекательное занятие для того, чтобы уберечь вас от переедания?

К: Ну, поскольку сейчас я читаю действительно интересную книгу, возможно.

Т: Хорошо, давайте с этого и начнем. Если вы сядете читать, а признаки того, что приближается приступ переедания, не исчезнут, что вы станете делать?

К: Я могу нормально поесть и тут же пойти на прогулку, чтобы это не перешло в приступ.

Т: Хорошо. Важно, чтобы вы не пропускали ужин, даже если чувствуете приближение приступа; ведь съесть нормальный ужин гораздо лучше, чем наглотаться всякой всячины и потом принимать слабительные. Что еще вы можете предложить?

К: Думаю, я могла бы позвонить подруге. Если я ем в одиночестве, я могу просто поговорить с ней, пока тревога не пройдет... Кроме того, я могла бы созвониться со своей лучшей подругой, которая живет неподалеку, и пойти ее навестить или пригласить к себе на ужин, если весь вечер буду одна.

Т: Неплохое начало. В следующий раз мне хотелось бы, чтобы вы принесли список вариантов поведения, которые помогли бы вам отсрочить или полностью избежать переедания и очищения ЖКТ. Когда вы чувствуете приближение приступа, нужно вспомнить о приятных и увлекательных занятиях из этого списка, которые помогли бы вам пережить наиболее трудное время и удержаться от переедания или очищения ЖКТ.

Домашнее задание

1. Составить О ДМ в ситуации высокого риска с указанием альтернативных вариантов.
2. Продолжить ведение дневника — указать запланированное и реальное потребление пищи.
3. Вести дневник эпизодов переедания/приема слабительных.
4. Перечислить альтернативные варианты и стратегии отсрочки.

Сессии 8 и 9

Задачи

1. Разобрать домашнее задание:
 - а) уделить внимание сохраняющимся ситуациям высокого риска;

- б) перейти к использованию альтернативных перееданию стратегий;
 - в) оценить любые продолжающиеся проблемы при помощи ОДМ.
2. Обсудить рацион для трехразового питания.
 3. Выявить «запрещенные» продукты питания.

На этом этапе психотерапии вводится целый ряд новых понятий, инструментов и стратегий изменения. Следовательно, основная работа ведется с теми областями, в которых пациентка испытывает наибольшие трудности. В случае Клэр проблему составляло питание вечером в будние дни. Помимо этого, если она ужинала, даже в отсутствие приступа переедания, возникала потребность в вызове рвоты. Фокус вмешательства на сессиях 8 и 9 лежал на привычке ужинать и когнитивных искажениях, которые сохранялись у Клэр и были связаны с последствиями приема пищи вечером. Это привело к введению понятия «запрещенных» продуктов питания, что проиллюстрировано в следующем фрагменте.

Фрагмент сессии

- К: Ну, я ужинала почти каждый день на прошлой неделе, но вскоре после ужина вызывала у себя рвоту.
- Т: Одинаковой ли была последовательность событий, которая приводила к этому?
- К: Да, я приходила домой, готовила ужин, пока готовила, пробовала понемногу все блюда, съедала больше, чем собиралась, и чувствовала при этом себя такой толстой, что вызывала рвоту.
- Т: Хорошо, давайте посмотрим ОДМ с описанием последнего такого эпизода.
- К: Вчера вечером я пришла домой. Я собиралась приготовить макароны и салат. До ужина я перекусила двумя кусочками хлеба с маслом, а во время ужина положила себе вторую порцию макарон. Я чуть не лопнула, и мне пришлось от всего этого избавиться.
- Т: Какие у вас возникли чувства, мысли?
- К: Тревога. Если я и дальше буду так есть, то быстро располнею. Я ела масло, а это непозволительно.
- Т: Какие искажения здесь видны?
- К: Ошибка предсказателя судьбы, преувеличение, мышление типа «все или ничего». Я имею в виду, что как только попробовала масло, тут же решила вызвать рвоту, потому что от масла толстеют, и если я стану его есть, то поправлюсь.

К этому времени Клэр уже неплохо пользовалась ОДМ, поэтому внимание уделялось наиболее важным проблемам и не расходовалось на те моменты, с которыми она справлялась самостоятельно. Она сумела оспорить мысль о том, что чувствовать себя сытым — то же самое, что быть толстым, но она упрямо настаивала на том, что нельзя есть масло.

- Т: Самое время подробно проанализировать список «запрещенных» продуктов питания, который вы составили. Из-за этого списка вы вынуждены время от времени вызывать у себя рвоту. Наша задача — постепенно ввести эти продукты в ваш рацион, чтобы вы могли получать от них удовольствие и не бояться рвоты или переедания. Кроме того, складывается впечатление, что вы негативно относитесь к ужину как таковому. Независимо от того, был ли у вас приступ переедания или нет, вы пытаетесь противодействовать потреблению пищи, вызывая у себя рвоту. В такие моменты важно не столько изменить ваше питание, сколько скорректировать представления о нем. Задача, которая сейчас стоит перед ва-

ми, — это ужинать каждый день без вызова рвоты, которая сопровождала ранее настоящий приступ переедания.

Вы должны продолжать питаться три раза в день, уделяя особое внимание ужину. Кроме того, мне хотелось бы, чтобы вы составили список «запрещенных» продуктов питания, тогда мы смогли бы постепенно вводить их в ваш рацион.

Сессии 10-15

Задачи

1. Продолжить работу по выявлению ситуаций высокого риска и использованию ОДМ в целях налаживания более адаптивного функционирования.
2. Уделить внимание озабоченности пациентки собственной фигурой и весом, когда пищевое поведение нормализуется.
3. Разнообразить рацион пациентки, включив в него ранее запрещенные продукты.

На промежуточном этапе вмешательства Клэр сумела выработать привычку к более здоровому питанию, в частности перешла на трехразовое питание и ввела в свой рацион ранее запрещенные продукты питания. Она также регулярно использовала ОДМ для преодоления трудных ситуаций, применяла стратегии отсрочки и альтернативы и практически всегда избегала эпизодов переедания/ приема слабительных. На сессиях психотерапевт и пациентка работали над теми случаями, когда не удавалось избежать этих эпизодов, и расширяли спектр вариантов альтернативного поведения. Как это обычно бывает, один из вопросов, возникших на данном этапе вмешательства, касался неудовлетворенности Клэр собственным весом и фигурой. Приведенный ниже фрагмент описывает это.

Фрагмент сессии

- К: ...Не знаю, но я почему-то все время чувствую себя толстой, иногда мне снова хочется сесть на диету. Если бы только мне удалось сбросить пятнадцать фунтов...
- Т: К чему бы это привело?
- К: Ну, я бы лучше себя чувствовала. Думаю, выглядела бы я тоже лучше. Одежда сидела бы на мне как следует. Я лучше выгляжу, когда вешу сто двадцать фунтов.
- Т: Произошло ли что-нибудь с вашим весом за время курса психотерапии?
- К: Он практически не изменился. Думаю, с момента последнего взвешивания я похудела на два фунта.
- Т: А как, по-вашему, теперь вы можете контролировать свое питание?
- К: Здесь все отлично. Я так преуспела в этом, да и мои отношения с людьми наладились, но мне все же хотелось бы весить чуточку меньше.
- Т: Это что, волшебная цифра — сто двадцать фунтов?
- К: Не знаю. Мне кажется, я была бы более счастлива. Мне нужна кое-какая одежда, но я все откладываю поход в магазин, потому что знаю, что буду выглядеть, как корова.
- Т: Как корова?
- К: Я, конечно, преувеличиваю. Наверное, это опять мышление «все или ничего». Если бы я весила сто двадцать фунтов, все было бы хорошо, все остальное не годится.
- Т: Вам было бы полезнее подумать о приемлемом весе, вместо того чтобы стремиться к какому-то определенному, идеальному. Начните с похода в магазин и примерьте одежду, которая будет хорошо на вас сидеть. Не следует покупать

вещи на два размера меньше. Купите что-нибудь свободное. Может статься, вы будете прекрасно выглядеть и при нынешнем весе.

К: Маловероятно, но я попытаюсь.

Т: До следующей сессии почему бы вам не пойти и не купить что-нибудь себе к отпуску?

Сессии 16-19

Задачи

1. Продолжить работу с представлениями о массе тела, собственном физическом облике и так далее на примерах из домашнего задания.
2. Заняться профилактикой рецидивов:
 - а) дать ответы на вопросы типа «Что, если...» («Что, если я начну переедать, принимать слабительные, набирать вес» и т. д.);
 - б) переопределить утверждение типа «Я все разрушила» как «промах» и возможность приобрести опыт;
 - в) ввести установку на решение проблем.
3. Выявить ситуации высокого риска, которые могут произойти после завершения вмешательства.

Задача этого этапа вмешательства — научить пациентку воспринимать неизбежные в будущем срывы как нечто не очень опасное. Следует предупредить пациентку, что в будущем не исключены сложные ситуации, в которых у нее возникнет потребность много есть и/или принять слабительные. До тех пор пока не нормализуется ее питание и не исчезнет чересчур критичное отношение к весу и фигуре, эти вопросы будут ее уязвимым местом, своеобразной «ахиллесовой пятой». Истинное действие психотерапии проявится в том, что пациентка сможет использовать установку на решение проблемы, т. е. не запаникует и сдастся, а вернется на правильный путь.

Фрагмент сессии

К: Никаких приступов и слабительных!

Т: Отлично. А как вы питаетесь?

К: Неплохо. Обычно я ем три раза в день. Иногда я все-таки пропускаю один прием пищи, но это бывает редко. Когда мы с Томом вчера ходили в ресторан, я даже заказала себе десерт.

Т: Это большой успех. Есть ли продукты в вашем «запрещенном» списке, которые вы так и не попробовали?

К: Нет. Нельзя сказать, чтобы я ела их регулярно, но когда мне хочется сладкого, я позволяю себе это. Я больше не думаю о том, что у меня будет приступ переедания из-за съеденной порции мороженого.

Т: Вы действительно достигли значительных результатов. Теперь нам следует обсудить, что вы станете делать в сложных ситуациях, когда психотерапия закончится. Ведь вам и теперь трудно выносить, когда Том уезжает в командировки, а у вас неприятности на работе. Нам следует заранее обдумать, что вам делать для профилактики будущих проблем.

Возможно, вам станет легче, если вы вспомните, в каком состоянии сюда пришли. Вы не могли выйти из порочного круга и подрывали свое здоровье постоянными перееданием и очищением ЖКТ. Сейчас вы из этого выбрались

и начали новую жизнь. Придет время, когда вам покажется, что вы сбились с пути, но это не будет означать, что вы опять в самом начале. Когда вам будет трудно, помните, что вы идете в правильном направлении, только чуть-чуть отклонились в сторону. Вам следует быть внимательной к признакам того, что вы на верном пути или сбились с него, чтобы вернуться без особых проблем.

К: Да, мне сейчас не хочется об этом думать, но вы правы. Я чувствую себя замечательно и боюсь сглазить.

Т: Я знаю, вам неприятно об этом говорить, но предварительная подготовка повышает ваши шансы идти правильным курсом, так не надо их уменьшать. Попробуйте предположить, в каких ситуациях высокого риска вы можете оказаться?

К: Конечно да. Например, близится свадьба моей сестры. Будет много приглашенных, а я ее свидетельница. Мне надо хорошо выглядеть в новом платье и все такое. Я горжусь собой. Когда мы примеряли платье, я удержалась и не попросила портниху его заузить в надежде похудеть. Знаете, оно сейчас прекрасно на мне сидит!

Т: Вы просто молодец. Что-то еще?

К: Ну, я беспокоюсь по поводу работы, у меня новая начальница.

Т: Что вы можете предпринять, чтобы избежать в будущем эпизодов переживания/приема слабительных?

К: Прежде всего, мне кажется, что я стала более стойкой. Но даже если у меня не намечается никакого приступа, после трудного дня я все-таки составляю один из ОДМ. Это помогает мне понять, что происходит.

Психотерапевт с пациенткой должны проанализировать все включенные в список возможные ситуации высокого риска, как показано в приведенном выше примере. Психотерапевту следует продолжать подкреплять использование когнитивно-поведенческих стратегий во всех ситуациях, которые пациентка считает для себя трудными, даже если она не испытывает потребности много есть или принимать слабительные.

Сессия 20

Задачи

1. Разобрать домашнее задание.
2. Проанализировать результаты вмешательства.
3. Обсудить поддерживающий этап вмешательства.
4. Рекомендовать пациентке продолжать применение приобретенных навыков, когда вмешательство завершится; поговорить об умении быть психотерапевтом для самой себя.

Большая часть этой сессии посвящена обзору достигнутых успехов и, что более важно, способов, с помощью которых эти успехи были достигнуты. Следует уделить внимание специфическим факторам, которые наиболее важны для восстановления нормального пищевого поведения, и подчеркнуть необходимость применения и в дальнейшем стратегий, которые привели к успеху.

Фрагмент сессии

Т: Это наша с вами последняя сессия. Как вы себя чувствуете? К: Великолепно. Я буду по вас скучать, даже не знаю, чем мне теперь заняться в понедельник вечером, но мой новый рацион питания мне нравится. Я не пере-

едала и не принимала слабительных более двух месяцев. Мне бы не хотелось возвращаться к старому, и, по правде говоря, думаю, что я справлюсь, я хорошо помню структуру ОДМ и постоянно его использую. Позавчера я была на собрании и почувствовала себя плохо. Я поймала себя на мысли, что разговариваю сама с собой: «В чем суть ситуации? Как я себя чувствую? О чем я думаю?» Я чуть не рассмеялась, когда поняла, чем занимаюсь. Мне теперь это дается легко.

Т: Итак, ОДМ вам помог. Вспоминаете ли вы список когнитивных искажений?

К: На днях я сказала Тому, что его слова говорят о мышлении типа «все или ничего»! Это удивительно. Теперь я замечаю искажения у других людей, я слышу их и могу лучше сориентироваться в своих проблемах. Мне кажется, это помогло улучшить отношения с моей начальницей и Томом.

Т: А как с питанием?

К: Все отлично. Я знаю, что есть надо. Иногда, когда я собираюсь пропустить прием пищи, я слышу ваш голос: «Лучший способ управлять весом — нормально питаться». Я также помню ваши слова: «Сытый не значит толстый». Это для меня очень важно.

Т: Как насчет веса?

К: Ну, я по-прежнему не прочь похудеть на несколько фунтов, но теперь я понимаю, что это не решит всех моих проблем и соблюдение диеты мне в этом не поможет. Осенью я собираюсь заняться аэробикой.

Т: Это было бы замечательно. Помните о необходимости проверять, насколько вес важен для вас. Следите за этим внимательно. Умеренные физические упражнения еще никому не причинили вреда, главное, чтобы вы не начали чрезмерно ими увлекаться и чтобы ваши ожидания были реалистичными.

Вы достигли значительных успехов. Для этого потребовалось немало потрудиться, и вы можете по праву гордиться собой. Я считаю, что вы хорошо усвоили те идеи, которые здесь прозвучали, и внесли реальные коррективы в свое поведение, что поможет вам и в будущем не сбиться с пути. Помните, принцип «все или ничего» здесь не работает. Одни дни будут лучше, другие хуже. Ваша задача — быть к себе внимательной и в трудные моменты использовать приобретенные здесь навыки. Я полагаю, что у вас все сложится благополучно, но, пожалуйста, не стесняйтесь и обращайтесь ко мне в случае необходимости.

К: Большое спасибо вам за помощь.

Т: Желаю вам всего наилучшего.

Вмешательство в соответствии с методикой и клиническая практика

Описанное здесь вмешательство проводилось по специальной методике, поэтому оно было высокоструктурированным и ограниченным во времени. Вмешательство такого рода редко встречается в повседневной клинической практике, когда психотерапевт может свободно выбирать из целого ряда терапевтических техник и располагает временем. Это обстоятельство заставляет предположить, что КПТ в повседневной практике может быть еще эффективнее, чем в эксперименте, поскольку вмешательство может быть спланировано так, чтобы максимально отвечать потребностям конкретного пациента.

В действительности неизвестно, эффективнее ли свободная клиническая практика, чем стандартное вмешательство по определенной методике, или нет. С ростом популярности методик не только в исследовательских проектах, но и в повсе-

дневной практике возникает потребность в сравнении стандартного вмешательства с более привычным вмешательством той же продолжительности, не ограниченным никакими рамками. В отсутствие таких данных имеет смысл придерживаться стандартных протоколов даже в повседневной практике, учитывая, что клиническая эффективность такого вмешательства была неоднократно доказана (Wilson & Fairburn, 1998). Еще одно преимущество — высокоструктурированный и ограниченный во времени подход, при котором все внимание психотерапевта и пациентки направлено на достижение конкретных изменений (Fairburn et al., 1993). Далее, субъективные клинические суждения, на которых основываются психотерапевты при разработке индивидуальных планов вмешательства, не всегда обоснованы и могут привести к выбору не самого оптимального вмешательства (Wilson, 1996). Наконец, введение дополнительных элементов во вмешательство требует исключения некоторых аспектов либо удлинения курса терапии. Оба варианта имеют свои недостатки. Неясно, насколько целесообразно увеличивать продолжительность вмешательства. В описанном нами вмешательстве главная задача состоит в том, чтобы пациентка смогла стать психотерапевтом для самой себя и продолжать двигаться вперед и после завершения вмешательства.

Клинические проблемы

Предикторы успеха и неудачи терапии

Трудно переоценить клиническую значимость факторов, по которым можно судить о потенциальном успехе или неуспехе терапии, особенно если эти факторы специфичны для данного вмешательства. К сожалению, надежные предикторы реакции на КПТ или фармакотерапию пока неизвестны (Wilson & Fairburn, 1998). В качестве таковых предлагаются разнообразные базовые характеристики пациентки, в том числе ее анамнез или исходно низкая масса тела, низкая самооценка, сопутствующие расстройства личности и тяжесть основной симптоматики расстройства приема пищи. Выводы разных исследователей сильно разнятся и не имеют практической клинической значимости (Agras, Crow, et al, 2000; Wilson & Fairburn, 1998). Это отчасти объясняется малочисленными выборками пациентов и статистической недостоверностью полученных данных.

Возьмем, к примеру, расстройства личности. Считается общеизвестным, что сопутствующие расстройства личности (особенно пограничное расстройство личности) затрудняют КПТ и снижают восприимчивость к ней (Johnson, Tobin, & Dennis, 1990). Определенная, не очень большая часть пациенток с НБ имеет сопутствующее расстройство личности. Группа исследователей (Rossiter, Agras, Telch, & Schneider, 1993) обнаружила, что пациентки с расстройствами личности, особенно из кластера В, менее восприимчивы к КПТ, чем пациентки без таких расстройств.

Однако другие авторы сообщают о положительной корреляции между показателями по кластеру В и терапевтическим улучшением в процессе вмешательства при НБ с использованием дезипрамина (Ames-Frankel et al, 1992). Роль расстройств личности при терапии НБ сложно оценить потому, что они часто проходят после успешного вмешательства по поводу расстройства приема пищи (Ames-Frankel et al., 1992; Garner et al, 1990). Ситуационно специфическое, а не характе-

рологическое значение показателей расстройств личности требует дальнейшего изучения.

Вместо того чтобы заниматься поиском предикторов успешного вмешательства, изучая характеристики пациенток, целесообразно отбирать тех, кто с большой вероятностью откликнется на данный вид терапии. Недавние исследования показали, что прогнозировать успех или неуспех КПТ можно через несколько недель после начала вмешательства (Wilson et al, 1999), что согласуется с результатами, полученными для других расстройств (Hardi & Craighead, 1994; Wilson, 1999a). Используя анализ обнаружения сигнала, группа исследователей (Agras, Crow, et al., 2000) показала, что снижение частоты очищения ЖКТ к сессии 6 является наиболее сильным предиктором успеха вмешательства. После введения этого критерия 70% пациенток было рекомендовано другое вмешательство. Только 6% пациенток, которые были бы восприимчивы к КПТ, ошибочно направили на прохождения другой терапии. Вопрос об оптимальной последовательности вмешательств будет обсуждаться далее в этой главе.

Важность раннего выявления не восприимчивых к данному вмешательству пациенток трудно переоценить. Во-первых, снижается себестоимость психотерапии. Во-вторых, пациентки не подвергаются неэффективному и отнимающему время вмешательству, следовательно, они реже бывают деморализованы неудачей.

Еще меньше известно о факторах, способных предсказать рецидив после успешного вмешательства. Судить о возможности поддержания терапевтических изменений, согласно когнитивно-поведенческой модели НБ, можно по тому, насколько пациентка озабочена собственным весом и фигурой в конце вмешательства. Этот прогноз был подтвержден результатами тестирования, что подчеркивает необходимость модификации отклоняющихся от нормы установок, связанных с фигурой и весом (Fairburn et al., 1993).

Распространение КПТ

КПТ редко используется при НБ в США (Crow, Mussell, Peterson, Knopke, & Mitchell, 1999). Непопулярность этого подхода с доказанной эффективностью вызывает много споров (Hayes, 1998). Одной из причин этого является тенденция недооценивать значение рандомизированных контролируемых проектов для клинической практики. Критическое отношение к такого рода исследованиям у психотерапевтов часто необоснованно (Wilson, 1998). Тем не менее, если отбросить все предубеждения, можно согласиться с тем, что необходимы специально спланированные исследования, посвященные прямой оценке эффективности и применимости результатов рандомизированных контролируемых проектов к различным условиям с учетом разной подготовки и опыта психотерапевтов и гетерогенности групп пациентов с различными сопутствующими расстройствами и параллельной терапией.

Распространение КПТ можно ускорить, разработав более универсальные виды вмешательства, применимые к пациентам с различной патологией, а также сделав протоколы более четкими и ясными. До настоящего времени методики вмешательства были подчинены задаче регламентировать содержание и технические аспекты терапии. Следующее поколение руководств по проведению терапии будет более специфичным и усовершенствованным. Можно ожидать следующих

нововведений. Во-первых, в руководствах более четко будут оговорены неспецифические аспекты вмешательства, например рекомендации по созданию терапевтического альянса и преодолению двойственного отношения к изменениям (Wilson, Fairburn, & Agras, 1997). Во-вторых, руководства будут содержать различные модули, которые можно будет произвольно применять к определенным подгруппам пациентов с тем же диагнозом, но различными особенностями. Это сделает терапию более гибкой, не изменив структуру и фокус стандартного вмешательства. В идеале, руководства по проведению терапии в будущем будут разрабатываться исходя из знания терапевтических механизмов, за счет которых работают те или иные техники (Hayes, 1998). В-третьих, руководства обязательно должны содержать практические рекомендации по эффективному использованию модулей для терапии специфических проблем. Это не только приведет к более быстрому их освоению практиками, но и повысит эффективность вмешательства.

Более реальный способ популяризации КПТ при НБ — широкое использование более простых, низких по себестоимости методов в рамках ступенчатого оказания помощи, о чем уже говорилось в этой главе (Fairburn & Carter, 1997; Wilson et al., 2000). Разработка сокращенной версии стандартной программы КПТ, которую могли бы использовать неспециалисты, может быть эффективным средством лечения НБ у значительного числа пациенток. Главная задача здесь — найти надежные предикторы того, что та или иная пациентка может быть излечена при помощи более дешевых методов.

Повышение экономической эффективности КПТ, основанной на технологии

Основанная на технологии КПТ предпочтительнее всего при НБ. Тем не менее ее эффективность не безгранична. В среднем приблизительно 50% пациенток прекращают переждать и очищать ЖКТ. У остальных наблюдается частичное улучшение, а некоторые вообще не откликаются на эту терапию. Необходимость в разработке более эффективного вмешательства по-прежнему высока.

Когда КПТ не эффективна, показаны другие виды психотерапии. Наиболее очевидная альтернатива — фармакотерапия антидепрессантами. В небольшом исследовании Уолш с коллегами (Walsh et al., 2000) методом случайной выборки назначил пациентам, не откликнувшимся на КПТ или МЛТ, флуоксетин или таблетированное плацебо. Активная лекарственная терапия дала значительно лучшие результаты спустя восемь недель, чем плацебо.

Вторая стратегия заключается в совершенствовании уже разработанной стандартной КПТ. Она основана на методике КПТ, которая фигурирует в большинстве контролируемых исследований, — это ограниченное во времени структурированное вмешательство, которое не исчерпывает всех возможностей этого подхода. В принципе, клиницисты могут самостоятельно адаптировать этот подход при работе с конкретными пациентками (Wilson, 1996).

Согласно методике, КПТ вплотную подходит к проблеме озабоченности фигурой и весом на поздних этапах вмешательства. Эта озабоченность — центральное звено модели, в то время как остальные характеристики (ограничение рациона, переживание и очищение ЖКТ) вторичны по отношению к ней. В соответствии с концептуальной моделью КПТ озабоченность невозможностью улучшить фи-

гуру и снизить вес повышает риск рецидивов (Fairburn et al, 1993). Однако в некоторых исследованиях показано, что основанная на методике КПТ менее эффективна в плане снижения чрезмерной озабоченности пациенток фигурой и весом, чем в плане устранения поведенческой симптоматики переедания, очищения ЖКТ и строгого соблюдения диеты (Walsh et al., 1997). Как с теоретической, так и с практической точек зрения изменить представления о собственном физическом облике гораздо труднее, чем модифицировать поведенческую симптоматику НБ.

Потенциально существуют более действенные стратегии, позволяющие уменьшить дисфункциональную озабоченность фигурой и весом и повысить принятие своего физического облика, чем когнитивное реструктурирование и поведенческие предписания, применяемые сегодня в стандартной КПТ (Rosen, 1996). Перспективной представляется систематическая экспозиция к стимулам, которые провоцируют дисфункциональную озабоченность собственными весом и фигурой. Так, Тушен и Бент (Tuschen & Bent, 1995) описывают процедуру конфронтации с телом (*body confrontation*): пациенткам предлагается встать перед зеркалом и увидеть себя полностью, с разных точек зрения. Эта форма экспозиционной психотерапии рекомендуется потому, что она доказала свою эффективность в других популяциях, в частности у пациенток, страдающих ожирением и склонных к приступам переедания (Rosen, Orosan, & Reiter, 1995), пациенток с дисморфофобическим расстройством (Rosen, 1996) и в выборке здоровых женщин, озабоченных своим весом (Butters & Cash, 1987). Более того, недавние теоретические разработки и практические исследования показали, как лучше проводить экспозицию с зеркалом. Во всяком случае, для некоторых форм негативного аффекта прямое переживание дистресса (эмоциональная переработка) может быть более эффективным средством совладания, нежели отвлечение или активное решение проблем, присущее КПТ (в частности, оспаривание обоснованности негативных мыслей о фигуре и массе тела, а-ля обычное когнитивное реструктурирование).

В соответствии с фокусированием на эмоциональной переработке Тисдейл (Teasdale, 1997) предлагает модель терапевтических изменений, в которой он выделяет два качественно различных уровня, когнитивно-специфические значения, с одной стороны, и более общие, или схематичные, модели себя — с другой. Только последний уровень связан с эмоциональной сферой. В качестве примера можно привести аффективно измененную оценку собственных фигуры и веса у пациенток с расстройствами приема пищи. Эти схематичные модели можно нередко изменить обычным когнитивным реструктурированием, при котором оспаривается обоснованность специфических представлений о физическом облике (что косвенно модифицирует эмоции), но обычно требуются более прямые методы. Ключевая специфика этих методов состоит в и* способности замещать вызывающие дисфункцию схематические модели альтернативными и более адаптивными представлениями.

Систематическая экспозиция с использованием зеркала является мощным средством модификации дисфункциональных представлений о собственной фигуре и весе. Уилсон (Wilson, 1999b) описывает метод зеркальной экспозиции, при котором пациенткам рекомендовалось описать свою фигуру, не делая оценочных суждений. Им предписывалось состояние ума, которое Лайнхен (Linehan, 1993) и другие называли внимательностью (*mindfulness*). Вот как описывают это Тисдейл с коллегами (Teasdale, Segal, & Williams, 1995).

Сущность этого состояния заключается в том, чтобы полностью пребывать в настоящем, не осуждая и не оценивая, не отвлекаясь на прошлые воспоминания, не заглядывая вперед в попытке разглядеть будущее, как при тревожном беспокойстве, и не предпринимая попыток решить проблему или иным образом избежать неприятных аспектов текущей ситуации. В этом состоянии человек концентрирует свое внимание на реальности текущего момента «как он есть», принимая и признавая его в его полной «реальности» без высказанных мыслей о нем, не пытаясь его изменить, не соскальзывая в состояние диффузного мышления, сосредоточенного на чем-то другом или ином времени (р. 33-34).

Психотерапевт воздерживается от заверений и комментариев, имеющих целью уменьшить беспокойство пациентки по поводу собственной внешности. Акцент делается на том, чтобы просто удержать пациентку на правильном пути, чтобы она описывала себя здесь-и-теперь, не делая оценочных комментариев. Экспозиция с зеркалом подкрепляется поведенческими домашними заданиями, нацеленными на преодоление избегания «экспозиции к телу» (в частности, ношения мешковатой одежды), с одной стороны, или чрезмерного разглядывания себя — с другой (Fairburn et al., 1993).

В модели Фэйрберна (Fairburn, 1997a) «негативная самооценка» выделяется как ключевая характеристика НБ. Эпидемиологические исследования показали, что негативная самооценка является специфическим, мощным фактором риска развития НБ (Fairburn et al., 1997). Негативная самооценка и неуверенность в себе, проявляющиеся помимо специфической озабоченности собственной фигурой и массой тела, характерны для пациенток с НБ. Однако стандартная КПТ уделяет достаточно много внимания этим более общим проблемам негативной самооценки. В действительности, необходимо расширенное представление о негативном аффекте в целом для понимания и терапии подгруппы пациенток с НБ.

Имеющиеся данные указывают на то, что негативный аффект — важный фактор поддержания НБ. Во-первых, по данным самоотчетов, стресс и плохое настроение часто предшествуют приступам переедания и очищению ЖКТ. Во-вторых, кластерный анализ 256 пациенток с НБ по измерениям соблюдения диеты и негативного аффекта позволил выявить два подтипа НБ: подтип чистой диеты (62%) и смешанный подтип диеты — негативного аффекта (38%) (Stice & Agras, 1999). Пациентки обоих подтипов демонстрировали сходные показатели переедания и очищения ЖКТ, но последние чаще сообщали о значительном переедании и навязчивых мыслях о массе тела, более выраженном нарушении социального функционирования и более высокой распространенности расстройств настроения, пищевого поведения, контроля импульсов, тревожных расстройств и расстройств личности. Наиболее важно то, что пациентки с преобладанием негативного аффекта гораздо хуже откликаются на стандартную КПТ.

Таким образом, в процессе вмешательства необходимо оказывать прямое воздействие на негативный аффект. Обширные клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о высокой эффективности КПТ в модификации негативных эмоциональных состояний, таких как тревога и депрессия. Научение переносить негативный аффект без саморазрушительного поведения (тренинг внимательности) и приобретение навыков более адаптивной регуляции эмоций являются ключевыми компонентами диалектической поведенческой психотерапии Лайнхена (Linehan, 1993). Уайзер и Телч (Wiser & Telch, 1999) описали исполь-

зование этих стратегий при вмешательстве по поводу РСПП. Их применение при НБ представляется теоретически и клинически оправданным. Более того, использование тренинга внимательности для совладания с негативным аффектом полностью соответствует адаптации этого подхода при негативном образе собственного тела, который описан Уилсоном (Wilson, 1999b).

Как отмечалось ранее, пересмотренная версия методики КПТ будет, вероятно, включать различные модули, которые можно будет избирательно использовать в подгруппах пациенток с одинаковым диагнозом, но со специфическими проблемами (предположительно включая стереотипы негативного аффекта). Это повысит гибкость психотерапии без ущерба для структуры и фокуса стандартного вмешательства.

Выводы и рекомендации

КПТ в настоящее время считается наиболее предпочтительным вмешательством при НБ. Мы делаем такой вывод, потому что:

- 1) контролируемые исследования эффективности доказали преимущество КПТ перед другими видами психотерапии и фармакологическим вмешательством;
- 2) эта терапия относительно краткосрочна и низка по себестоимости;
- 3) ее с готовностью принимают пациентки, в то время как фармакотерапия антидепрессантами часто вызывает сопротивление;
- 4) она подробно описана в руководствах и протоколах, что делает ее доступной для клиницистов, даже не имеющих специальной подготовки по проведению.

Вместе с тем существующая стандартная КПТ при НБ в некоторых случаях неэффективна совсем, а в других может вызвать лишь частичное улучшение. Существует потребность в разработке более действенных методов с расширенным спектром действия. Перспективный подход — МЛТ, эффективность которой еще должна быть доказана. Имеющиеся данные говорят о ее большей эффективности по сравнению с КПТ при долгосрочном вмешательстве по поводу НБ и сходной эффективности в краткосрочном и долгосрочном вмешательстве по поводу РСПП (Wilfley, 1999). Нет данных о целесообразности сочетания КПТ с традиционным психодинамическим подходом.

Еще один вариант терапии пациенток, не откликнувшихся на КПТ, — фармакотерапия антидепрессантами, хотя и это требует дополнительного изучения. Параллельное или последовательное использование антидепрессантов может быть рекомендовано для терапии сопутствующих психических расстройств при НБ (в частности, депрессии). И наконец, при неэффективности амбулаторной КПТ можно предложить вмешательство в условиях дневного стационара или при госпитализации пациентки с целью прямого и интенсивного воздействия на неадаптивные привычки, связанные с приемом пищи. В стационаре употребление пищи можно регулировать, а также предотвращать переедание и очищение ЖКТ. Вмешательство в условиях дневного стационара представляется предпочтительным, потому что оно не такое дорогостоящее и не выводит пациентку из психосоциальных ситуаций, связанных с перееданием и очищением ЖКТ.

Стандартная КПП — специализированное вмешательство, требующее от психотерапевта соответствующей профессиональной подготовки и опыта. Исследования показали, что часть пациенток хорошо реагирует на более короткие и менее дорогие вмешательства, которые могут проводиться неспециалистами в области КПП. Эти вмешательства включают в себя программы самопомощи и групповое психологическое просвещение и эффективны у пациенток с достаточным уровнем функционирования и без сопутствующей психопатологии. В идеале терапевтический центр должен использовать ступенчатый подход, при котором пациентки сначала проходили 6¹ вмешательство, требующее меньших временных и денежных затрат, а затем — при необходимости — более интенсивные программы.

Литература

- Abbott, D. W., de Zwaan, M., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Seim, E. C., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 367-374.
- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Amow, B., Schneider, J. A., Telch, C. E., Raeburn, S. D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L. M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W. S., Rossiter, E. M., Amow, B., Telch, C. E., Raeburn, S. D., Bruce, B., & Koran, L. (1994). One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 179-183.
- Agras, W. S., Schneider, J. A., Amow, B., Raeburn, S. D., & Telch, C. E. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- Agras, W. S., Telch, C. E., Amow, B., Eldredge, Wilfley, D., Raeburn, S. D., Henderson, J., & Mamell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 209-224.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157(Suppl.), 1-39.
- Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Grasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J., & Roose, S. P. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. E., & Kendler, K. S. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44, 1210-1218.
- Butters, J. W., & Cash, T. E. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889-897.
- Carter, J. C., & Fairburn, C. G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- Chen, E. Y., Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R., & Basten, C. (1999, November). *A comparison of group and individual cognitive-behavioural therapy for patients with bulimia nervosa*. Paper presented at the meeting of the Eating Disorders Research Society, San Diego, CA.

- Crow, S. J., Mussell, M. P., Peterson, C. B., Кнопке, А. & Mitchell, J. E. (1999). Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 39—44.
- Davis, R., Olmsted, M. P., & Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: Assessing the clinical significance of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 882-885.
- Devlin, M. J., & Walsh, B. T. (1995). Medication treatment for eating disorders. *Journal of Mental Health*, 4, 459-469.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1997a). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *The science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-242). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (1997b). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 278-294). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C. G., & Carter, J. C. (1997). Self-help and guided self-help for binge-eating problems. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 494-500). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1993). The Eating Disorder Examination. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J., & Harrison, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 349-358.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: A treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361—404). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1—13.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fichter, M. M., & Hoffman, R. (1990). Bulimia (nervosa) in the male. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy* (pp. 99-111). Chichester, England: Wiley.
- Fichter, M. M., Leibl, K., Rief, W., Brunner, E., Schmidt-Auberger, S., & Engel, R. R. (1991). Fluoxetine versus placebo: A double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*, 24, 1-7.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory — 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Eds.). (1997). *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D., & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1-15.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge-eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
- Greeno, C. G., Marcus, M. D., & Wing, R. R. (1995). Diagnosis of binge eating disorder: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 153-160.

- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (in press). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Haiman, C., & Devlin, M. J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151-158.
- Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-16.
- Hayes, S. C. (1998). Dissemination research now. *The Behavior Therapist*, 21, 166-169.
- Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology*, 1, 138-156.
- Johnson, C., Tobin, D. L., & Dennis, A. (1990). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617-627.
- Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & Fairburn, C. G. (1993). Changes during treatment for bulimia nervosa: A comparison of three psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 479-485.
- Kassett, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., Guroff, J. J., Kazuba, D. M., Smith, A. L., Brandt, H. A., & Jimerson, D. C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1468-1471.
- Kleiman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Laessle, R. G., Beumont, P. J. V., Butow, P., Lenneris, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W., & Waadi, S. (1991). A comparison of nutritional management and stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 159, 250-261.
- Lee, S., Ho, T. P., & Hsu, L. K. G. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: A comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine*, 23, 999-1017.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Wolf, J., Vara, L. S., Detzer, M. J., & Srebnik, D. (1994). Comparison of cognitive-behaviour therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-46.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Marcus, M. D. (1993). Binge eating in obesity. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 77-96). New York: Guilford Press.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Fairburn, C. G. (1995). Cognitive treatment of binge eating vs. behavioral weight control in the treatment of binge eating disorder. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, S090.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McCann, U. D., & Agras, W. S. (1990). Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1509-1513.
- Miller, K. J., Geaves, D. H., Hirsch, T. G., Green, B. A., Snow, A. C., & Corbett, C. C. (2000). Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 310-316.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmernan, R. (1989). Response to alternative antidepressants in imipramine non-responders with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 291-293.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C., & Zimmernan, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.
- Olmsted, M. P., Davis, R., Garner, D. M., Eagle, M., Rockett, W., & Irvine, M. J. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-84.
- Otto, M. W., Jones, J. C., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1996). *Stopping anxiety medication: Panic control therapy for benzodiazepine discontinuation (therapist guide)*. New York: Psychological Corporation.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls — prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.

Расстройства, вызванные употреблением алкоголя¹

Барбара Мак-Крейди

Скорее всего, как клиницистам, которые работают с людьми, злоупотребляющими алкоголем и другими веществами, так и обучающимся эта глава покажется очень нетрадиционной. Сначала автор описывает современные законодательные инициативы и изменения в общественном мнении, которые привели к смене клиентуры, обращающейся за помощью в связи со злоупотреблением алкоголем. После краткого обзора существующих подходов к вмешательству, от движения «Анонимные алкоголики» до интенсивной краткосрочной терапии в условиях стационара, приводится описание множества факторов, которые обязательно должен учитывать каждый клиницист при выборе и проведении терапии клиентов, имеющих проблемы с алкоголем. На примерах из практики, впервые включенных в это издание, Барбара Мак-Крейди демонстрирует важные психотерапевтические стратегии, включая методы повышения мотивации этих пациентов к началу терапии. В этой главе живо описаны человеческие качества супругов, проходивших терапию; кроме того, в ней представлены весьма распространенные трагические последствия чрезмерного употребления алкоголя. В контексте этого случая из практики автор подробно описывает то, чего клиницисты никогда не найдут в книгах, посвященных, как правило, изложению различных процедур вмешательства, в частности, приемы, с помощью которых опытный высококвалифицированный клиницист преодолел трудности, неизбежные в терапевтическом процессе.

Дэвид Х Баолоу

Расстройства, вызванные употреблением алкоголя, представляют собой гетерогенную группу проблем различной степени тяжести. Очевидно, что проблемы студента, иногда пропускающего занятия из-за злоупотребления алкоголем, менее серьезны, чем проблемы хронического алкоголика, столкнувшегося с серьезными медицинскими и социальными последствиями злоупотребления. Хотя распространенность расстройств, вызванных употреблением алкоголя, гораздо выше среди мужчин, чем среди женщин, причем среди молодых больше, чем среди людей среднего возраста, эти проблемы присущи индивидам из различных социально-демографических, расовых/этнических и профессиональных слоев. В медицинских учреждениях и центрах психического здоровья минимум 25% клиентов в качестве сопутствующей патологии имеют расстройство, вызванное употреблением алкоголя, поэтому клиницистам необходимо представлять себе методы ди-

¹ ПоМКБ-10 — F 10. — *Примеч. науч. ред.*

агностики и планирования эффективного курса вмешательства у этих клиентов. В данной главе описан социальный контекст употребления алкоголя и связанные с употреблением алкоголя проблемы; представлен интегративный подход к осмыслению и терапии проблем, вызванных употреблением алкоголя; приводится описание реальных терапевтических ситуаций, а также случаи из практики в качестве иллюстрации клинического подхода.

Социальный контекст употребления алкоголя, связанные с алкоголем проблемы и их лечение

Социальный контекст, в котором проводится терапия проблем, вызванных употреблением алкоголя, за последние 30 лет заметно изменился. В 1960-х — начале 1970-х гг. отношение к употреблению наркотиков, бывшее до этого довольно снисходительным, изменилось, в 1980-х гг. полную победу одержали сторонники трезвости. Конец XX в. ознаменовался двумя противоположными тенденциями в общественном мнении. С одной стороны, это резко отрицательное, нетерпимое отношение к чрезмерному употреблению алкоголя и наркотиков в любых количествах, а также ко всем случаям опьянения несовершеннолетних; с другой — недавно возникший, но быстро набирающий силу прагматический подход к минимизации ущерба, вызванного такими видами поведения. Вместе с тем изменения произошли также в структуре, управлении и финансировании учреждений здравоохранения, что привело к ужесточению контроля за всеми аспектами работы этих учреждений. Эти изменения, в свою очередь, сказались на качественном составе популяций клиентов, желающих пройти терапию, а также на наших представлениях о том, что, собственно, должна включать в себя такая «терапия», как и в каких условиях она должна проводиться.

«Война с наркотиками», начавшаяся в 1980-х гг. кампанией «Просто скажи нет», политика преследования наркоманов и распространителей наркотиков, частые заключения их под стражу продолжают и сейчас, не оставляя в стороне учреждения и школы: проводятся полномасштабные проверки на признаки употребления наркотиков и вводятся более суровые меры наказания. В разное время предпочтение отдается разным наркотикам; сейчас наиболее распространенные сильнодействующие вещества, вызывающие физиологическую или психологическую зависимость, — это крэк, героин и так называемые «клубные» наркотики, такие как MDMA (экстази), кетамин (специальный К) и рохипнол (наркотик *date rape*). Американское общество начала XXI в. характеризует растущая обеспокоенность социальными проблемами, в частности сексуальными домогательствами и другими видами насилия, что привело к нетерпимому отношению ко многим видам поведения, ранее считавшимся нормальными (например, маленький мальчик пытается поцеловать маленькую девочку на детской площадке; учитель обнимает плачущего ребенка).

Отношение общества к употреблению алкоголя также претерпело серьезные изменения. В период войны во Вьетнаме законом разрешалось употреблять алкоголь с 18 лет, теперь эта планка вновь повышена до 21 года, что стало реакцией на рост числа автомобильных аварий, в том числе со смертельным исходом, по вине пьяных молодых водителей. Введены более строгие меры наказания за управле-

ние автомобилем в состоянии алкогольного опьянения по инициативе таких движений, как «Матери против пьянства за рулем», все чаще водители лишаются прав после первого же задержания в нетрезвом виде. Общество проявляет озабоченность ужесточением антиалкогольного законодательства, а признанные авторитеты в этой области считают, что концепция «ответственного употребления алкоголя» не должна применяться к лицам моложе 21 года, потому что употребление алкоголя до достижения совершеннолетия само по себе незаконно и, следовательно, ни при каких обстоятельствах не может быть «ответственным». В последнее время на первых полосах газет часто публикуются заметки о трагической смерти молодых людей, находившихся в состоянии опьянения; реализуются полномасштабные программы по снижению или прекращению употребления алкоголя несовершеннолетними. Некоторые даже говорят о том, что в США вводится новый сухой закон.

Осуждающее отношение и строгие запреты несколько уравниваются другими двумя тенденциями: большим количеством реабилитационных программ и наличием подходов, нацеленных на минимизацию ущерба. В качестве примера программ реабилитации можно упомянуть Программы оказания помощи служащим (*Employee Assistance Programs*), а также Программы досудебного вмешательства (*Pretrial Treatment Programs*) для употребляющих наркотики, а также программы психологического просвещения и психотерапии для лиц, задержанных за управление транспортом в нетрезвом состоянии. В основе этих программ лежит представление, что многие из тех, кто плохо справляется со своей работой, не соблюдает законы или нарушает правила дорожного движения, находятся под воздействием алкоголя и наркотиков. Заменяющая наказание терапия увеличивает вероятность того, что данный человек вернется к продуктивному функционированию. В ходе реализации такого рода программы сначала выявляются так называемые «проблемные» алкоголики или наркоманы, социальное функционирование которых заметно нарушено; затем определяется их готовность пройти специальное вмешательство в качестве альтернативы наказанию, а после завершения терапии ведется наблюдение за их функционированием. Таким образом, значительная часть клиентов в настоящее время проходит вмешательство именно по решению суда.

Цель ряда прагматичных подходов к поведению человека заключается в так называемом снижении ущерба (MacCoun, 1998). Снижение ущерба начинается с признания того, что люди могут в ряде случаев вести себя нежелательным образом, глупо или опасно. Учитывая, что склонность к крайностям и ошибочным суждениям вообще в человеческой природе, следует задаться вопросом: какие программы и социальные структуры помогут минимизировать ущерб, наносимый самому индивиду и/или обществу таким поведением? Одно направление представляют программы, цель которых — избавление человека от определенных видов поведения на всю жизнь. Программы другого направления вообще не предполагают изменения проблемного поведения, их цель — пропаганда мер безопасности (например, установка на машинах недисциплинированных водителей соответствующих знаков, бесплатная раздача шприцев и презервативов). Подобные программы снижают риск заболевания, повреждений и смерти. Между этими двумя полюсами снижения ущерба располагаются программы, стимулирующие индивидов к изменению проблемного поведения без прохождения интенсивной тера-

пии и пожизненного воздержания. Примерами могут служить программы уменьшения употребления алкоголя и краткие рекомендации, которые даются при оказании первичной медицинской помощи.

Серьезные изменения претерпела структура услуг, оказываемых лицам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками. Реабилитационные программы на базе стационаров продолжительностью 28-30 дней, широко распространенные в 1980-х гг., в настоящее время составляют лишь малую толику проводимых вмешательств. Гораздо более популярны интенсивные амбулаторные программы. Как и при терапии других расстройств, обязательным условием является оценка степени, до которой должна быть оказана помощь и определена продолжительность лечения. Заметно изменился и состав тех, кто осуществляет такое лечение. Если раньше по проблемам алкоголизма консультировали добровольцы, сами пережившие нечто подобное, без специальной клинической подготовки, то теперь на их место постепенно приходят профессионалы. Распространена практика сертификации услуг по оказанию помощи при алкоголизме и злоупотреблении другими психоактивными веществами, во многих штатах требуется специальная лицензия на деятельность соответствующих учреждений. Врачи могут получить соответствующие дипломы в Американском обществе аддиктивной медицины (*American Society of Addiction Medicine, ASAM*), а врачи, специализирующиеся в психиатрии, получают дипломы в Американской академии аддиктивной психиатрии (*American Academy of Addiction Psychiatry*). Психологи могут получить квалификационный сертификат по проведению терапии при расстройствах, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами в Колледже профессиональной психологии Американской психологической ассоциации. Все эти сертификационные учреждения учитывают наличие профессионального опыта, а также используют стандартизованные тесты для проверки знаний.

Произошедшие перемены коснулись общества в целом, популяции обращающихся за помощью, а также диапазона деятельности специалистов в области лечения алкоголизма. Хотя многие пациенты обращаются за помощью сами, существенно расширилась сеть общественных программ «раннего» обнаружения проблем, связанных с алкоголем и наркотиками, что привело к появлению смешанных популяций пациентов, у которых имеются множественные проблемы в различных сферах жизни и которые не желают участвовать в терапии, отрицая серьезность своего состояния. Наличие таких пациентов в групповой и индивидуальной практике создает особые трудности для клинициста.

Третья тенденция, берущая начало в 1980-х гг. и продолжающаяся по сей день, — это широкое распространение движений самопомощи. На гребне огромной популярности движения «Анонимные алкоголики» (АА) и его дочерней организации *Al-Anon* образовались другие группы самопомощи, такие как «Анонимные наркоманы», «Анонимные кокаиники», «Анонимные курильщики марихуаны». В 1980-х гг. общество стало проявлять повышенное внимание к тем, кто вырос в семьях алкоголиков, что привело к формированию движения «Взрослые дети алкоголиков». Все подобные программы, основанные на подходе к пагубным пристрастиям как к заболеваниям, получили широкое распространение. В результате сформировались масштабные и разнонаправленные движения за «исцеление» (см., например, Room, 1993); при этом большая доля их участников имеет проблемы, в той или иной степени связанные со злоупотреблением психоактивными

веществами. Критическое отношение к духовной направленности групп «Двенадцать шагов» с их акцентом на беспомощности привело к разработке альтернативных групп самопомощи, работающих в ключе рационального позитивизма. Программы, подобные «Тренингу самообладания и исцеления» (*Self-Management and Recovery Training, SMART*) и религиозным организациям за трезвость «Спасем себя сами» (*Save Ourselves, SOS*), используют когнитивно-поведенческие принципы на фоне абстиненции в группах самопомощи. Движение «За умеренное употребление алкоголя» (*Moderation Management, MM¹*) применяет когнитивно-поведенческие принципы в группах самопомощи.

В настоящее время клиницисты вынуждены работать в довольно сложных и противоречивых условиях: необходима формальная систематическая подготовка в области вмешательства при расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ; умение работать не только с клиентами, пришедшими по собственному желанию, но и с теми, кто был направлен на лечение по решению суда, с теми, кто искренне желает исцелиться, и с теми, кого оскорбляет сама перспектива лечиться от алкоголизма; целью работы при этом является либо кардинальное и стойкое изменение употребления алкоголя, либо снижение ущерба для индивида и группы вследствие его употребления.

Многие клиницисты не видят никаких причин для беспокойства по поводу этой сложной картины и трудностей, с которыми сталкивается терапевт при лечении расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Здесь все зависит от мотивов, по которым тот или иной клиницист занимается психотерапией. При написании этой главы, однако, автор ориентировался прежде всего на тех терапевтов, которые владеют полезными и эффективными приемами работы с лицами, злоупотребляющими алкоголем, и добиваются определенных успехов в этой популяции; эти специалисты смогут найти интересную информацию к размышлению, которая поможет продолжить работу в этом направлении. Пациенты, имеющие проблемы с употреблением алкоголя, действительно поддаются терапии; с одной стороны, они бросают клиницисту вызов, а с другой стороны, в случае успеха они же доставляют клиницисту максимальное профессиональное удовлетворение; кроме того, в случае успеха клиницист имеет редкую возможность помочь пациенту заметно изменить жизнь к лучшему.

Определение и диагностика проблем, связанных с употреблением алкоголя

Диагностика

”

Современные подходы к диагностике проблем употребления алкоголя основаны на гипотетическом «синдроме алкогольной зависимости» (Edwards & Gross, 1976), совокупности поведенческих стереотипов и проблем, возникающих в результате употребления алкоголя, которые считаются неким диагностическим целым. Диагноз связанных с алкоголем проблем в «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» (4-е издание, *DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) основан на синдроме алкогольной зависимости. Двумя основными диагнозами расстройств, вызванных употреблением алкоголя, по *DSM-IV*, являются алкогольная зависимость и злоупотребление алкоголем. Для постановки

диагноза алкогольной зависимости должны присутствовать по меньшей мере три из семи критериев, связанных с отсутствием контроля (постоянное желание выпить, безуспешные попытки снизить употребление алкоголя или бросить пить; употребление алкоголя в больших дозах или более долгое время, чем предполагалось; физическая толерантность, абстинентное состояние; пренебрежение другими видами деятельности; увеличение времени, затрачиваемого на употребление алкоголя; предпочтение употребления алкоголя, несмотря на пагубные физические и психологические последствия). Диагноз алкогольной зависимости «с физиологической зависимостью» ставится в том случае, если удовлетворяется критерий толерантности или абстинентного состояния, и «без физиологической зависимости», если индивид не склонен к толерантности или абстинентному состоянию. Алкогольная зависимость может быть также классифицирована как «частичная ремиссия» или «полная ремиссия», причем ремиссия может быть «ранней» (как минимум один месяц) или «устойчивой» (один год и более). Злоупотребление алкоголем диагностируется на основании пагубных последствий, которые включают невыполнение важных социальных обязанностей на работе, в семье или школе; повторное употребление алкоголя с потенциальным ущербом (например, употребление алкоголя и управление автомобилем); регулярно возникающие правовые пагубные последствия в связи с употреблением алкоголя; предпочтение употребления алкоголя, несмотря на связанные с ним явные социальные или межличностные проблемы. Если индивид удовлетворяет критериям алкогольной зависимости, ему не ставится диагноз злоупотребления алкоголем. Диагностические критерии в *DSM-IV* постоянно проверяются на валидность и надежность, с целью их корректировки в случае необходимости. Одно радикальное предложение заключалось в сужении критериев для постановки диагноза алкогольной зависимости до наличия признаков абстинентного состояния (Langenbucher et al., 2000). Принятие такого предложения автоматически приведет к преобладанию диагноза злоупотребления алкоголем над алкогольной зависимостью. Было также предложено внести изменения в диагностические критерии, касающиеся составляющих диагноза злоупотребления алкоголем. В частности, оказалось, что лица, которым ставится диагноз злоупотребления на основании повторного употребления алкоголя в сочетании с управлением автомобилем, отличаются от других индивидов, отвечающих критериям пагубного употребления (Hasin, Paykin, Endicott, & Grant, 1999). Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что диагностические критерии расстройств, вызванных употреблением алкоголя, будут претерпевать изменения в последующих изданиях *DSM*.

Альтернативные определения

В психиатрии ставятся два формальных диагноза: злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость, но ученые, занимающиеся исследованием поведения, и клинические специалисты полагают, что проблемы с алкоголем представляют собой некую точку в континууме, в который входят воздержание, беспроблемное употребление алкоголя и различные виды и степени проблемного употребления. С этой точки зрения проблемы проявляются по-разному: одни из них полностью соответствуют формальному психиатрическому диагнозу, а другие выражены слабее или проявляются только периодически. Более точное представление о проблемах, связанных с алкоголем, позволяет клиницисту увидеть стереотип упо-

ребления алкоголя, сконцентрировать усилия на негативных последствиях для пациента, на его отклоняющемся поведении в различных сферах функционирования, задействовать сильные стороны пациента. Некоторый отход от диагноза позволяет клиницисту увидеть в своем клиенте человека с индивидуальными достоинствами и недостатками. Хотя формальный диагноз помогает идентифицировать проблемы клиента и их выраженность и необходим для ведения формальных записей, описанный в данной главе подход к обследованию пациента в меньшей мере ориентирован на диагностические вопросы, а в большей — на идентификацию проблем.

В данной главе рассматриваются разнообразные проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Эти проблемы варьируются от небольших отклонений до выраженной алкогольной зависимости. В некоторых случаях основной жалобой является употребление алкоголя как таковое; в других причиной обращения за помощью являются пагубные последствия, такие как разрыв отношений, проблемы на работе или ухудшение здоровья. В данной книге мы признаем многообразие этих проблем, рассматриваем их различные этиологии, анализируем генетические, психологические и средовые детерминанты, ответственные за вариативность связанных с употреблением алкоголя проблем.

Осложняющие обстоятельства

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, осложняются многочисленными сопутствующими обстоятельствами. Часто расстройства, вызванные употреблением алкоголя, сочетаются с другими психиатрическими диагнозами. Исследования показали, что лица с диагнозом злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости не свободны от других психологических проблем, которые предшествуют употреблению алкоголя, сопутствуют ему или являются его следствием (Rosenthal & Westreich, 1999). К наиболее распространенным сопутствующим расстройствам оси I относятся другие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, депрессия и тревожные расстройства, которые выявляются почти у 60% мужчин в процессе обследования. Из сопутствующих алкоголизму расстройств оси II у мужчин следует отметить антисоциальное личностное расстройство, распространенность которого варьируется от 15 до 50%. У женщин чаще встречаются депрессивные расстройства; от четверти до трети страдающих алкоголизмом женщин первоначально имели признаки депрессии.

Проблемы, вызванные употреблением алкоголя, сопровождаются нарушениями когнитивных функций, ухудшением физического здоровья и межличностных отношений, проблемами с законом, на работе и*в окружении. Многие пациенты с алкоголизмом имеют легкие нарушения когнитивных функций, в частности абстрактного мышления, памяти и решения проблем (Parsons, 1998). Поскольку речь, как правило, не нарушена, эти когнитивные проблемы не сразу бросаются в глаза. Само по себе чрезмерное употребление алкоголя также служит причиной множества соматических проблем. Такие состояния, как кардиомиопатия, болезни печени, гастрит, панкреатит и периферическая невропатия могут быть вызваны злоупотреблением алкоголем. Пагубные последствия злоупотребления алкоголем есть всегда, даже если не наблюдается явных соматических заболеваний. Многие пациенты из-за постоянного употребления алкоголя плохо едят, что ведет к не-

достатку питательных веществ, вялости, неопределенному ощущению физического дискомфорта. Во всех возрастных группах у индивидов с алкогольной зависимостью наблюдается высокая смертность, причем у женщин она выше.

Межличностные отношения клиентов, страдающих алкоголизмом, также нарушены. Уровень разводов у алкоголиков в семь раз выше, чем в общей популяции (Paolino, McCrady, & Diamond, 1978); жестокое обращение с супругами распространено гораздо больше; у супругов/партнеров и детей алкоголиков чаще встречаются эмоциональные и поведенческие проблемы (Moos & Billings, 1982; Moos, Finney, & Gamble, 1982). Кроме *%от*о, супруги/партнеры и дети лиц, страдающих алкоголизмом, чаще обращаются за медицинской помощью (Spear & Mason, 1991).

Лица, направленные на лечение из-за проблем с алкоголем, нередко привлекаются к судебной ответственности в связи с управлением автомобилем в состоянии опьянения и другими правонарушениями или вынуждены иметь дело с системой защиты прав детей. Степень осознания пагубных последствий употребления алкоголя, а также мотивация к изменению стереотипов употребления алкоголя существенно варьируются среди клиентов.

Итак, клиент, направленный на лечение или обратившийся за помощью самостоятельно, может создавать проблемы окружающим из-за употребления алкоголя, может иметь формальный диагноз алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем, а может также удовлетворять критериям одного или нескольких расстройств оси I или оси II. Кроме того, у индивида могут быть серьезные когнитивные нарушения, проблемы с физическим здоровьем, межличностные или производственные трудности и/или проблемы с законом. Степень осознания своих проблем и мотивация к изменению также значительно варьируется среди клиентов. Как же разработать рациональный подход к пониманию и лечению этих пестрых клинических проявлений?

Теоретический подход

Настоящий подход предполагает многоплановое вмешательство. Считается общеизвестным, что при проблемах с алкоголем эффективны самые разные вмешательства. В отличие от некоторых расстройств, при которых удалось убедительно продемонстрировать преимущество одного подхода над другими, при алкоголизме можно использовать множество стратегий, действенность которых считается эмпирически доказанной. В основе этих видов вмешательства лежат различные представления об этиологии, течении расстройства, целях терапии и ее продолжительности. Среди наиболее хорошо зарекомендовавших себя вмешательств можно упомянуть краткосрочные, фокусированные на мотивации подходы, поддерживающие вмешательства, фасилитирующее вмешательство «Двенадцать шагов», супружескую поведенческую терапию, вмешательство с поощрением экспозиции, а также подход с подкреплением со стороны окружения. В первую очередь психотерапевт должен помочь клиенту выбрать подходящее ему вмешательство, которое будет эффективным в данном конкретном случае. Вторая, не менее важная обязанность психотерапевта состоит в повышении мотивации клиента к изменениям, даже если первоначальный выбор условий, подхода или модальности вмешательства оказался неэффективным. Предлагаемый подход к вмешательству учитывает семь важнейших аспектов:

- 1) тяжесть проблемы;
- 2) наличие сопутствующих жизненных проблем;
- 3) ожидания клиента;
- 4) мотивация и психотерапевтические взаимоотношения;
- 5) факторы, поддерживающие стереотип употребления алкоголя;
- 6) системы социальной поддержки;
- 7) поддержание изменений.

Выраженность проблемы

В предшествующем разделе, посвященном определениям и диагнозам, отчасти рассматривались вопросы выраженности связанных с алкоголем проблем. Они наиболее важны при принятии решения о выборе типа вмешательства, его интенсивности и начальных условиях. Тяжелую алкогольную зависимость можно представить как хроническое, рецидивирующее расстройство, при котором рецидивы возникают даже после продолжительных периодов абстиненции. Как и при других хронических болезнях, таких как диабет, сердечно-сосудистые заболевания или ревматоидный артрит, клиницист обязательно должен учитывать долгосрочный прогноз, основная его задача — максимально удлинить периоды сравнительно нормального функционирования и свести к минимуму периоды злоупотребления алкоголем. Некоторые индивиды, напротив, испытывают связанные с алкоголем проблемы сравнительно недолго и без видимого ухудшения (Finney, Moos, & Timko, 1999). По эпидемиологическим данным, в большинстве подобных случаев эти проблемы разрешаются сами собой, без официального вмешательства. При работе с клиентом, проблемы которого можно охарактеризовать как не очень тяжелые, клиницист проводит краткосрочное вмешательство с целью усиления мотивации к изменениям, дополняющее процесс естественного выздоровления и поощряет индивида к коррекции проблемных аспектов употребления алкоголя.

Сопутствующие жизненные проблемы

Как говорилось выше, клиенты с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, часто имеют множественные проблемы в различных сферах жизнедеятельности, в частности соматические, психические, семейные, социальные/личностные, производственные, правовые, транспортные, связанные с воспитанием детей и проживанием. Для планирования и проведения эффективного вмешательства необходимой представляется оценка различных сфер жизнедеятельности. Недавнее исследование показало, что целенаправленное воздействие на проблемные сферы клиента способствует значительному улучшению даже в случае тяжелой алкогольной зависимости у бомжей (Cox et al., 1998).

Ожидания клиентов

По необходимости клиницисту следует изменить ожидания клиентов, касающиеся интенсивности предстоящего вмешательства и предполагаемой динамики их проблем. До сих пор нет данных о том, какое влияние оказывают различные типы ожиданий клиентов в отношении природы вмешательства на его исход. Приведенные здесь рекомендации были созданы на основе клинических наблюдений за

течением расстройств, вызванных употреблением алкоголя, и требуют дополнительной проверки.

Клиентов со специфическими, не очень тяжелыми проблемами клиницист должен информировать о том, что вмешательство, скорее всего, будет краткосрочным, клиентам удастся снизить употребление алкоголя, а долгосрочный прогноз благоприятен. Таким клиентам также следует сказать, что они могут решить вообще бросить пить, сейчас или когда-либо в будущем (Miller, Leckman, Delaney, & Tinkcom, 1992), или же будут продолжать употреблять алкоголь в умеренных дозах.

У клиентов с долгой историей* проблем с алкоголем и тяжелой зависимостью подобных оптимистичных ожиданий поддерживать не следует. Лучше всего придерживаться истины и сказать, что лишь одна треть клиентов, принадлежащих к среднему классу, воздерживается от употребления алкогольсодержащих напитков в течение продолжительного времени (например, четыре года; Pettinati, Sugerman, DiDonato, & Maurer, 1982). Однако вполне можно надеяться на существенное стойкое понижение употребления алкоголя, а также на развитие способности воздерживаться от его употребления 80-90% времени (Project MATCH Study Group, 1998). Такие клиенты в первую очередь должны научиться контролировать свои проблемы с алкоголем и свести к минимуму их пагубное влияние на жизнь. Полезно бывает провести параллели с хроническими болезнями. Например, как и диабетик, клиент с тяжелой алкогольной зависимостью должен придерживаться определенного стиля жизни для обеспечения здорового функционирования. Как и диабетик, клиент с тяжелой алкогольной зависимостью должен знать угрожающие признаки, а также осознать, с какими ситуациями он может справиться самостоятельно, а в каких необходимо обратиться за посторонней помощью. Ни тот ни другой не могут позволить себе забыть о своей хронической болезни или игнорировать ее.

Мотивация и психотерапевтические отношения

Клиенты различаются по степени осознания пагубных последствий употребления алкоголя, а также личной готовности к изменению. Мотивационные подходы основаны на представлении о том, что индивид начинает изменяться, когда субъективно воспринимаемые затраты, связанные с поведением, перевешивают субъективно воспринимаемые выгоды от него и когда можно ожидать определенных выгод от изменения поведения (Cunningham, Sobell, Sobell, & Gaskin, 1994). Группа исследователей (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) предложила градацию этапов готовности к изменению. Сюда относится этап «предразмышление» (*precontemplation*), во время которого индивид не признает свое поведение проблемным; этап «размышление» (*contemplation*), на котором индивид начинает предполагать проблемность поведенческого стереотипа; этап «принятие решения» (*determination*), или «подготовка» (*preparation*), во время которого индивид решается на изменение; этап «действие» (*action*), когда человек приступает к действиям по решению проблемы. За «действием» следует «поддержание», если изменение поведения прошло успешно, или «рецидив», если произошел возврат к проблемному поведению. Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 1991) высказали предположение, что на готовность индивида к изменению влияют несколько факторов, включая осознание серьезности проблемы, благоприятных последствий изменения поведения, а также представление о способах осуществления измене-

ний. Клиницист принимает решение о типе вмешательства и планирует его, исходя из готовности клиента к изменению и его восприятия своих проблем.

В современных подходах мотивация рассматривается как состояние, которое меняется под воздействием психотерапевтического поведения и жизненных переживаний клиента. Исход психотерапии, нацеленной на повышение мотивации, часто более благоприятен, а клиент меньше противится вмешательству (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). Особенно эффективны такие подходы с клиентами, которые проявляют гнев и враждебность (Project MATCH Study Group, 1997a). Миллер с коллегами описывают шесть общих составляющих эффективного повышения мотивации, которые можно обозначить акронимом ПОРМЭУ (*FRAMES*): персонифицированная обратная связь (*F*) с клиентом по поводу его статуса; акцент на личной ответственности (*K*) клиента за изменение; предоставление четких рекомендаций (*A*) о необходимости изменения, изложенных в поддерживающей манере; снабжение клиента меню (*M*) способов изменения, а не настаивание на каком-либо одном вмешательстве или задаче; проведение вмешательства в теплой, эмпатической (*E*) и поддерживающей манере; повышение уверенности клиента в своей способности (*S*) достичь изменений.

Факторы, способствующие поддержанию стереотипа употребления алкоголя

Успешная терапия не может не учитывать факторы, поддерживающие проблемный стереотип употребления алкоголя. Различные подходы отличаются в том числе и представлениями об этих поддерживающих факторах. В данной главе используется поддерживающий подход к осмыслению случая расстройства. В соответствии с этими представлениями учитывать нужно актуальные факторы, поддерживающие стереотип употребления алкоголя, а не прошлые. Такие факторы могут относиться к индивидуальной предрасположенности, а могут быть связаны с внешними обстоятельствами или межличностными отношениями. При этом подходе предполагается наличие внешних предпосылок употребления алкоголя, которые однозначно связаны с употреблением алкоголя по механизму позитивного или негативного подкрепления или предвосхищения такого подкрепления. Считается, что когнитивные и аффективные состояния опосредуют взаимодействие между внешними предпосылками и собственно злоупотреблением алкоголем, а ожидания относительно подкрепляющего действия алкоголя обуславливают последующее поведение, связанное с употреблением алкоголя. Наконец, при данном подходе предполагается, что употребление алкоголя поддерживается своими последствиями, которые по своей природе могут быть физиологическими, психологическими или межличностными.

Для обобщения этих представлений об употреблении алкоголя мы с коллегами пользуемся подходом PCOI (*SORC*), который отражает реакцию в виде употребления алкоголя (*R*) на внешние стимулы (*S*), предшествующие употреблению алкоголя; эта реакция опосредуется когнитивными, аффективными и физиологическими организменными (*O*) факторами; а также поддерживается положительными последствиями (*C*) употребления алкоголя. С употреблением алкоголя связаны различные индивидуальные, семейные и другие межличностные факторы.

На индивидуальном уровне внешние предпосылки могут быть связаны со специфическими обстоятельствами употребления алкоголя, временем дня, видом или запахом алкоголя. Организменные переменные могут вызывать сильное желание выпить; симптомы похмелья; негативные аффекты, например гнев, тревогу, депрессию; негативную самооценку или иррациональные убеждения; положительные ожидания по поводу эффектов алкоголя в тех или иных ситуациях. Индивидуальные виды подкрепления снижают желание выпить, устраняют симптомы похмелья, снижают негативный или повышают позитивный аффект, устраняют негативную самооценку или отвлекают от проблем и забот.

На уровне семьи также существуют различные предпосылки приема алкоголя. Алкоголь может быть неотъемлемым атрибутом семейных торжеств или повседневным ритуалом. Члены семьи могут пытаться влиять на проблемное употребление алкоголя, упрасывая перестать пить или контролируя употребление алкоголя с помощью финансовых мер или учета запасов спиртного. Эти действия могут служить предпосылками к продолжению употребления алкоголя. Семьи, в которых один из членов злоупотребляет алкоголем, нередко страдают от плохого взаимопонимания с окружающими, утрачивают навыки решения проблем, у них возникает целый ряд затруднений в супружеских, сексуальных взаимоотношениях, при решении финансовых вопросов, вопросов воспитания детей, которые способствуют употреблению алкоголя в будущем. Индивиды, имеющие проблемы с алкоголем, по-разному реагируют на эти семейные предпосылки, переживая негативный аффект, свою неспособность справиться с проблемами и/или лелея мысли о мщении. Положительные последствия употребления алкоголя также могут исходить от семьи. Тем или иным способом семья может защищать индивида от негативных последствий употребления алкоголя, например проявляя заботу о нем в состоянии опьянения или выполняя его обязанности. Ряд исследователей отмечают положительные изменения в супружеских отношениях в связи с употреблением алкоголя и высказывают предположение, что эти положительные последствия подкрепляют употребление алкоголя (например, Frankenstein, Hay, & Nathan, 1985).

Встречаются и другие межличностные предпосылки употребления алкоголя, такие как социальное давление, употребление алкоголя с коллегами по работе, дружба, скрепляемая совместным распитием спиртного, конфликты с коллегами, друзьями или знакомыми. Реакции индивида на межличностные предпосылки употребления алкоголя включают жажду выпить, положительные ожидания относительно употребления алкоголя, социальный дискомфорт и негативную самооценку в случае неупотребления алкоголя. Положительные межличностные последствия употребления алкоголя могут снижать тягу к спиртному или социальной тревоге, а также повышать социальный комфорт или уверенность в себе.

Социальная поддержка

При функциональном анализе стереотипа употребления алкоголя непременно следует учитывать поведение членов семьи и других людей из ближайшего социального окружения клиента. Общая социальная поддержка, а также социальная поддержка, оказываемая в целях воздержания или умеренного употребления алкоголя, чрезвычайно важна для успешного вмешательства. В случае, если ближайшее окружение склонно к алкоголизации, могут потребоваться специальные

меры по созданию новой системы социальной поддержки клиента. Некоторые данные указывают на то, что с этой функцией может успешно справиться организация «Анонимные алкоголики» (Longabaugh, Wirtz, Zweben, & Stout, 1998); есть также данные о сильном влиянии новых любовных отношений или участия в религиозной деятельности на ускорение процесса естественного избавления от вызванных употреблением алкоголя проблем (Vaillant & Milofsky, 1982).

Поддержание изменений

Из всего вышесказанного ясно, что наиболее тяжелые расстройства, вызванные употреблением алкоголя, имеют высокую вероятность рецидива, поскольку укоренившиеся привычки с трудом поддаются изменению, а злоупотребление алкоголем вызывает устойчивые физиологические и метаболические нарушения (Моак & Anton, 1999). Было предложено несколько подходов к осмыслению поддержания стереотипа и возникновения рецидивов; на этих подходах основаны соответствующие вмешательства. Наибольшую известность получил подход к профилактике рецидивов (*relapse prevention, RP*) (Marlatt & Gordon, 1985), а также медицинский подход, примерами которого служат организации типа «Анонимных алкоголиков» (*А/А*). Подход *RP* — продолжение описанного выше подхода *SORC* и фокусируется на сочетанном действии внешних факторов, навыков совладания со стрессом, а также когнитивных и аффективных реакций в поддержании успешных изменений. Рецидив, согласно подходу *RP*, возникает как реакция на ситуацию высокого риска, когда у клиента отсутствуют адекватные навыки совладания или же клиент почему-либо их не применяет. Неспособность справиться с ситуацией усугубляет проблемы. Если клиенту не удастся найти эффективное решение, риск употребления алкоголя возрастает. За первичным употреблением алкоголя, как предполагают Марлатт и Гордон, следует активизация когнитивного фактора, «эффекта нарушения абстиненции» (*abstinence violation effect, AVE*). Этот фактор отражает тип мышления «все или ничего»; после употребления алкоголя клиент начинает относиться к себе как к «алкоголику» и продолжает пить. Подход *RP* фокусируется на нескольких моментах, которые роднят его с поддерживающим вмешательством, в частности на выявлении ситуаций высокого риска и приобретении навыков совладания со стрессом в этих ситуациях, а также на когнитивном реструктурировании, преследующем цель помочь клиенту представить эпизод употребления алкоголя как «промах», из которого можно сделать выводы и вернуться к воздержанию. Подход профилактики рецидивов фокусируется на изменении стиля жизни и соответственно снижении частоты ситуаций высокого риска, а также нацелен на установление баланса между удовольствиями и желаниями, с одной стороны, и обязательствами —*с другой (баланс «хочу—надо»).

При медицинском подходе алкоголизм рассматривается как хроническое прогрессирующее заболевание, которое можно приостановить, но не вылечить. Вмешательство нацелено на то, чтобы помочь клиенту осознать это заболевание, понять, что воздержание и пожизненная программа исцеления являются единственным средством приостановки заболевания, а участие в работе групп *АА* или других групп «Двенадцати шагов» чрезвычайно важно для успешного поддержания изменений.

Настоящий подход наиболее тесно связан с подходом профилактики рецидивов, однако клиницисты должны быть информированы о подходе, лежащем

в основе работы групп *АЛ*, и о том, что некоторые клиенты отдают предпочтение медицинскому подходу и группам *АЛ*, поскольку считают их наиболее для себя подходящими.

Клиническое применение теоретического подхода

В числе основных элементов подхода — содействие осознанию проблемы пациентом и его вовлечение в психотерапевтический процесс. Существуют специальные техники, которые в случае, если индивид отказывается от вмешательства, помогают ему осознать пагубные последствия злоупотребления алкоголем и необходимость изменений. Если клиент обратился за помощью сам, клиницист должен принять решение относительно наиболее благоприятных условий проведения вмешательства и выбрать психотерапевтические модальности, подходящие данному клиенту. После этого в рамках выбранных модальностей определяются индивидуальные психотерапевтические техники с учетом потребностей клиента, связанных как с употреблением алкоголя, так и другими жизненными проблемами. Психотерапевт должен обязательно учитывать социальный контекст, в котором происходит употребление алкоголя, а также социальный контекст предстоящих изменений, выявлять слабо заметные неспецифические аспекты вмешательства в каждом конкретном случае, учитывать не только свое мнение, но и мнение клиента, а также повышать мотивацию клиента к продолжению изменений. Необходимо узнать о том, как клиент представляет себе процесс вмешательства и осуществления изменений, максимально точно проинформировать его о долгосрочном прогнозе употребления алкоголя. Ключевые компоненты психотерапевтического подхода перечислены в табл. 9.1.

Таблица 9.1. Шаги вмешательства

1. Идентификация случая и мотивация к началу вмешательства.
2. Оценка.
3. Выбор условий вмешательства.
4. Выбор модальностей вмешательства.
5. Выбор подходов к вмешательству.
6. Повышение и поддержание мотивации к изменению.
7. Постановка целей в отношении употребления алкоголя.
8. Инициация воздержания.
9. Проведение функционального анализа.
10. Ранние стратегии трезвости.
11. Стратегии совладания со стрессом.
12. Привлечение партнера/семьи.
13. Долгосрочное поддержание изменений.
14. Контроль осложняющих обстоятельств.
15. Группы самопомощи и применение аспектов подхода к процессу привлечения клиентов к вмешательству.

Идентификация случая и начало вмешательства

Прежде чем перейти к обсуждению активного вмешательства, целесообразно рассмотреть приемы привлечения клиентов к вмешательству.

Идентификация случая и скрининг

Многие индивиды по разным причинам не признают, что у них есть проблемы с алкоголем. Например, они могут не знать о высоком риске такого стереотипа алкоголизации; не осознавать негативных последствий этого; ощущают стыд и вину, не решаясь рассказать другим людям о своих проблемах; или же считают, что специалистов-медиков не интересуют эти вопросы. Некоторых из этих проблем удалось бы избежать, если бы персонал учреждений здравоохранения и центров психического здоровья систематически расспрашивал клиентов об употреблении алкоголя и его последствиях.

Учитывая высокую распространенность связанных с алкоголем проблем у лиц, обращающихся за медицинской и психологической помощью, вопросы об употреблении алкоголя должны стать частью первичного интервью для всех клиницистов.

Разработано множество скрининговых интервью и опросников для выявления алкогольных проблем у клиентов. Во всяком случае, всем клиентам следует задавать вопрос, употребляют ли они алкоголь, и в случае утвердительного ответа спрашивать о количестве и частоте употребления алкоголя. О высоком риске употребления алкоголя говорят, если мужчина употребляет 28 стандартных порций² в неделю, а женщина — от 21 стандартной порции в неделю. Следует обратить внимание, если клиент сообщает об интенсивном употреблении алкоголя (8 порций для мужчин, 6 — для женщин) чаще двух раз в месяц. В этих случаях необходимо определить субъективные и объективные последствия употребления алкоголя. Опросники *CAGE* (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974; см. табл. 9.2) и *TWEAK*, оценивающие толерантность, беспокойство со стороны семьи или друзей, употребление алкоголя при похмельном синдроме, амнезию, попытки снизить дозу или бросить пить (Russell, 1994), содержат краткие, простые вопросы. Два утвердительных ответа на такие вопросы говорят о высокой вероятности расстройства, вызванного употреблением алкоголя, однако даже один утвердительный ответ требует продолжения расспроса пациента. Предлагаемые вопросы перечислены в табл. 9.2.

Таблица 9.2. Скрининговые вопросы на употребление алкоголя и связанные с этим проблемы

Тип вопроса	Вопрос
Качественно-частотный	1. Вы употребляете алкоголь (включая пиво, вино, крепкие напитки)?
	2. Как часто вы пьете?
	3. Когда вы выпиваете, какова ваша обычная доза?
	4. Какое максимальное количество алкоголя вам доводилось выпить за день?
	5. Как часто вы употребляете свою максимальную дозу?

Тип вопроса	Вопрос
Скрининговый CAGE*	1. Возникла ли у вас мысль о необходимости сократить употребление алкоголя?
	2. Раздражали ли вас комментарии других людей по поводу употребления вами алкоголя?
	3. Возникало ли у вас чувство вины по поводу употребления алкоголя?
	4. Приходилось ли вам опохмеляться по утрам?

*Из Mayfield et al., 1974.

Повышение мотивации к началу вмешательства

Первоочередная задача клинициста — побудить клиента к любым изменениям. Методы мотивирования клиентов к началу вмешательства сильно варьируются; клиницист может воспользоваться повышающими мотивацию техниками расспроса (Miller & Rollnick, 1991) или привлечь семью и заинтересованных других к клиент-центрированной работе (Miller, Meyers, & Tonigan, 1999) или конфронтационной работе (Lieberman, 1993). Применение мотивационных принципов и техник в работе с пациентом, однако, требует от клинициста творческого подхода. Три примера иллюстрируют использование различных подходов к мотивированию клиентов начать вмешательство.

Билл Р., бывший химик, а ныне пенсионер, имеет солидный стаж интенсивного употребления алкоголя, множественные фобии, биполярное расстройство. Первоначально ко мне обратилась его жена, Дайана. Первая консультация прошла по телефону. Во время беседы Дайана сообщила, что муж в течение 20 лет злоупотреблял алкоголем, а после выхода на пенсию начал пить еще больше, и она не знает, что делать: дети злятся и грозят разорвать с ним отношения, она с мужем постоянно ссорится, сама все больше тревожится и чувствует себя подавленной. Она консультировалась по этому поводу со специалистом, который порекомендовал ей провести «вмешательство» — совместную встречу с участием Дайаны, детей, Билла, во время которой они бы высказали ему все, что думают по поводу его поведения, уговорили бы его на лечение и прямо оттуда доставили бы в стационар. Когда Дайана выразила сомнения в целесообразности такого подхода, консультант упрекнул ее в мягкотелости и зависимости от мужа. Она ушла расстроенная, решив отказаться от такого вмешательства, но твердо уверенная в необходимости что-то предпринять. Решив начать с минимального вмешательства, я по телефону предложила Дайане поговорить с Биллом как-нибудь утром (до того, как он успеет выпить) и просто сказать ему: «Билл, я обеспокоена твоим пьянством. Я говорила с психологом, который занимается проблемами алкоголизма, и она хотела бы встретиться с тобой, чтобы оценить твое состояние. После этого она сказала бы нам, что можно сделать». Я порекомендовала ей не настаивать, а просто отвечать на вопросы мужа. В случае его отказа она должна была связаться со мной.

В следующий раз мне довелось поговорить с Дайаной три месяца спустя. Они провели это время в своем загородном доме в Мэйне и ненадолго вернулись, что бы затем вновь уехать туда до конца осени. Билл отказался выполнить ее просьбу

бу, и она не знала, что делать. Я предложила встретиться с ней, чтобы обсудить пути повышения мотивации мужа к изменению. Дайана пришла на консультацию, и после выяснения некоторых вопросов, касающихся истории пьянства мужа и их текущей жизненной ситуации, я предложила три основные поведенческие стратегии, которые позаимствовала из односторонней семейной терапии Томаса (*Thomas's unilateral family therapy*) (Thomas, Yoshioka, & Ager, 1996) и подхода, использующего подкрепление со стороны общины и семейный тренинг (*Community Reinforcement and Family Training, CRAFT*) (Miller et al., 1999). Во-первых, я порекомендовала Дайане не ограничивать мужа в употреблении алкоголя, чтобы негативные последствия проявились наиболее полным образом. Во-вторых, я предложила Дайане указывать мужу на негативное поведение, связанное с пьянством, но только когда он трезв. Ей надлежало говорить что-то вроде: «Билл, я обеспокоена, что прошлым вечером, когда ты был пьян, произошло Х». В-третьих, я призвала ее проводить с мужем время в приятной обстановке, когда он трезв. Учитывая их отъезд в Мэйн на последующие три месяца, я порекомендовала за несколько дней до возвращения в Нью-Джерси вновь обратиться к мужу с просьбой прийти ко мне для оценки его состояния.

В очередной раз Дайана позвонила в начале ноября и договорилась о консультации с участием мужа. Они пришли оба. Далее приведено начало нашего с ними разговора (в этом и последующих диалогах я выступаю в роли терапевта, или Т; клиенты обозначены инициалами)³.

Т: Я рада вас приветствовать. Как вы уже знаете, мы разговаривали с Дайаной несколько месяцев назад, поэтому я вас немного знаю. Я понимаю ваше нежелание прийти и рада, что вы, наконец, решились на это. Как это произошло?

Б: Ну, Дайана попросила меня, я знаю, что она беспокоится, поэтому я согласился. Но я дал согласие прийти только сегодня — я не беру на себя никаких обязательств.

Т: Понимаю, мне самой не хотелось бы подталкивать вас к чему-то, что вам не по душе. Сегодня мне хотелось бы выяснить ваши привычки, связанные с употреблением алкоголя, и те проблемы, которые могут из-за этого возникать. В конце нашей сегодняшней встречи мы с вами обсудим возможные варианты терапии, если вы примете решение внести в свою жизнь какие-либо изменения. Если мои вопросы будут ставить вас в неловкое положение, пожалуйста, дайте мне знать. Хорошо?

Билл явно чувствовал себя не в своей тарелке, он задвинул свое кресло в самый угол, подальше от меня. Он сидел отвернувшись от Дайаны и часто смотрел в потолок или вздыхал, когда она начинала говорить. Несмотря на выраженный дискомфорт, он дал подробный отчет о своем употреблении алкоголя. В течение последних 25 лет он злоупотреблял алкоголем, было время, когда он выпивал каждый вечер пол-литра виски «Джек Дэниеле». В возрасте 60 лет с небольшим у него обнаружили рак кишечника и сделали операцию. После операции он начал беспокоиться о своем здоровье и пытался снизить употребление алкоголя. В настоящее время он пил практически ежедневно, по вечерам, от половины до трех четвертей бутылки вина, иногда (примерно два раза в месяц) около литра виски «Джек Дэниеле». По словам Билла, у него не было абстинентного состояния в те дни, когда он обходился без алкоголя, а также явных соматических последствий пьянства. Он был озабочен невозможностью контролировать употребление алко-

голя и сожалел, что Дайана расстроена его поведением. Его любовь к жене проявлялась во всем — в речи и манере вести себя, очевидно, это была основная причина его согласия на встречу. Дайана добавила, что их дети также обеспокоены пьянством Билла и грозят запретить ему встречаться с внуками, если он будет продолжать пить.

Поскольку Билл явно чувствовал себя неуверенно и испытывал дискомфорт, я отказалась от использования стандартизованных диагностических инструментов и от структурирования первичного интервью, что является моей обычной практикой. Напротив, я следовала за ним, часто комментировала выражаемые им эмоции, время от времени обращаясь к Дайане с просьбой не перебивать мужа, чтобы он мог высказаться. Последние 15 минут часового интервью мы посвятили обсуждению сложившегося положения:

Т: Я не хотела бы перегружать вас вопросами, давайте лучше обсудим возможные выходы из ситуации. Я рада, что вы пришли; понимаю, что вам было нелегко это сделать. Из того, что вы с Дайаной мне рассказали, ясно, что вам есть о чем беспокоиться. Количество употребляемого вами, Билл, алкоголя превышает безопасное для здоровья; вы озабочены невозможностью контролировать свое поведение; злоупотребление алкоголем отрицательно сказывается на ваших отношениях с семьей, что вам не безразлично. Что вы на это скажете?

Б: Мне кажется, весь этот разговор показал, что я действительно много пью. Мне не хотелось бы полностью отказаться от алкоголя — я ценю хорошее вино и с удовольствием выпиваю стаканчик вечером. Но мне не хотелось бы злоупотреблять выпивкой, чтобы не причинять боль Дайане.

Т: Итак, вы обеспокоены и думаете, что имеет смысл внести некоторые изменения; но вы не знаете точно, что это должны быть за изменения, ведь так?

Б: Верно.

Т: Думаю, у вас есть несколько вариантов. Учитывая все те проблемы, о которых шла речь, целесообразно внести изменения. Вероятно, идеальным выходом из положения было бы полностью прекратить употребление алкоголя: если вы перестанете пить, ваше здоровье не будет ухудшаться из-за действия алкоголя; в некотором смысле это было бы лучше всего, учитывая, что сейчас вы пьете почти ежедневно. Однако если вы не желаете полностью отказаться от алкоголя, можно рассмотреть вариант снижения дозы до сравнительно безопасной, которая не будет причинять беспокойство Дайане и вашим детям. Я бы хотела поработать с вами над этой задачей. Мне кажется, в настоящее время вы не нуждаетесь в интенсивном вмешательстве в условиях стационара, но вы, несомненно, выиграете, если получите некоторую помощь извне. Что вы думаете по этому поводу?

Б: Признаться, я удивлен вашей уверенностью в том, что я смогу снизить дозу. Надо об этом подумать. Я передам свое решение через Дайану.

Далее обсуждение продолжилось при участии Дайаны, сессия завершилась обещанием Билла обдумать мое предложение. Несколько дней спустя позвонила Дайана с сообщением, что Билл согласен приступить к вмешательству, и мы назначили встречу после их возвращения из Мэйна. В настоящее время я встречаюсь с этой парой регулярно на протяжении последних нескольких месяцев.

Дороти Р., 78-летняя вдова, бывшая учительница, была госпитализирована в местную клинику после того, как упала в собственной квартире.

Уровень алкоголя в крови при поступлении у нее составлял 185 мг%, на теле было множество застарелых синяков, в результате последнего падения она вы-

вихнула плечо и сломала запястье. Ей тут же назначили терапию абстинентного состояния; меня как консультанта по пагубным пристрастиям вызвали к ней на второй день после госпитализации. Когда я пришла провести первичное интервью с Дороти, у нее сидел сын Джон. С его помощью я выяснила историю ее алкоголизации, которая началась, когда Дороти было чуть больше 40 лет. Хотя она сама пыталась бросить пить, она никогда не воздерживалась от выпивки дольше нескольких дней; Дороти никогда не лечилась от алкоголизма. После смерти мужа два года назад она ежедневно выпивала литровую бутылку бренди из черной смородины. Она полностью утратила связь с прежними друзьями, не следила за собой, неоднократно получала травмы, не выходя из дома. Дороти говорила обо всем этом со слезами на глазах, ей было мучительно стыдно за свое поведение. Джон описал ее дом как «большую помойку». Он также сообщил, что испытывает негодование.

Как выяснилось, в семье Дороти многие страдали алкогольной зависимостью, включая отца, двоих братьев, дядю по матери. Несмотря на проводимое лечение, у Дороти наблюдались признаки абстинентного состояния во время интервью. Она была слезлива, все время называла себя «грешной, плохой» женщиной. Мой стиль проведения интервью был эмпатийным — я расспрашивала ее о причинах беспокойства, самочувствии, отражала ее явную тревогу по поводу своего настоящего положения. Затем я сообщила Дороти, что существуют виды вмешательства для пациентов с ее проблемами. Она немедленно и резко отреагировала, заявив, что она дурной человек, а употребление алкоголя есть грех. Хотя обычно я не склонна представлять алкогольную зависимость как болезнь, в данном случае я сочла это приемлемым и благоприятным для пациентки. Учитывая продолжительную историю алкогольной зависимости в сочетании с несомненной физиологической зависимостью, а также отягощенную наследственность, такой подход был вполне оправдан. Я сказала:

Дороти, я вижу, что вы очень сильно переживаете из-за своей алкогольной зависимости и связанных с ней проблем для вас и вашей семьи. Я понимаю, что вы склонны обвинять себя, считая себя дурным человеком из-за того, что не можете бросить пить. Можно взглянуть на это иначе. Вы можете со мной не согласиться, но я надеюсь, что мои слова заставят вас задуматься. Некоторые мои пациенты говорят, что алкоголизм — это болезнь. В вашем случае, видимо, это именно так. Вероятно, у вас имеются гены, которые делают вас восприимчивой к алкоголю, — ваш отец, дядя, братья страдают, по-видимому, тем же заболеванием. Нам известно, что склонность к алкоголизму может передаваться по наследству, и, как мне кажется, это и произошло с вами. Со временем ваш организм приспособился к алкоголю — ему теперь лучше с алкоголем, чем без него. Если вы решите бросить пить, ваш организм будет протестовать. Это проявляется в дрожании рук и тошноте, которые вы испытываете сейчас, — признаке того, что ваш организм стал зависимым от алкоголя. Что это значит? Это значит, что ваш организм реагирует на алкоголь иначе, не так, как другие организмы, причем все это было с самого начала. Вы виноваты в том, что больны алкоголизмом, ничуть не больше, чем диабетик виноват в том, что его организм не вырабатывает инсулин. Пациенты не несут ответственности за свои болезни. Однако в их власти обратиться за помощью и придерживаться рекомендаций тех, кто эту помощь оказывает. Конечно, у вас есть проблемы, связанные с употреблением алкоголя, но у вас есть семья и друзья, которым вы не безразличны. Если вы получите помощь, у вас появится хорошая возможность наладить свою жизнь.

Дороти поначалу скептически отнеслась к такой постановке вопроса. Без всяких моих рекомендаций сын Дороти в тот же день принес ей почитать несколько брошюр, в которых алкоголизм описывался как болезнь. Когда я пришла к ней на следующий день, она засыпала меня вопросами о течении заболевания и природе вмешательства, на которые я постаралась ответить максимально конкретно, сделав при этом акцент на повышении мотивации — не пытаясь подтолкнуть ее к вмешательству, а отражая ее интерес и обеспокоенность. К моему третьему визиту Дороти дала согласие на участие в программе вмешательства. Она прошла краткосрочную программу реабилитации в условиях стационара, за которой последовала более длительная амбулаторная групповая терапия. Дороти стала работать на добровольных началах в больнице, где мы впервые с ней встретились. Она работала и вела трезвый образ жизни в течение нескольких лет, пока возраст не заставил ее отойти от дел.

Деннис Д., 41-летний стоматолог, злоупотреблял алкоголем, опиатами и бензодиазепинами. Случай Денниса доказывает, что терапевт должен владеть полным набором техник мотивирования индивидов к началу вмешательства. В то время когда я познакомилась с Деннисом, Ратджеровский центр изучения алкоголизма заключил контракт со Стоматологической ассоциацией Нью-Джерси на оказание услуг стоматологам, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками, по диагностике, мотивации, направлению на терапию и наблюдению. По поводу Денниса мне позвонил врач кабинета неотложной помощи в пятницу вечером. Деннис принял чрезмерную дозу лекарственных средств и был срочно доставлен коллегами в кабинет неотложной помощи. Его состояние было стабильным, и он желал поскорее уйти из клиники. Врач хотел, чтобы мы, в соответствии с контрактом, «что-нибудь сделали». Один за другим мне позвонили коллеги Денниса, его жена, еще один стоматолог, который курировал его по программе АА. Все они сообщили мне по телефону пугающие подробности о пагубных пристрастиях Денниса, его жестоком обращении с домашними, отмене назначенных с пациентами встреч в вечерние часы, о том, как однажды он вырвал пациенту здоровый зуб, неоднократно терпел неудачи при вмешательстве по программе АА и амбулаторной терапии. Каждый из позвонивших считал Денниса неисправимым, причем все были чрезвычайно озабочены его возможным самоубийством. Я предложила всем встретиться со мной в клинике, где находился Деннис, и предупредила врача, чтобы он его задержал.

По приезде в клинику я вначале побеседовала с Деннисом с глазу на глаз. Он был возбужден, но хорошо ориентировался, воинственно настроен и отказался обсуждать со мной любые возможности вмешательства. Самые тонкие приемы повышения мотивации меня подвели. Учитывая создавшееся критическое положение и крайнюю тяжесть расстройства, я решила прибегнуть к технике конфронтации (Lierman, 1993). Эта техника была разработана для противодействия сопротивляющимся клиентам и предполагала ряд активных действий. Исследования показывают, что две трети семей на первых порах отказываются от вмешательства (как было с Дайаной и Биллом), однако техника конфронтации заметно повышает шансы привлечь клиентов (Miller et al, 1999). Я предложила коллегам Денниса, его жене, куратору собраться вместе и обсудить с Деннисом его проблемы. Все они с готовностью согласились. В течение 30 минут я объясняла им правила конфронтации: 1) каждый должен начинать обратную связь с выражения за-

боты или обеспокоенности; 2) каждый должен давать конкретную поведенческую обратную связь по поводу употребления Деннисом алкоголя и наркотиков (например, говорить об отмене назначенных с пациентами встреч вместо обвинений в халатном отношении к своим обязанностям); 3) в конце своей обратной связи каждый должен повторно выразить свою озабоченность и требование к Деннису принять помощь. Затем мы пригласили Денниса, и каждый получил возможность высказаться. Деннис расплакался, а спустя некоторое время согласился принять помощь и выполнять мои рекомендации по поводу вмешательства.

Оценка

После того как клиент дал согласие на терапию, психотерапевт приступает к первичной оценке употребления алкоголя, других психоактивных веществ, а также проблем в различных сферах жизнедеятельности. Обязательно следует оценить мотивацию, а также ресурсы клиента в связи с вмешательством. Если клиенту предстоит поддерживающее вмешательство, надо провести полный функциональный анализ употребления алкоголя. Если к вмешательству привлекаются супруг/партнер клиента или другие члены семьи, требуется дополнительно оценить их роль в употреблении алкоголя, а также особенности их взаимоотношений друг с другом и с клиентом.

Оценка употребления алкоголя

Для выяснения алкогольного анамнеза и отношения клиента к употреблению алкоголя в настоящее время используется так называемое интервью пациента (*Patient interview*). Перечень основных вопросов, которые затрагиваются в интервью, приведен в табл. 9.3.

Таблица 9.3. Темы для обсуждения при первичном интервью пациента (в присутствии обоих партнеров)

I. Первичная ориентация

- А. Знакомство.
- Б. Дыхательный тест на алкоголь.
- В. Краткие опросники.

II. Первичная оценка

- А. Предъявляемые проблемы.
- Б. Роль употребления алкоголя/наркотиков в предъявляемых проблемах.
- В. Другие причины для беспокойства.
- Г. Как употребление алкоголя одним партнером сказывается на другом. Д. Как употребление алкоголя повлияло на отношения.

III. Оценка употребления алкоголя/психоактивных веществ

- А. Идентифицированный пациент.
 - 1. Количество, частота, стереотип употребления алкоголя.
 - 2. Последний случай употребления алкоголя/психоактивных веществ.
 - 3. Длительность существования проблем с употреблением алкоголя/психоактивных веществ.
 - 4. Негативные последствия употребления алкоголя/психоактивных веществ.
 - 5. Симптомы по *DSM-IV*.
 - 6. Оценка потребности в детоксикации.

Б. Партнер.

1. Количество, частота, стереотип употребления алкоголя.
2. Последний случай употребления алкоголя/психоактивных веществ.
3. Длительность существования проблем с употреблением алкоголя/психоактивных веществ.
4. Негативные последствия употребления алкоголя/психоактивных веществ.
5. Симптомы по *DSM-IV*.
6. Оценка потребности в детоксикации.

IV. Оценка других проблем

- А. Психотические симптомы.
- Б. Депрессия.
- В. Тревога.
- Г. Синдромы органического поражения мозга/когнитивного расстройства.
- Д. Состояние здоровья.

V. Оценка жестокого обращения в семье

- А. Эта оценка проводится с каждым из партнеров в отдельности. Б. Обзор модифицированной шкалы тактики поведения в конфликте (*Modified Conflict Tactics Scale*).
1. Идентификация эпизодов физической агрессии.
2. Определение уровня ущерба/травмы вследствие агрессии.
3. Оценка чувства безопасности индивида в супружеской терапии.

Как правило, мы используем ручной тестер в начале каждой сессии, позволяющий по концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе судить о его уровне в крови. Помимо интервью пациента разработаны и применяются два структурированных интервью: анамнестическое интервью (*Timeline Follow-Back Interview, TLFB*) (Sobell, Maisto, Sobell, Cooper, & Saunders, 1980), предназначенное для ежедневной (на период времени до начала вмешательства) оценки поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, а также разделы, посвященные психоактивным веществам в структурированном интервью пациента (*Structured Patient Interview*) для *DSM-IV* (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1996). Эти инструменты позволяют получить стандартизованную информацию о количестве, частоте и стереотипах употребления алкоголя, а также другие сведения, необходимые для постановки формального диагноза. Методы самоотчета позволяют оценить тяжесть алкогольной зависимости (Шкала алкогольной зависимости, *Alcohol dependence scale, ADS*) (Skinner & Allen, 1982) и негативные последствия употребления алкоголя (Опросник последствий пьянства, *Drinker Inventory of consequences*; Miller, Tonigan, & Longabaugh, 1995).

Оценка других проблемных сфер

Здесь клиницист имеет богатый выбор методов оценки жизненных проблем, от неструктурированных интервью до простых перечней проблем и формальных техник опроса. Индекс выраженности пристрастия (*Abuse Severity Index, ASI*) (McLellan et al., 1992) принадлежит к наиболее часто применяемым способам оценки функционирования клиента в различных областях; в нем имеются такие субшкалы, как медицинская, психологическая, семейная/социальная, правовая, производственная, употребления алкоголя и наркотиков. Индекс *ASI* может ис-

пользоваться в качестве интервью, на это требуется около 45 минут, существуют также компьютерные версии интервью. Индекс ASI, однако, не дает диагностической информации о наличии психических расстройств, поэтому клиницист должен дополнительно использовать вопросы формального скрининга на психические расстройства (Zimmerman, 1994).

Оценка мотивации

Оценка мотивации должна включать в себя:

- 1) причины обращения за профессиональной помощью с учетом степени влияния внешних факторов на него;
- 2) употребление клиентом алкоголя и другие мишени вмешательства;
- 3) стадию готовности клиента к изменению;
- 4) степень осознания клиентом пагубных последствий своего текущего стереотипа употребления алкоголя и положительных последствий его изменения.

Из беседы с пациентом можно выяснить причины его обращения за помощью, а задачи по коррекции употребления алкоголя можно выяснить путем прямого расспроса клиента или с помощью простого бланка выбора целей (см. форму 9.1). Два инструмента, Шкала оценки изменений Университета Род-Айленда (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) и Опросник готовности к изменениям (*Readiness to Change Questionnaire*) (Rollnick, Heather, Gold, & Hall, 1992), позволяют оценить этап изменений. Степень осознания негативных последствий употребления алкоголя и положительных последствий изменения этого стереотипа также можно оценить с помощью интервью с пациентом или путем проработки с клиентом бланка принятия решений (Marlatt & Gordon, 1985) (см. форму 9.2).

Нам хотелось бы узнать ОДНУ задачу, которую вы поставили перед собой в отношении употребления алкоголя на это время. Пожалуйста, прочтите перечисленные ниже задачи и выберите ОДНУ из них, которая точнее соответствует вашей собственной в данный момент, сделав пометку в клеточке напротив этой задачи и внося недостающие сведения на месте пробела, если таковые имеются.

- ☐ Я решил не менять своего стереотипа употребления алкоголя.
- ☐ Я решил сократить употребление алкоголя и выпивать не более определенной дозы — контролировать, как часто и сколько я выпиваю. Я хотел бы ограничиться не более чем _____ порциями (максимальная доза) в течение _____ (период времени).
- ☐ Я решил полностью прекратить употреблять алкоголь на некоторое время, после чего я приму новое решение по этому вопросу. Для меня период времени, в течение которого я хотел бы не употреблять алкоголь, в течение _____ (время).
- ☐ Я решил перестать употреблять алкоголь регулярно, но иногда выпивать, когда действительно этого захочу.
- ☐ Я решил бросить пить раз и навсегда, хотя понимаю, что когда-нибудь не смогу сдержаться и выпью разок.
- ☐ Я решил бросить пить раз и навсегда, полностью воздерживаться, до конца жизни не употреблять алкоголь.
- ☐ Ни одно из этих утверждений мне не подходит. Моя цель в том, чтобы _____

Форма 9.1. Форма для оценки задачи по изменению стереотипа употребления алкоголя

Бланк принятия решения		
	Не пить	Пить
За		
Против		

Форма 9.2. Бланк принятия решения (Из Marlatt and Gordon, 1985). Copyright 1985 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения (таблица)

Функциональный анализ

Для выявления предпосылок употребления алкоголя можно воспользоваться двумя диагностическими техниками. Опросник-самоотчет способов употребления алкоголя {*Drinking Patterns Questionnaire, DPQ*} (Zitter & McCrady 1979) содержит перечень потенциальных средовых, когнитивных, аффективных, межличностных и внутриличностных предпосылок или побудительных мотивов к употреблению алкоголя. Кроме того, можно использовать Опросник ситуаций употребления алкоголя {*Inventory of alcohol situations*} (Annis, 1982) — более компактный инструмент для оценки ситуаций, в которых клиент много пьет.

Ежедневные карты самозаписи (форма 9.3) используются на протяжении всего вмешательства для регистрации количества порций и побуждений к употреблению алкоголя. Анализируя эту информацию, записи клиента, обсуждая события, связанные с употреблением алкоголя или возникновением побуждений к этому, клиницист составляет более четкие представления о предпосылках употребления алкоголя и последствий этого. Карты самозаписи также позволяют клиницисту следить за прогрессом в ходе вмешательства, т. е. судить о количестве и частоте употребления алкоголя, а также числе и интенсивности побудительных мотивов к выпивке.

Идентификационный номер клиента _____									
Дата _____									
ЕЖЕДНЕВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ									
Побуждения			Порции/наркотики						
Время	Выра- жен- ность (1–7)	Пуско- вой фактор	Время	Тип алко- гольного напитка/ наркотика	Коли- чество (порции, мл)	% алко- голя	Пуско- вой фактор		
Удовлетворенность отношениями:			1	2	3	4	5	6	7
			очень					максимально	
			низкая					возможная	

Форма 9.3. Карта самозаписи клиента (таблица)

Оценка партнера

Опросники и карты самозаписи могут применяться для получения сведений о том, как партнер клиента переживал случаи употребления алкоголя. Ежедневно партнер оценивает свое восприятие того, как клиент употребляет алкоголь или его потребности это сделать, по Шкале Лайкерта (отсутствие, легко, умеренно или тяжело) (см. форму 9.4). Кроме того, партнеру можно предложить заполнить модифицированную версию Опросника супружеского поведения (*Spouse Behavior Questionnaire, SBQ*) (Orford et al, 1975). Благодаря этому опроснику можно получить информацию о тех усилиях, которые прилагает партнер для того, чтобы справиться с употреблением алкоголя. Сюда относятся виды поведения, которые непосредственно предшествуют употреблению алкоголя, положительные последствия употребления алкоголя, негативные последствия употребления алкоголя, положительные последствия соблюдения трезвости, поведение с целью самозащиты.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАРТНЕРА

Идентификационный номер клиента

Дата _____

День	Дата	Употребление алкоголя	Употребление наркотиков	Выраженность потребности	Удовлетворенность отношениями
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Нет Н У В	Д Н	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Шкала употребления алкоголя: нет — не пил; Н — низкое (1-2 порции); У — умеренное (3-4 порции); В — высокое (5 порций и более).

Шкала употребления наркотиков: Д — да, Н — нет.

Шкала выраженность потребности: 0 — отсутствие; 7 — максимальная интенсивность.

Шкала удовлетворенности отношениями: 1 — очень низкая 7 — максимально возможная.

Форма 9.4. Карта самозаписи партнера (таблица) *■

Если к вмешательству предполагается привлечь обоих партнеров, необходимо также оценить другие аспекты супружеских отношений. Опросник сфер изменения (*Areas of Change Questionnaire, ACQ*, Margolin, Talovic, & Weinstein, 1983) и Шкала диадической адаптации (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*; Spanier, 1976) — превосходные инструменты самоотчета о проблемах во взаимоотношениях и удовлетворенности. Модифицированная шкала тактики поведения в конфликте (*Modified Conflict Tactics Scale*; Pan, Neidig, & O'Leary, 1994) — хороший инструмент для оценки конфликтных взаимоотношений, в том числе применения насилия.

Выбор условий вмешательства

Сведения, полученные в результате оценки употребления алкоголя, сопутствующих проблемных сфер и мотивации, используются для принятия решения о начальных условиях вмешательства. Как и в других сферах здравоохранения, к вмешательству при алкоголизме и наркомании применим принцип оказания помощи в минимально ограничивающих условиях. С конца 1970-х и на протяжении 1980-х гг. наиболее оптимальным вмешательством считалась реабилитация в стационарных условиях (обычно в течение 28-30 дней). Контролируемые исследования, посвященные сравнению эффективности различных уровней оказания помощи (см., например, Fink et al, 1985; Longabaugh et al, 1983; McCrady et al, 1986), а также все возрастающий интерес служб медицинского страхования к уровню оказания помощи стимулируют переход к амбулаторным подходам. В начале XXI в. чаще всего используются интенсивные амбулаторные программы фиксированной продолжительности с оказанием непосредственной помощи (*National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 1996).

Принятие решения относительно уровня оказания помощи происходит на основе рациональных подходов. Так, был разработан Комплексный подход к выбору начальных условий вмешательства (ASAM; 1991). В нем учитываются потребность клиента в детоксикации, медицинские показания, требующие наблюдения, сопутствующая психиатрическая патология, мотивация к изменению и степень принятия вмешательства или сопротивление, вероятность рецидива, характеристики социального окружения. Определены и критерии изменения уровня оказания помощи. Хотя предложенные критерии вполне логичны и обоснованны, нет опубликованных данных о том, что при их применении можно улучшить исход терапии.

В двух исследованиях (Institute of Medicine, 1990; Breslin, Sobell, Sobell, Buchan, & Cunningham, 1997) были предложены варианты ступенчатого подхода к принятию решений об уровне помощи. Согласно этому подходу, на начальном этапе используется краткосрочное вмешательство, решение о более интенсивной и/или продолжительной терапии принимается с учетом реакции клиента на начальное вмешательство. Такие подходы экономически оправданы и отвечают принципу наименее ограничивающего уровня вмешательства.

Существует множество условий, в которых может быть проведено вмешательство при алкоголизме. Сюда относятся стационарные условия, дневной стационар, амбулаторные клиники и дома «на полпути». Широко распространены также группы самопомощи. Учитывая отсутствие эмпирически обоснованных рекомендаций по выбору адекватного уровня помощи для конкретного клиента (критерии ASAM также не имеют под собой фактической основы), мы используем комбинацию критериев ASAM и других характеристик пациента для определения начального уровня работы с клиентами. Основные показатели описаны ниже и приведены в табл. 9.4.

Потребность в детоксикации

Если клиент страдает физической зависимостью, ему предстоит пережить синдром отмены при снижении дозы или прекращении употребления алкоголя. О возможной физической зависимости говорит ряд признаков (Femino & Lewis, 1980).

Таблица 9.4. Рекомендации по выбору условий вмешательства

Уровень оказания помощи	Показания
Госпитализация	• Острые соматические проблемы • Судороги • Делирий
Стационар, детоксикация	• Физическая зависимость • Выраженный синдром похмелья в прошлом/настоящем • Судороги в анамнезе • Серьезные соматические проблемы • Серьезные психические проблемы • Пациент считает, что не сможет бросить пить, если не будет находиться под наблюдением
Детоксикация в социальных условиях	• Физическая зависимость • Отсутствие острых проблем со здоровьем • Отсутствие в анамнезе судорог, выраженного синдрома похмелья • Пациент не склонен считать, что не сможет бросить пить, если не будет находиться под наблюдением
Амбулаторная детоксикация	• Отсутствие физической зависимости • Отсутствие осложняющих обстоятельств • Пациент отказывается от госпитализации • Социальная поддержка трезвого образа жизни
Стационарная терапия	• В анамнезе досрочное прекращение амбулаторной терапии по поводу алкоголизма • В анамнезе досрочное прекращение или запои во время терапии по поводу алкоголизма в условиях дневного стационара • Недостаточная социальная поддержка трезвого образа жизни • Социальная поддержка пьянства • Когнитивные расстройства • Другие острые психические проблемы • Вероятность суицида • Отсутствие медицинской страховки или средств для амбулаторного вмешательства • Проблемы с транспортом • Выраженные личные предпочтения
Терапия в условиях дневного стационара	• В анамнезе досрочное прекращение амбулаторной терапии • В анамнезе быстрый рецидив после стационарной терапии • Достаточно хорошая социальная поддержка • Двойственное отношение к терапии или изменению • Необходимость ухаживать за ребенком • Невозможность сделать перерыв в работе • Выраженные личные предпочтения
Амбулаторное вмешательство	• Успешное амбулаторное вмешательство в анамнезе • В прошлом успешные самостоятельные попытки бросить пить • Хорошая социальная поддержка

Уровень оказания помощи**Показания**

Интернат (Halfway house)	В анамнезе успешное изменение
	Нехватка ресурсов для более интенсивного вмешательства
	Необходимость ухаживать за ребенком
	Невозможность сделать перерыв в работе
	Выраженные личные предпочтения
	В анамнезе рецидив после стационарной терапии
	Отсутствие социальной поддержки

Ежедневное употребление алкоголя, употребление алкоголя регулярно или периодически в течение дня, а также употребление алкоголя по утрам заставляют предполагать физическую зависимость. Если клиент жалуется на то, что просыпается ночью от страха, дрожи либо тошноты или же испытывает подобные симптомы после первого пробуждения, это также говорит о зависимости. Более того, прекращение употребления алкоголя или заметное снижение дозы приведет к появлению малых симптомов отмены, таких как дрожание рук, тошнота, рвота, расстройство сна, раздражительность, тревога, тахикардия, повышение кровяного давления и температуры. Эта симптоматика обычно начинается спустя 5-12 часов. Впоследствии, спустя 24-72 часа после последнего приема алкоголя, могут развиваться более тяжелые признаки синдрома отмены (судороги, бред, галлюцинации).

Если клиент в течение нескольких дней до первичного визита не употреблял алкоголь, можно не беспокоиться по поводу возможного синдрома отмены. Если клиент прекратил употребление алкоголя в течение последних трех дней, клиницисту следует выяснить, имеются ли у него признаки абстинентного состояния. Если клиент продолжает употреблять алкоголь, для принятия решения о необходимости детоксикации клиницисту приходится полагаться на длительность алкогольного анамнеза, стереотип употребления алкоголя и результаты предыдущих попыток бросить пить.

Если клиент нуждается в детоксикации, есть следующие варианты: медицинская детоксикация в условиях обычного или дневного стационара, немедицинская детоксикация в условиях стационара, амбулаторная медицинская детоксикация. Медицинская детоксикация в условиях стационара необходима, если у клиента наблюдались в анамнезе и имеются в настоящее время дезориентация, делирий, галлюцинации или судороги в период абстинентного состояния. Если клиент не уверен, что сможет бросить пить, пока его не лишат доступа к алкоголю, но у него отсутствуют выраженные признаки отмены, здоровье в порядке, нет склонности к употреблению других психоактивных веществ, более предпочтительны социальные условия детоксикации. При наличии у клиента определенной социальной поддержки детоксикацию можно провести в условиях дневного стационара или амбулаторно. Выбор между двумя последними условиями будет зависеть от того, какая поддержка потребуется клиенту в период отмены, а также от степени структурированности программы вмешательства после детоксикации. Если предполагается достаточно структурированная программа, целесообразно провести детоксикацию в условиях дневного стационара.

Соматические проблемы

Выбирая те или иные условия для проведения детоксикации, клиницист должен учитывать наличие у клиента других соматических проблем. С позиции разумной осторожности необходимо, чтобы каждый клиент перед началом вмешательства прошел тщательное обследование с анализом мочи и крови. При первой же встрече с клиентом следует интересоваться его здоровьем, а при наличии серьезных жалоб немедленно направлять к врачу. Состояние здоровья некоторых клиентов требует госпитализации; в таких случаях вмешательство имеет смысл с этого и начать.

История лечения

После расспроса о физическом здоровье следует выяснить историю предыдущих вмешательств по поводу алкоголизма. Можно задать, например, следующие вопросы.

1. Предпринимал ли клиент в прошлом попытки амбулаторного вмешательства, удалось ли ему прекратить или снизить употребление алкоголя? Если да, то можно попытаться провести амбулаторное вмешательство и на этот раз.
2. Приходилось ли клиенту досрочно прекращать амбулаторное вмешательство в прошлом? Если да, и с тех пор не произошло никаких значительных изменений, целесообразно прибегнуть к более интенсивной программе в условиях дневного или обычного стационара.
3. Приходилось ли клиенту досрочно прекращать вмешательство, неоднократно выпивать во время программы дневного стационара? Если да, то лучше выбрать вмешательство в условиях обычного стационара.
4. Был ли у клиента рецидив сразу же после выписки из стационара? Если да, целесообразно сделать выбор в пользу дневного стационара или амбулаторных условий, поскольку рецидив может быть связан с плохой адаптацией к естественным условиям после стационара. Альтернативой может стать помещение в интернат, чтобы клиент дольше находился в структурированном окружении.

Предыдущие попытки бросить пить

Многим клиентам на том или ином этапе удавалось самостоятельно снизить дозу или прекратить употребление алкоголя. Этим клиентам больше, чем всем остальным, показано амбулаторное вмешательство.

Системы социальной поддержки

„

Системы социальной поддержки чрезвычайно важны для принятия решения о выборе подходящих условий первичного вмешательства. Если у клиента есть поддержка окружающих, например своего супруга/партнера, старшего ребенка, родителя, близкого друга, заинтересованного работодателя, супервизора программы АА или другого человека, который либо готов эту поддержку оказать, либо уже оказывает, тогда этот клиент становится хорошим кандидатом для амбулаторного вмешательства. Если социальная поддержка явно недостаточна или даже благоприятствует пьянству, рекомендуется поместить клиента в обычный или дневной стационар. Кроме того, интернат может предоставить оптимальные

условия для вмешательства при отсутствии социальной поддержки, а также при трудностях налаживания контактов с людьми даже в период абстиненции.

Личностные ресурсы

Далее необходимо обратиться к личностным психологическим ресурсам клиента. Удалось ли ему достичь успеха в других сферах жизни, изменить поведение, справиться с задачами? Если да, предпочтительно амбулаторное вмешательство. Другой аспект личностных ресурсов — когнитивное функционирование. При заметных когнитивных расстройствах, например нарушениях памяти, внимания, абстрактного мышления или решения проблем, следует сделать выбор в пользу более высокого уровня вмешательства. В противном случае могут возникнуть трудности с усвоением информации, полученной во время вмешательства, или с успешным устранением предпосылок употребления алкоголя.

Другие психологические проблемы

Как уже отмечалось, злоупотребляющие алкоголем индивиды часто имеют другие значительные психологические проблемы. Клиницисту следует оценить эти проблемы, а также определить уровень оказания помощи в связи с алкоголизмом, учитывая оптимальные условия для вмешательства по поводу сопутствующей патологии. Если у клиента выраженная депрессия, надо оценить вероятность суицида и в случае необходимости принять меры предосторожности.

Установки в отношении вмешательства

Хотя степень готовности клиента к изменениям и к участию в терапии оценить трудно, тем не менее надо учитывать эти важные факторы при выборе уровня вмешательства (а также начального подхода к терапии). Клиент, который колеблется, но хочет начать лечение, скорее всего, отреагирует на более интенсивную программу, где будет обеспечено достаточное подкрепление участия во вмешательстве и начала изменений. Иногда же нерешительность клиента делает невозможным проведение вмешательства по более интенсивной программе, например клиент не желает нарушать привычный уклад жизни, что необходимо в стационарных условиях.

Практические проблемы

Клиницист должен иметь в виду целый ряд практических вопросов. Хотя при некоторых психотерапевтических подходах принято считать эти вопросы свидетельством сопротивления клиента, мы с коллегами рассматриваем практические проблемы как реальные препятствия на пути вмешательства и пытаемся их преодолеть совместно с клиентом. Некоторые из этих практических проблем связаны с трудовой занятостью, с тем, может ли клиент позволить себе отпуск, насколько срочная у него работа, пользуется ли он поддержкой работодателя, не приведет ли невыход на работу к ее потере. Если у клиента срочная работа, попытка настоять на вмешательстве в стационарных условиях, скорее всего, приведет к потере клиента.

Второе соображение касается финансовых возможностей клиента. Может ли клиент себе позволить взять отпуск по состоянию здоровья (при отсутствии больничных листов)? Если нет, лучше запланировать амбулаторное вмешательство

или программу дневного стационара, чтобы человек смог продолжать работать. Кроме того, необходимо выяснить, сможет ли клиент оплатить вмешательство.

Другие практические проблемы — это транспорт и уход за детьми. Сможет ли клиент добираться до места назначения в случае амбулаторных консультаций? Есть ли у него водительские права? Если нет, может ли добраться иным способом? Может ли кто-то присмотреть за детьми, если клиент будет госпитализирован? Если нет, предпочтительно вмешательство в условиях дневного стационара.

Клиницист должен внимательно отнестись к другим специфическим практическим проблемам. Исследования показали, что страдающие алкоголизмом клиенты более охотно начинают вмешательство и доводят его до конца, если удовлетворены их насущные потребности (например, Chafetz et al, 1962), это следует учитывать при планировании вмешательства.

Личные предпочтения

Наконец, следует со вниманием отнестись к личным предпочтениям клиента. Если клиент настаивает на госпитализации или помещении в интернат, клиницист должен обязательно это учесть, даже если по результатам первичной оценки можно было бы ограничиться амбулаторным вмешательством. Аналогичным образом, если клиент предпочитает амбулаторное вмешательство, можно с ним согласиться, даже если клиницисту предпочтительным кажется более интенсивное вмешательство.

Общие принципы

В целом выбор начальных условий вмешательства крайне важен. Часто возникает необходимость в заключении контракта с указанием наиболее приемлемых для клиента условий, но с оговоркой обстоятельств, в которых уровень оказания помощи будет изменен. Например, клиницист полагает, что клиенту будет трудно отказаться от употребления алкоголя при амбулаторном вмешательстве, но сам клиент на этом настаивает, тогда в первичном контракте следует наметить план снижения дозы или прекращения употребления алкоголя, указать навыки, необходимые для реализации этого плана, а также временные рамки. Если индивид не сумел уложиться в оговоренное время, контракт будет пересмотрен для изменения условий вмешательства. Таким образом, хотя решение о начальных условиях вмешательства представляется важным, надо быть готовым к обсуждению изменения условий.

Выбор модальностей вмешательства

Проведение вмешательства на базе стационара, интерната или по интенсивной амбулаторной программе предполагает использование целого ряда модальностей. При алкоголизме имеется шесть вариантов: группы самопомощи, индивидуальная терапия, групповая терапия, супружеская терапия, семейная терапия, а также интенсивные программы вмешательства. В амбулаторных условиях клиницист имеет возможность более гибко выбирать среди этих модальностей.

Группы самопомощи

К наиболее распространенным группам самопомощи относится движение *А.Л.* Такие группы действуют во всех штатах США, а также в 150 странах мира. Про-

грамма АА предлагает специфический подход к исцелению, основанный на представлении об алкоголизме как о физическом, эмоциональном и духовном заболевании, которое невозможно излечить, но можно приостановить. Исцеление рассматривается как пожизненный процесс, который требует выполнения программы «Двенадцать шагов ЛА» и воздержания от употребления алкоголя (подробное описание программы АА см. McCrady & Irvine, 1989). Единственное требование для членства в организации АА — желание прекратить пить, члены не должны платить взносов или формально вступать в организацию. Индивиды, участвующие в работе организации, посещают различные собрания; общаются с назначенным организацией куратором, который призван помогать им в исцелении; занимаются другой деятельностью в рамках АА, от приготовления кофе перед встречами до посещения совещаний, на которых члены одной группы АА общаются с другой группой. Более активное участие в работе организации коррелирует с более заметными изменениями к лучшему (Emrick, Tonigan, Montgomery, & Little, 1993).

Исследования показывают, что индивиды, активно участвующие в работе АА, склонны использовать социальную поддержку при преодолении трудностей, переживают утрату контроля над употреблением алкоголя, чаще выпивают по случаю, чем лица, не участвующие в работе АА, испытывают более сильную тревогу по поводу своего пьянства, полагают, что алкоголь нарушает их психическое функционирование, отличаются большей религиозностью или духовностью (Emrick et al, 1993). Амбулаторное вмешательство с целью ускорить присоединение к движению АА (фасилитация «Двенадцать шагов») оказалось в контролируемых исследованиях не менее эффективным, чем другие формы амбулаторной терапии. Имеются данные, что клиенты после программы фасилитации «Двенадцать шагов» чаще полностью отказываются от алкоголя, чем клиенты, получающие вмешательство с преобладанием поведенческих компонентов (*Project MATCH Study Group*, 1997b).

Как отмечалось в начале этой главы, в последние годы появились альтернативы группам самопомощи. Так, на принципах поддержки основывается программа самопомощи SMART. SMART предлагает пошаговый подход к исцелению и полагает в качестве основы успешного вмешательства осознание иррациональных убеждений, изменение самовосприятия и ожиданий. Согласно этой программе, в идеале нужно стремиться к полному воздержанию, хотя при этом учитывается личный выбор клиента. Программа SOS была разработана в основном как ответ на духовные аспекты АА, Высшая сила при этом не считается предпосылкой процесса изменения. Программа самопомощи для женщин «Женщины за трезвость» (*Women for Sobriety*) делает акцент на важных для женщин вопросах, в частности уверенности в себе, своих силах и автономии как части процесса изменения. Движение «За умеренное употребление алкоголя» использует поведенческие принципы для выработки привычки к умеренному употреблению алкоголя. Все эти альтернативные подходы лучше совместимы с поведенческими подходами, чем АА, однако они не столь широко доступны клиентам.

Индивидуальное вмешательство

Индивидуальная терапия в амбулаторных условиях проводится довольно часто. К сожалению, отсутствуют данные, на основании которых можно однозначно по-

рекомендовать индивидуальную или групповую терапию. Публикации на тему алкоголизма у женщин пестрят сообщениями о том, что женщины лучше откликаются на индивидуальную, а не групповую терапию, однако эмпирически это не доказано. Аналогичные соображения высказываются по поводу вмешательства у лиц старшего возраста, страдающих алкоголизмом, факты при этом также не приводятся.

Групповая терапия

Среди психотерапевтов, работающих с алкоголиками, бытует мнение о том, что групповая терапия предпочтительнее индивидуальной (исключение, видимо, составляют женщины и пожилые люди). Групповая терапия сравнительно экономична, взаимодействие между участниками группы дает возможность обратной связи, репетиции поведения, что сложнее сделать в условиях индивидуального вмешательства.

Поведенческие подходы к групповой терапии вообще (Monti, Abrams, Kadden, & Cooney 1989) и к терапии клиентов с алкоголизмом и их супругов/партнеров (O'Farrell & Cutter, 1984) хорошо документированы. Клиентам, способным функционировать в групповых условиях и не требующим пристального индивидуального внимания в связи с другими психологическими проблемами, может быть рекомендована групповая терапия.

Супружеская терапия

В ряде исследований показано, что привлечение к вмешательству супруга/партнера повышает вероятность положительного исхода (подробнее см. Epstein & McCrady, 1998). Несмотря на эмпирические данные, консультанты по вопросам алкоголизма отдают предпочтение индивидуальной или групповой терапии, а не супружеской, отмечая, что личностные изменения должны предшествовать коррекции взаимоотношений. Существуют подходы, которые нацелены одновременно на индивидуальные и межличностные изменения (McCrady & Epstein, 1995). Супружеская терапия может быть рекомендована клиентам, имеющим стабильные взаимоотношения, когда партнер выражает готовность участвовать в терапии и может оказать клиенту помощь на ранних этапах вмешательства. Пары с нестабильными отношениями не подходят для супружеской терапии.

Были разработаны техники, которые позволяют самостоятельно проводить вмешательство лицам, партнеры/супруги которых страдают алкоголизмом. Поведенческие группы, в которых делается акцент на самостоятельном принятии решения, коммуникации и устранении условий для пьянства, эффективно способствуют повышению мотивации индивидов с алкоголизмом к началу вмешательства или снижению употребления алкоголя (Miller et al, 1999; Sisson & Azrin, 1986; Thomas, Santa, Bronson, & Oyserman, 1987). Программа *Al-Anon* предлагает помощь (в форме самопомощи) партнерам и членам семьи алкоголиков.

Семейная терапия

Несмотря на значительный интерес к алкоголизму со стороны семейных психотерапевтов, подходы к работе с семьей алкоголика в целом крайне редки. В сфере самопомощи семьям, в которых есть проблемы с пьянством, действует программа для подростков *Alateen* и программа для маленьких детей *Alatot*.

Программы интенсивного вмешательства

Хотя программы интенсивного вмешательства, по сути дела, затрагивают условия вмешательства, а не модальность, они играют особую роль в лечении алкоголизма, поэтому с полным правом могут считаться модальностью вмешательства. «Миннесотская модель» (Sheehan & Owen, 1999) представляет собой интенсивное вмешательство, которое включает групповую терапию, просвещение, участие в группах самопомощи и отчасти индивидуальное консультирование. Программы, основанные на Миннесотской модели, предполагают конфронтацию с оказывающим сопротивление клиентам. Исходя из того, что «алкоголик» «бессилен перед алкоголем», они ставят задачу налаживания отношений взаимной зависимости и заботы, а также поощряют участие в движении *А.Л.* Со временем в программы Миннесотской модели вошло множество поведенческих стратегий и техник, в том числе тренинг социальных навыков и релаксации, а также техники профилактики рецидивов.

Программы Миннесотской модели рекламируются как наиболее эффективные при алкоголизме, однако для подобных заявлений нет достаточных оснований. Большинство исследований, посвященных этим программам, проводили оценку единичной программы вмешательства, причем речь шла исключительно о частных клиниках для алкоголиков. По результатам этих исследований, довольно много клиентов бросили пить (см., например, Filstead, 1991; Stinchfield & Owen, 1998), однако эти клиенты, как правило, изначально имели хороший прогноз, поэтому без адекватной контрольной группы трудно судить о сравнительной эффективности этих программ. Широкая реклама этих программ привлекает множество клиентов с алкоголизмом и их семьи.

Выбор терапевтических подходов

В распоряжении клинициста имеется целый ряд различных терапевтических подходов. Полное описание техник вмешательства не входит в задачи этой главы, заинтересованного читателя мы отсылаем к другим источникам (McCrady & Epstein, 1999), дающим практическое описание самих техник, а также эмпирические данные об их эффективности.

В целом поведенческие техники включают процедуры контроля стимулов, процедуры контроля последствий, когнитивное реструктурирование, тренинг поведенческих навыков и поведенческие техники супружеской терапии. Кроме того, поведенческие психотерапевты сочетают антидипсотропные препараты с поведенческими контрактными процедурами (дисульфирам (ангабус) в США, а также налтрексон (ревиа)). Другие терапевтические подходы основаны на представлении об алкоголизме как о болезни (Sheehan & Owen, 1999) или на концепции семейных систем (McCrady & Epstein, 1996).

Повышение и поддержание мотивации к изменению

Даже после принятия решения об уровне оказания помощи и получения согласия клиента на лечение клиницисту следует уделять внимание мотивации к продолжению вмешательства и изменению.

Техники повышения мотивации включают в себя обратную связь, мотивирующий расспрос, совместную постановку задач и принятие решений, заключение

контракта на вмешательство, а также вселение надежды. Три конкретных примера иллюстрируют некоторые из этих техник.

Билл Р. (описанный ранее в данной главе) приступил к вмешательству, будучи в сомнениях. Он желал оценить свое употребление алкоголя стандартизованными методами, поэтому в течение месяца мы провели интервью *TLFB* (Sobell et al, 1980), заполнили Ратджеровский опросник последствий пьянства (*Rutgers Consequences of Use Questionnaire, RCU*; Rhines, McCrady, Morgan, & Hirsch, 1997) и Бланк принятия решения (*decisional balance sheet*, Marlatt & Gordon, 1985; см. форму 9.2). На основании этой информации в качестве обратной связи я дала Биллу стандартное заключение об употреблении алкоголя (см. форму 9.5). В заключение были приведены данные об употреблении им алкоголя по сравнению с национальными нормами (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1995), информация о максимально допустимом и обычном уровне алкоголя в крови, а также наличии у него негативных последствий пьянства. Билл заинтересовался полученной информацией и стал расспрашивать о метаболизме алкоголя, результатах эпидемиологических исследований, влиянии алкоголя на здоровье. Хотя Дайана стала проявлять нетерпение, я сочла, что интерес Билла к сведениям об алкоголе и его влиянии — благоприятный знак, говорящий о его включенности в процесс вмешательства.

Мы обсудили, какие задачи следует решить в связи с употреблением алкоголя, и я предложила рекомендации движения «За умеренное употребление алкоголя» для мужчин (ММ, 2000), т. е. не более 14 порций в неделю, не более четырех дней в неделю и не более четырех порций за один раз. Билл настаивал на ежедневном употреблении алкоголя, но не более трех порций в день. Дайана не возражала, заметив, что, если ему это удастся, она будет очень удивлена. Хотя выбранная Биллом доза была выше, чем мне хотелось бы, я согласилась, чтобы он не отказался от вмешательства. Затем я дала ему первое «домашнее задание» — начать записывать, когда и сколько он пьет (см. форму 9.3). Домашнее задание служит полезным поведенческим тестом на уровень мотивации, и я была рада, когда в следующий раз он принес заполненные карты самозаписи.

Сюзанна, 39-летняя программистка, проходила амбулаторную терапию в рамках исследовательского проекта. Сюзанна пила каждый день, ее обычная доза составляла три стакана вина. Она неоднократно пыталась бросить пить и чувствовала, что полностью утратила контроль над потреблением алкоголя. Она была озабочена тем, что плохо себя чувствует и не может общаться с детьми по вечерам, когда выпивает, особенно после того, как муж стал часто ездить в командировки. Сюзанна добровольно обратилась за помощью и желала полностью перестать пить. Несмотря на свое желание и очевидную потребность бросить пить, Сюзанна совершенно иначе, чем Билл, отреагировала на такую же структурированную обратную связь. Она предоставила сведения для *TLFB* и заполнила опросник *RCU*, но когда я подсчитала, что среднее употребление составляет 21,5 порции в неделю, Сюзанна не согласилась со мной и обвинила в неточности. Кроме того, она заявила, что считает себя участницей исследования, а не терапии, поэтому точность данных имеет большое значение. Я не стала с ней спорить, подтвердила, что она участвует в исследовании и есть надежда, что оно ей поможет. Сюзанна продолжила вмешательство и несколько недель спустя вдруг заявила: «Знаете, я ведь прохожу вмешательство, мне это необходимо. Думаю, вначале

я пыталась защитить свое “Я”, уделяя внимание преимущественно исследовательским аспектам».

БЛАНК СУПРУЖЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Для пьющего

1. Основываясь на полученной в результате исследования информации, я подсчитал количество «стандартных порций», которое вы потребляете в среднем за неделю, в течение последнего месяца:
общее количество стандартных порций за неделю _____;
среднее число стандартных порций в день _____.
2. Если учесть всех пьющих жителей США, вы употребили алкоголя больше, чем приблизительно _____ процентов женского/мужского населения страны.
3. Я также оценил ваш максимальный и средний уровень алкоголя в крови в течение последнего месяца. Уровень алкоголя в крови зависит от количества употребляемых вами стандартных порций, продолжительности такого уровня потребления алкоголя, от вашего пола и веса. Итак,
ваш максимальный уровень алкоголя в крови в среднем за неделю составил _____;
ваш средний уровень алкоголя в крови в среднем за неделю составил _____.
Это показатель вашего обычного уровня интоксикации. В нашем штате алкогольная интоксикация начинается с _____ и выше.
4. У вас имеется множество негативных последствий употребления алкоголя. Вот некоторые из наиболее важных: _____

Для партнера

1. Вы испробовали множество способов борьбы с пьянством жены/мужа. В частности, вы пытались: _____

Для пары

1. В ваших отношениях есть множество проблем. Некоторые из них волнуют вас обоих в равной степени: _____

2. Некоторые проблемы больше тревожат мужа: _____

3. Некоторые проблемы больше тревожат жену: _____

Форма 9.5. Бланк обратной связи для супружеской пары об употреблении алкоголя

Анна, 32-летняя выпускница колледжа, была замужем, имела 20-месячную дочь Бреанн и работала официанткой. Ее муж, Чарли, работал полный рабочий день и выполнял докторскую программу по инженерному делу. Анна начала те-

рапию в рамках нашей исследовательской программы по вмешательству у женщин. Она пила ежедневно и в разных количествах. По вечерам, когда муж был на занятиях, женщина выпивала одну-две бутылки вина. Когда он был дома, она выпивала один стакан вина за ужином. Кроме того, Анна пила в конце своей смены на работе, обычно 4-5 кружек пива за вечер. Когда я предоставила ей информацию (обратную связь) об употреблении алкоголя, указав, что ее уровень потребления соответствует 99-му процентилю женщин, ее глаза наполнились слезами, она была явно расстроена и несколько раз повторила: «Я знала, что это плохо, но не представляла себе, что это настолько плохо».

В процессе вмешательства Анна почти не внесла корректив в свой стереотип употребления алкоголя. Она отменяла или переносила наши встречи и несколько раз сказала: «Если бы вы не были мне симпатичны, я бы уже давно все бросила». Она продолжила:

А: Я люблю выпивать. Когда Чарли на занятиях, я готовлю себе шикарный ужин — телячью отбивную, салат и бутылку хорошего вина. Никто мне не мешает, я наслаждаюсь жизнью. Но я знаю, что от этого надо отказаться ради Бреанн.

[В рамках методики вмешательства мы заполняли Бланк принятия решения, к которому я и предложила вернуться.]

Т: Анна, давайте еще раз взглянем на ваш Бланк принятия решения. Мы с вами заполняли его несколько недель назад. Глядя на него теперь, что вы скажете?

А: Ничего не изменилось. Я плохая мать, потому что пью. Я чувствую себя уставшей вечером и в течение дня. Я просто сажаю дочку перед телевизором, и она смотрит все подряд. Я все время думаю, что с ней будет, когда она вырастет, — нужна ли ей мать-пьяница?

Т: Мне кажется, эти ваши чувства в данный момент очень сильны, но вам трудно помнить о них каждый день. Я бы хотела вам предложить ежедневно просматривать этот бланк. Думаете, это было бы полезно?

А: Думаю, да. Я могу это делать, пока Бреанн завтракает — моя мотивация будет сидеть напротив меня. Я попробую.

Анна стала просматривать Бланк принятия решения каждый день. В течение месяца это помогало, и она постепенно стала меньше пить, начала тренироваться и регулярно приходить на сессии. Однако эти изменения были непродолжительны, Анна довольно быстро вернулась к прежним привычкам, стала пропускать сессии и много пить.

Выбор целей в отношении употребления алкоголя

Последний важный вопрос, который требуется рассмотреть при планировании вмешательства, — это выбор целей. Традиционные подходы к вмешательству при алкоголизме видят единственную приемлемую цель — воздержание. Это продиктовано представлениями об алкоголизме как о прогрессирующем заболевании, которое можно остановить только с помощью полного воздержания. Поведенческие терапевты исследовали альтернативные воздержанию варианты и разработали ряд стратегий обучения клиентов умеренному употреблению алкоголя. Хотя такая цель больше подходит индивидам с диагнозом злоупотребления алкоголем (без зависимости), тренинг умеренного потребления не получил широкого распространения, поскольку в этом случае клиницист становится уязвимым к нападкам сторонников традиционной терапии алкоголизма.

В ряде исследований было показано, что результатом (не самым плохим) лечения алкоголизма может быть снижение употребления алкоголя (например, Helzer et al, 1985; Vaillant, 1983), но данные об эффективности тренинга умеренного употребления противоречивы. В двух исследованиях, проведенных в Европе, было обнаружено, что предоставление клиентам возможности выбора целей вмешательства способствует соблюдению рекомендаций и может улучшить его исход (Ojehegan & Berglund, 1989; Orford & Keddle, 1986).

Я неоднократно говорила о том, что абстиненция является наиболее предпочтительной целью вмешательства (см., например, McCrady, 1992; Nathan & McCrady, 1987), и продолжаю придерживаться этой точки зрения. Абстиненция четко определена и соответствует обычной практике вмешательства при алкоголизме в США. Кроме того, если клиницист соглашается на контролируемое употребление алкоголя клиентом, это может подкрепить искаженные представления клиента о необходимости алкоголя для повседневного функционирования.

В определенных обстоятельствах, однако, имеет смысл выбрать в качестве цели снижение употребления алкоголя. Это может быть промежуточной целью для привлечения клиента к вмешательству или, как в случае с Биллом Р., применяться, когда клиент не соглашается на полную абстиненцию, но готов способствовать изменениям. Умеренное употребление алкоголя также оправдано, если у клиента есть признаки алкогольной зависимости или похмелья, ему в прошлом удавалось пить умеренно, отсутствуют соматические или психологические проблемы, которые могут обостриться при продолжении употребления алкоголя, клиент сравнительно молод и не имеет отягощенного семейного анамнеза по алкоголизму (Rosenberg, 1993). Если терапевт с клиентом выбрали в качестве цели умеренное потребление, клиенту будет проще достичь этой цели после начальной периода воздержания. Делая выбор в пользу умеренного потребления, клиницист должен помочь клиенту осознать текущие и потенциальные пагубные последствия чрезмерного употребления алкоголя, а также получить осведомленное согласие клиента. Кроме того, клиницист должен рассматривать первичную цель терапии (воздержание или умеренное потребление) как промежуточную и быть готовым скорректировать ее в процессе вмешательства.

Поощрение воздержания

Если клиент избрал в качестве цели воздержание, у психотерапевта есть множество способов его поощрить. При выборе умеренного потребления рекомендуется начать с периода отмены, а затем постепенно вводить алкоголь. Как уже говорилось, существует несколько стратегий детоксикации, в том числе детоксикация в условиях стационара, в амбулаторных условиях, детоксикация по типу «холодной индейки» (когда клиент резко прекращает пить), или постепенная программа снижения употребления алкоголя, рассчитанная на несколько недель, пока клиент не достигнет абстиненции. Пример из практики иллюстрирует постепенную программу снижения потребления алкоголя.

Стив, 48-летний бездомный и безработный, имел продолжительный анамнез героиновой, кокаиновой и алкогольной зависимости. Ранее ему дважды удавалось в течение длительных периодов времени (два и шесть лет) воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков. Он начал вмешательство после героиновой детоксикации, но по-прежнему употреблял алкоголь в среднем по восемь пор-

ций в день (обычно пол-литра крепких напитков плюс одну-две кружки пива). Он был здоров и не имел в анамнезе симптомов похмелья. Детоксикация в стационарных условиях была ему не по средствам. Первичное вмешательство было нацелено на то, чтобы помочь ему получить постоянное жилье и временное социальное пособие. После такого социального вмешательства психотерапевт (один из студентов-практикантов) переключил внимание на употребление алкоголя. Стив горячо поддержал программу постепенного снижения потребления алкоголя. Он прошел медицинское обследование в местной бесплатной клинике и был признан здоровым. Мы начали с того, что предложили ему в течение одной недели записывать, что он пьет и сколько, чтобы иметь четкие исходные данные. Далее мы разработали программу снижения потребления алкоголя на 15%, или на восемь порций, в неделю. Мы обсудили специфические стратегии достижения этой цели в течение каждой последующей недели, а Стив продолжил наблюдать за количеством выпитого спиртного. В течение периода снижения потребления алкоголя Стив возобновил отношения с бывшей подругой, которая перестала с ним общаться после того, как он начал употреблять героин. Узнав об отказе Стива от героина, она проявила интерес к возобновлению знакомства. Ее присутствие способствовало соблюдению программы снижения потребления алкоголя, поскольку она не знала, что Стив раньше пил. Все шло своим чередом, и спустя семь недель Стив полностью прекратил пить.

Проведение функционального анализа

Выше мы говорили, что поведенческая оценка факторов, связанных с пьянством клиента, включает в себя как структурные, так и качественные аспекты, при этом проводятся интервью с пациентом, используются опросники и карты самозаписи об употреблении алкоголя и побудительных мотивах к его употреблению. Случай Сюзанны, о которой шла речь ранее, служит прекрасным примером того, насколько сложен процесс поведенческой оценки и какие результаты он позволяет получить.

Сюзанна происходила из большой еврейской семьи, родители предъявляли к ней завышенные требования. У нее было три дочери, 10, 8 и 4 лет. Она стала много пить пять лет назад после автокатастрофы, в которой погиб ее брат-близнец. Они вместе пошли на концерт Брюса Спрингстина, брат немного выпил. Вскрытие, проведенное после аварии, показало, что он также употреблял кокаин, о чем Сюзанна не знала. Она винила себя за то, что позволила ему вести машину, не настояла на остановке, когда он сильно увеличил скорость. Сюзанна начала пить сразу же после катастрофы и вскоре каждый день выпивала уже полбутылки вина. Хотя это не так уж много, по ее словам, алкоголь помогал ей избавиться от тоски в связи со смертью брата, особенно в конце дня.

В результате поведенческой оценки удалось выявить более сложный спектр предпосылок к употреблению алкоголя. По опроснику *DPQ* Сюзанна отметила эмоциональные предпосылки как наиболее важные, мучительное ощущение тоски, боли и разочарования. Она также указала, что употреблению алкоголя способствует определенная обстановка, например некоторые рестораны, время дня (вечер) и занятия (в частности, просмотр телепередач). Другие важные пусковые моменты удалось выяснить из ее карт самозаписи — ее взаимодействие с членами расширенной семьи, друзьями, ситуации, связанные с ее детьми. Родители Сюзанны не одобряли ее методов воспитания детей. Сюзанна и ее муж Джош посе-

шали консервативную синагогу, держали в доме кошерную пищу, не позволяли детям играть в агрессивные видеоигры и хотели, чтобы каждая из дочерей занималась искусством (музыкой, танцами или живописью). Родители полагали, что внушек воспитывают неправильно, что Сюзанна и Джош слишком строги с ними и консервативны, причем активно высказывали свои критические замечания. Были и другие семейные стрессоры, например общение с сестрой, которая разводилась, и кузиной, у которой были материальные затруднения. Каждая родственница регулярно общалась с Сюзанной, требуя от нее внимания или денег. Результаты функционального анализа Сюзанны представлены в форме 9.6.

Повод	Мысли и чувства	Поведение	Положительные последствия	Отрицательные последствия
Наш день рождения	Джон должен был быть здесь. У меня нет права праздновать. Уйдет ли когда-нибудь эта боль?	Выпиваю бутылку вина	Забываю. Целенею	Я оскорбила его память. Стыжусь себя. Болит голова
Ужин в «Чили» с Джошем и девочками	У них прекрасный коктейль. Мне нужно чем-нибудь запить пряную еду	Выпиваю два или три коктейля	Прекрасный вкус. Еда вкуснее. Расслабляюсь, смеюсь	Джош расстроен моим поведением. Дети видели меня пьяной. Раздражен тем, что не ограничилась одним коктейлем
День, проведенный с Рейчел. Она жалуется на развод. Домой пришла поздно, наскоро поужинала	Разочарована, огорчаюсь за нее, но в этом есть и ее вина. Выби-лась из графика. Тороплюсь	Выпиваю, пока готовлю ужин	Успокаиваюсь. Отгоняю от себя мысли. Вкусно	Раздражена тем, что неожиданно для себя напилась. Ужинаю поздно
Звонит мать с жалобами на то, что сегодня я ей не звонила	Напряжена. Раздражена. Ощущаю вину. Не успеваю с делами	Кладу бутылку вина в холодильник. Выпиваю позже	Раздражение проходит. Смотрю на нее со стороны — она стареет	Опять прибегаю к алкоголю. Раздражена тем, что она мне досажает
Вечер — дети в постели	Теперь я могу расслабиться. Напряжение от дня. Ощущение печали. Мысли о брате	Выпиваю полбутылки вина	Забываю. Целенею	Чувствую, что не могу себя контролировать. Ощущаю печаль и на следующий день
Сара (кузина) звонит мне и просит «денег взаймы»	Она никогда не вернет долг. Если бы она была более бережлива, у нее было бы достаточно денег. Почему она всегда просит взаймы именно у меня? Раздражена	Выпиваю стакан вина	Могу взглянуть на нее со стороны. Понимаю, что я счастливый человек	Джош огорчен моим поведением
Вечер с коктейлями — все пьют	Если я откажусь пить, все решат, что я алкоголичка. Озадачена. Вино привлекает	Выпиваю два стакана вина	Муки совести стихают. Вкусно	Раздражена тем, что неожиданно для себя напилась. Они продолжают считать, что я пью

Форма 9.6. Функциональный анализ Сюзанны (схема)

Ранние стратегии трезвости

Ранние стратегии трезвости нацелены на помощь клиенту в воздержании от алкоголя. Техники поддержки сильно варьируются у разных индивидов, но могут включать в себя стратегии контроля стимулов с целью избежать или преобразовать ситуации высокого риска; выработку навыков совладания с потребностью выпить; изменение отношения к употреблению и неупотреблению алкоголя; идентификацию поведенческих альтернатив употреблению алкоголя в ситуациях высокого риска; выработку альтернативных способов получения подкрепления, ранее получаемого от алкоголя; приобретение навыков отказа от выпивки.

Контроль стимулов

Стратегии контроля стимулов были разработаны с целью изменения внешних предпосылок к употреблению алкоголя — их избегания, видоизменения или проявления иных реакций в той же обстановке. Стратегии контроля стимулов сопоставимы с принципом программы *ЛЛ* быть настроенным на «пациента, место и обстоятельства». Работа с Сюзанной и Биллом иллюстрирует применение этих стратегий.

Что касается Сюзанны, стратегии контроля стимулов сыграли основную роль на ранних этапах вмешательства. Она разработала специфические стратегии для преодоления целого ряда ситуаций высокого риска, которые удалось выявить в ходе функционального анализа. Вначале Сюзанна стремилась по возможности избегать таких ситуаций. Она предложила Джошу посещать только те рестораны, где не подавалось спиртное, решила отказаться от нескольких приглашений на вечеринки, где обязательно был бы алкоголь (например, коктейли). Единственная ситуация, которой она не могла избежать, был конец дня, после того как дети ложились спать. Обычно она мыла посуду после ужина и убирала на кухне, пока Джош помогал девочкам готовиться ко сну, после чего она читала детям книжку и устраивалась перед телевизором с бутылкой вина. Сюзанна решила искоренить эту привычку и после ужина тоже отправляться спать с книгой и чашкой травяного чая. Ей представлялось, что в этом случае она не будет так сильно хотеть выпить. Ей потребовалось три недели, чтобы зайти в книжный магазин и приобрести несколько развлекательных романов, после чего ей удалось с успехом превратить свой план в жизнь, за исключением тех случаев, когда она бывала сильно расстроена.

В случае с Биллом вмешательство осложнялось его нежеланием начинать терапию с периода воздержания и его скептическим отношением к эффективности любого вмешательства. Билл употреблял алкоголь традиционно в одно и то же время, с шести вечера, а предвкушать выпивку он начинал уже с пяти. Однако если Дайана отсутствовала, навещала родственников или друзей, он начинал пить гораздо раньше. Билл особенно много пил, когда к ним в гости приходили друзья, а меньше всего пил, если они с женой собирались вечером куда-нибудь пойти (на ужин, в кино, на лекцию). Мы разработали несколько простых стратегий контроля стимулов: прослушивание музыки, планирование на вечер какого-либо мероприятия, взятие напрокат видеокассеты. Билл с успехом применил эти стратегии и сообщил, что они помогают ограничивать употребление алкоголя, за исключением случаев, когда он чем-либо расстроен. Когда они с Дайаной оставались до-

ма, самым трудным для него было сидеть за столом после еды, когда на столе стояла начатая бутылка вина. Выходом из положения стали кофе и десерт, подаваемые в гостиную, что помогло ему ограничить употребление алкоголя.

Преодоление тяги к спиртному

Когда индивиды снижают употребление алкоголя или находятся в начальном периоде воздержания, они борются с сильным желанием выпить. Следует разъяснить клиенту, почему это происходит, как справляться с такими ситуациями, а также отметить, что это желание постепенно уйдет, если его не подкреплять. Предлагается использовать воображение (Marlatt & Gordon, 1985) для преодоления такой тяги, при этом мысленные образы могут быть ориентированы на принятие (например, сёрфинг с настоящей потребностью выпить) или образы, ориентированные на действие (например, нападение на стремление выпить с са мурайским мечом).

Сюзанна вынуждена была бороться с настоящей потребностью выпить, в частности, когда что-либо напоминало ей о смерти брата. Во время терапии мы фокусировались на различных аспектах ее чувств, связанных со смертью брата, а также непосредственно обращались к ее настоящей потребности выпить. Вначале Сюзанна отрицательно отнеслась к технике создания мысленных образов, утверждая, что ей это будет нелегко. Однако она нуждалась в каком-либо способе совладания с сильным желанием выпить, поэтому я предложила ей попробовать.

Т: Я учитываю тот факт, что вы считаете, будто лишены воображения, возможно, мне удастся вам помочь. Попробуйте рассмешить меня, может быть, найдется подходящий для вас образ. Что именно это будет, не имеет значения — вы можете представить себя карабкающейся на гору и спускающейся с другой стороны, или поливающей свое желание выпить из огнетушителя.

С (с улыбкой): Знаю, что я могу себе вообразить: как вы выпрыгиваете из бутылки и киваете мне.

Т: Ладно, я должна изображать осуждение?

С: Нет, если вы там будете, этого вполне достаточно.

Т: Отлично, я это переживу.

С: На самом деле, я могу вообразить ряд винных бутылок, из первой появляется вы и показываете мне всякие неприятные вещи, которые находятся в другой бутылке.

Т: Что такого там будет отвратительного? Клещи?

С: Клещи вполне подойдут и обязательно тараканы.

Т: Давайте попробуем.

На этом этапе Сюзанна попробовала использовать создание мысленных образов в ситуации воображаемого желания выпить. Ей это вполне удалось. В дальнейшем Сюзанна неоднократно пользовалась этой техникой и находила, что она ей помогает.

Вторая техника для преодоления желания выпить подразумевает помощь члена семьи или друга. В программе *АЛ* участникам рекомендуют звонить кому-нибудь, когда возникает желание выпить, им обычно выдают список телефонных номеров членов организации. Клиенты, не принимающие участия в программе *АА*, могут найти другие источники поддержки. Сюзанна, например, просила о по-

мощи своего мужа, когда у нее возникало желание выпить. Она просила, чтобы он напоминал ей о причинах решения бросить пить и говорил: «Конечно, ты должна решить это сама».

Искаженные когнитивные представления об алкоголе

У пациентов, которые много пьют, обычно более сильные положительные ожидания в отношении действия алкоголя, чем у пьющих мало (Brown, Goldman, & Christiansen, 1985). Например, клиенты могут считать, что употребление алкоголя способствует налаживанию социальных контактов, повышает чувственность, позволяет забыть болезненные события или чувства, повышает общие способности. Эти представления часто весьма устойчивы, и их трудно изменить, особенно если клиент продолжает пить. В такой ситуации могут помочь некоторые когнитивные стратегии. Во-первых, введение периода абстиненции позволит клиенту пережить множество ситуаций без алкоголя, такой опыт часто ведет к пересмотру взглядов практически без участия психотерапевта. В какой-то момент многие клиенты начинают замечать пустоту пьяных разговоров; неприглядный физический облик, поведение и запахи, которыми сопровождаются высокие уровни алкоголя в крови; бедность взаимоотношений между собутыльниками. Умудренный опытом психотерапевт внимательно следит за развитием ситуации, подчеркивая значимость наблюдений и их применимость к клиенту. Если клиент сам не делает таких выводов, психотерапевт способствует развитию у него новых представлений о манере поведения пьяных, предлагая сравнительно безопасный способ за ними понаблюдать — либо в кино, либо в местном баре (в сопровождении человека, которому известно об абстиненции клиента и который ее одобряет).

Вторая стратегия, которая упоминается в публикациях на тему личностных изменений (Ludwig, 1985), направлена на развитие способности сравнивать «положительное» непосредственное действие алкоголя с определенными, но часто отсроченными негативными последствиями. Психотерапевт с клиентом составляют список негативных последствий пьянства, затем клиент с помощью мысленной репетиции на сессии сопоставляет положительные мысли с перечнем негативных последствий. В дальнейшем следует неоднократно выполнять это упражнение в реальных условиях.

В-третьих, некоторые клиенты придерживаются ошибочных убеждений, связанных с употреблением алкоголя, которые оправдывают их пьянство. Вот несколько наиболее типичных: «Я так хорошо справился со всеми делами, что имею право немного выпить сегодня вечером» или «Я выпью только одну рюмку». Хотя некоторым клиентам удастся умеренно употреблять алкоголь, большинство постепенно утрачивают над собой контроль, поэтому им следует научиться противодействовать таким убеждениям.

Работа со Стивом иллюстрирует когнитивные стратегии, с помощью которых удастся оспорить положительные ожидания, связанные с пьянством. Стив долгое время бесконтрольно пил. После периода воздержания он начал думать: «Я мог бы выпить одну кружку пива, и этого было бы достаточно». Его психотерапевт поставил под сомнение это убеждение. Стив с готовностью признал, что раньше не мог контролировать свое пьянство; если его подруга узнает, она огорчится и скорее всего бросит его, а в прошлом рецидив пьянства обычно заканчивался употреблением героина. Они с психотерапевтом разработали про-

стую когнитивную формулу, которую следовало использовать при мысли о выпивке: « $1 = 32 = 10$ », что означало следующее: одна порция ведет к одному литру крепких напитков (32 унции), который, в свою очередь, ведет к употреблению героина (10 доз в день).

Альтернативное/отвлекающее поведение

Употребление алкоголя занимает много времени, и иногда клиенты не знают, что им делать в освободившееся от пьянства время. Обсуждение способов поведения, альтернативных пьянству, которые требовали бы времени и поглощали психическую или физическую энергию, является еще одной полезной стратегией на ранних этапах вмешательства.

Опыт Стива показывает, что клиент с достаточной мотивацией легко может найти такие альтернативы. После того как Стив поселился в меблированных комнатах и приступил к детоксикации, перед ним встала необходимость заполнить свободное время. Некоторая часть дня была занята утомительной работой бедняков — хождением за бесплатным супом, ожиданием медицинских услуг в бесплатной клинике, получением удостоверения личности для участия в других благотворительных программах, например по раздаче одежды. Однако даже с учетом всего этого у Стива была уйма свободного времени. Стив начал придумывать себе дела. Он получил читательский билет и проводил время в библиотеке. Вместо случайного беспорядочного чтения он решил посвятить время истории Крестовых походов, которые привлекли его внимание к средневековому христианству. Бывший католик, он решил вновь начать посещать службу каждый день. Это привело его к участию в работе группы исследователей Библии, чему он отдался со всей страстью и энтузиазмом. Открыв в себе творческую жилку, Стив вскоре стал писать короткие рассказы на религиозные темы.

Выявление альтернативных способов получения подкрепления

К наиболее сложным аспектам алкоголизма и наркомании относится действие этих веществ на психику. Непосредственно после употребления значительных доз алкоголя настроение улучшается, навязчивые мысли уходят, уменьшается мышечное напряжение, хотя эти эффекты не стойки. Алкогольные напитки обладают характерным приятным вкусом, который нельзя заменить другими напитками. Важный аспект функционального анализа — положительные последствия употребления алкоголя, как их понимает клиент. Клиницист может снизить значимость этих подкреплений несколькими способами: помочь клиенту найти альтернативные пути получения аналогичного подкрепления; оспорить убеждение клиента в наличии такого подкрепления (например, поинтересоваться, действительно ли клиент выглядит столь привлекательным и общительным после выпитого литра водки); помочь клиенту пересмотреть важность этого подкрепления; и/или помочь клиенту выявить другие категории подкрепления, которые со временем займут главенствующее место (например, приоритет духовности над гедонизмом).

Умение отказаться от выпивки

Некоторые пьющие люди считают наиболее сложными межличностные аспекты воздержания. В этой связи нужно определить межличностные ситуации как связанные с высоким риском употребления алкоголя, разработать эффективные ре-

акции на них и проиграть эти ситуации. В одном из ранних исследований (Chamcy, O'Leary, & Marlatt, 1978) было показано, что быстрая реакция лежит в основе успешного изменения. Предлагаемые компоненты эффективного способа отказа от выпивки включают четкое заявление о своем нежелании пить, просьбу принести другой напиток, выражение уверенности и комфорта в связи со своей просьбой, а также устойчивость к социальному давлению (Foy, Miller, Eisler, & O'Toole, 1976). Кроме того, клиентам, которые сталкиваются с сильным социальным давлением, следует избегать определенных социальных ситуаций или людей.

Хотя рекомендации по отказу от выпивки представляются довольно простыми, убеждения и ожидания клиента часто делают отказ сложным. Типичны следующие убеждения: «Все подумают, что я алкоголик», «Хозяин обидится, если я откажусь пить» или «Гости решат, что я много о себе возомнил, если я не буду пить с ними». Как и в случае других ложных убеждений, клиницист должен помочь клиенту иначе взглянуть на ситуации отказа от употребления алкоголя, отметив, что большинству людей не важно, кто и как относится к алкоголю, а хозяевам обычно хочется, чтобы гости были довольны. Многие клиенты испытывают двойственные чувства в связи с отказом от алкоголя и считают, что сложнее всего выработать внутреннюю решимость.

Еще одним важным компонентом отказа от алкоголя является личная информация, которой клиент готов поделиться в процессе отказа. Пациенты склонны к разной степени откровенности с окружающими, это зависит от близости отношений и осведомленности о поведении и установках другого человека. В общении с людьми, с которыми клиент не хочет откровенно говорить о своих проблемах с алкоголем, мы рекомендуем простой отказ типа: «Спасибо, нет» или, в случае давления, простой ответ, который не предполагает дальнейших расспросов из-за боязни показаться назойливым: «Я слежу за весом и не могу позволить себе лишних калорий», «Я принимаю лекарства, не совместимые с алкоголем» или «У меня проблемы с желудком, я лучше воздержусь». Ни один из этих ответов не гарантирует, что клиенту в будущем не будет предложено выпить, но на какое-то время они помогают. В случае достаточно близких отношений клиент может самостоятельно принимать решения, когда, где и до какой степени быть откровенным.

Два примера иллюстрируют это положение. Стив жил в меблированных комнатах, а его соседями были дружелюбные, общительные португальцы, которые любили распивать на крыльце спиртные напитки. Эти соседи практически не говорили по-английски. Выпив как-то раз с ними пива, Стив оправдывался перед психотерапевтом, что никак не мог отказаться, потому что не говорит по-португальски. Психотерапевт предположил, что слово «нет», произнесенное с улыбкой и характерным жестом, поймут даже португальцы. Стив признался, что не смог отказаться, потому что сам хотел выпить, а сказанное дружеским тоном «нет», скорее всего, поможет.

Сюзанна не желала, чтобы окружающие знали о ее проблемах с алкоголем и о том, что она бросает пить. Эта позиция выглядела особенно шаткой в преддверии вечеринки с коктейлями. Планируя свое поведение, Сюзанна решила в течение вечера пить минеральную воду, надеясь, что стакан с водой в руке поможет ей отклонять предложения выпить. Если ей будет предложено выпить, она собиралась сказать о своих проблемах со здоровьем, которые не позволяют ей пить, поэтому она пьет минеральную воду. Она подозревала, что кое-кто из друзей (социальный

работник) может догадаться о наличии у нее проблем с алкоголем, однако вечер прошел хорошо.

Стратегии совладания

Клиенты, как и другие люди, попадают в сложные жизненные ситуации, никак не связанные с алкоголем, и им тоже свойственны дисфункциональные мысли, дурное настроение и межличностные конфликты. По мере того как клиент избавляется от связанных с алкоголем проблем, ведет трезвый образ жизни или начинает умеренно потреблять алкоголь, клиницист может переключить внимание на другие проблемы. Техники преодоления дисфункциональных мыслей и восполнения дефицита социальных навыков вполне годятся для клиентов с алкоголизмом.

Преодоление негативного аффекта

Источники негативного аффекта у лиц с диагнозами злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости многочисленны и разнообразны. Как уже упоминалось в этой главе, велика распространенность сопутствующих психических расстройств, в частности аффективных и тревожных. Часты случаи сексуального и физического насилия при расстройствах, вызванных употреблением алкоголя (Stewart, 1996), к последствиям этих проблем часто относится выраженный негативный аффект. Кроме того, лица, которые употребляют алкоголь для преодоления негативного аффекта в течение длительного времени, попросту не владеют навыками совладания с болью, которая является частью повседневной жизни.

При наличии негативного аффекта необходимо тщательное выяснение его причин. Если причиной является другое расстройство, то следует применять терапевтические подходы, специфические для этого расстройства. Если же негативный аффект имеет другое происхождение, все гораздо сложнее. Существуют поведенческие программы управления настроением (например, Monti et al., 1990), но их подробное описание выходит за рамки данной главы. Здесь мы коснемся только их основных принципов. Когда клиенты впервые снижают дозу или прекращают употреблять алкоголь, они могут испытывать всю гамму эмоций, как положительных, так и отрицательных, непривычных и интенсивных. Полезным может оказаться когнитивное реструктурирование, которое поможет клиентам * воспринимать эти интенсивные эмоции как естественный компонент процесса изменения. Если клиент ставит перед собой цель употреблять алкоголь умеренно, то избегание его при выраженном негативном аффекте дает возможность освоить альтернативные стратегии совладания. Конкретные стратегии совладания могут варьироваться в зависимости от типа негативных эмоций и включать релаксацию, молитву, медитацию, переживание приятных событий с целью ослабить депрессию, применение навыков управления гневом и асертивного поведения для совладания с чувством гнева.

Работа с Сюзанной иллюстрирует некоторые из этих принципов. Наибольшую трудность для Сюзанны представляли ситуации, напоминавшие ей о смерти брата. Их день рождения, годовщина смерти, празднование Дней матери и отца, другие праздники, а также важные события в жизни детей (бат мицва), на которых он обязательно присутствовал бы, вызывали выраженный негативный аффект и сильное желание выпить. Учитывая тот факт, что Сюзанна начала злоупотреблять алкоголем сразу же после гибели брата, она практически не провела

работу со скорбью, не имела возможности поговорить о его смерти и чувствах, которые она вызвала. В самом начале терапии я предоставила Сюзанне возможность пережить негативные чувства, просто расспрашивая ее про брата во время сессии. Затем мы с ней обсудили способы преодоления ситуаций, которые напоминали о нем. Я работала с Сюзанной в течение полугода, и за это время возникало множество таких ситуаций. Например, в течение недели перед годовщиной его смерти мы обсуждали, как ей провести этот день и что сделать. Она взяла одну из дочерей на его могилу, они вместе убрали ее и посадили цветы. В субботу, в годовщину смерти брата, Сюзанна пошла в синагогу вместе со своими родными, затем приготовила на ужин его любимые блюда. Это был печальный день, Сюзанна несколько раз плакала. Это была первая годовщина смерти брата, когда Сюзанна действительно чтит его память, а не позорила своим пьянством. Мы также обсудили ее повторяющиеся мысли о его смерти и самообвинения в связи с ней, используя когнитивное реструктурирование. Ей было трудно отказаться от обвинений в свой адрес, когнитивные стратегии помогали мало. В конце концов Сюзанне удалось прийти к следующему выводу: «Я не могу всю жизнь казнить себя. В противном случае я буду плохой матерью. Он был бы разочарован, узнав, что я предала детей».

Упорядоченный образ жизни и приятные занятия

По мнению некоторых исследователей (Marlatt & Gordon, 1985), стойкому успеху способствуют положительные изменения стиля жизни, которые усиливают приятные переживания и позволяют найти баланс между обязанностями и удовольствиями. Хотя в некоторых работах, посвященных успешным изменениям (например, Vaillant & Milofsky, 1982), указывается на то, что создание «альтернативной зависимости» (например, чрезмерная занятость на работе или чрезмерное увлечение спортом) связано с длительной абстиненцией, мы обычно придерживаемся более сбалансированного подхода. По ходу изменения некоторые клиенты начинают считать, что обязаны возместить другим прежнее пренебрежение ими и вваливают на себя все бремя забот о семье, работе и доме. Они пытаются проводить с детьми каждую свободную минуту, устраивают дома капитальный ремонт, берутся за какие-то крупные преобразования. Стремление взять на себя много обязательств имеет следствия как для самого клиента, так и для членов его семьи. Выполнение взятых на себя обязательств приносит одновременно и удовлетворение и разочарование. Членов семьи обычно удивляет желание клиента взять на себя груз обязанностей, и они нередко сомневаются в том, что произошедшие изменения — надолго. Кроме того, члены семьи могут воспринимать энтузиазм клиента как вмешательство в их личную жизнь. Клиенты должны быть готовы к подобным реакциям, а задача клинициста — помочь ему понять такую реакцию членов семьи.

Клиентам следует указать на важность свободного времени, приятных занятий и самоподкрепления достигнутых положительных изменений. Сюзанну сложнее всего было убедить выделять хотя бы полчаса в день на приятные занятия: чтение, релаксацию, физические упражнения. Она полагала, что обязана посвящать все время дочерям, в результате она проводила с ними практически все время, когда они бывали дома. Когда девочки уходили в школу, Сюзанна занималась уборкой, приготовлением еды, оплачивала счета и т. д. Она признавала, что к кон-

цу дня выбивается из сил и чувствует себя уставшей, алкоголь помогал ей «прийти в себя». В конце концов мы договорились о получасовом отдыхе перед обедом, когда она могла поупражняться на тренажере, почитать книгу или прогуляться. Сюзанна лишь отчасти выполнила это предписание, оправдываясь возникновением неотложных дел.

Привлечение партнера/семьи и социальный контекст

В литературе, посвященной вмешательству при алкоголизме, предлагается привлекать значимую для клиента социальную систему для повышения эффективности вмешательства. Поэтому клиницист должен попытаться привлечь к терапии супруга/партнера клиента или значимого другого с самого начала. Для этого существует много способов: эти люди могут быть источниками информации, с ними вместе можно разработать подкрепления для воздержания, им следует помочь обеспечить клиенту эмоциональную или практическую поддержку, привлечь их к сфокусированному на отношениях вмешательству, провести с ними вмешательство без участия клиента, оказать им помощь в получении доступа к новым социальным системам.

Информация

Молва гласит, что алкоголики склонны преуменьшать количество выпитого или лгать об употреблении алкоголя и его последствиях. По результатам исследований, они дают довольно точную информацию, когда находятся в трезвом состоянии и не имеют серьезных причин это скрывать (см. обзор Babor, Stephens, & Maglatti, 1987). Наш опыт показывает, что на этапе оценки полезно получить информацию от членов семьи. Во-первых, лица, которых направили на терапию против их воли, часто неохотно дают сведения об употреблении алкоголя. Сбор анамнеза у специалиста, направившего данного клиента, позволяет понять причины такого нежелания. Даже если человек обратился за помощью сам, значимые другие могут предоставить о нем информацию, которую он никогда не вспомнит. Кроме того, близкий клиенту значимый другой имеет богатый опыт наблюдения за клиентом в течение длительного времени и в разной обстановке и может оказать неоценимую помощь в выявлении предпосылок пьянства.

Реакции на употребление алкоголя и воздержание

Во-вторых, социальная система используется для создания сети отношений, которая обеспечит разнородное подкрепление воздержания, а также будет способствовать немедленной реализации негативных последствий пьянства. Это подкрепление может быть сравнительно простым, например выражение ободрения друзьями и родственниками, или включать в себя разработку подробных контрактов, в которых перечисляются последствия употребления алкоголя и воздержания. Подход, основанный на подкреплении со стороны общины (CRA, Meyers & Smith, 1995), помогает клиентам получить доступ к потенциальным источникам подкрепления (на работе, в семье, в клубах), обучает клиентов и их партнеров поведенческим навыкам совладания со стрессом и может включать в себя разработку контрактов на получение подкрепления в случае трезвого поведения. Кроме того, клиенту может быть прописан антабус, тогда значимый другой привлекается в качестве наблюдателя за соблюдением рекомендаций. Оценка эффек-

тивности подхода *CRA* показывает, что клиенты добиваются гораздо больших успехов, чем контрольная группа, в плане воздержания, сохранения работы, отсутствия госпитализаций и арестов, а также стабильности места проживания.

Помимо манипуляции средовыми условиями, вмешательство может быть направлено на обучение супругов/партнеров и других членов семьи тому, как не пытаться предотвратить негативные последствия употребления алкоголя у клиента. Многие супруги/партнеры защищают пациентов с алкоголизмом, оправдывая их перед коллегами по работе, выполняя за них домашние дела, обманывая друзей и членов семьи и т. д. (Orford et al., 1975). В результате клиент глубже осознает степень связанных с алкоголем проблем, усиливается его мотивация к изменению.

Устранение поводов для употребления алкоголя

Подчас поведение значимых других служит поводом для употребления алкоголя. Например, жена, которая хочет заставить мужа бросить пить, постоянно его «пилит», перечисляя вызванные алкоголем проблемы в надежде, что это приведет к желаемому результату. Или муж пытается заставить жену бросить пить, ограничивая доступ к алкоголю и контролируя ее расходы. Подобное поведение часто имеет обратный эффект, вызывая гнев и защитную реакцию у индивида, и поддерживает употребление алкоголя. Задача клинициста — научить супругов/партнеров определять такое поведение, видеть результаты своих действий и применять другие способы выражения своего беспокойства.

Поддержка неупотребления алкоголя

Значимые другие могут оказать клиенту разнообразную поддержку. Поддержка может заключаться в реализации поведенческих изменений, обсуждении желания клиента выпить, помощи в избегании ситуации высокого риска употребления алкоголя или (по просьбе клиента) в применении других когнитивных или поведенческих навыков для поддержания трезвого образа жизни.

Изменение отношений

Для многих клиентов важные взаимодействия с супругами/партнерами, детьми, родителями или близкими друзьями служат поводом для употребления алкоголя. Следовательно, вмешательство, которое фокусируется на изменении этих межличностных отношений, является еще одним способом привлечения к терапии значимых других. Сюда относятся такие подходы, как супружеская или семейная терапия, тренинг родительских навыков. По данным группы исследователей (McCrady, Stout, Noel, Abrams, & Nelson, 1991) акцент на изменении супружеских взаимоотношений во время объединенного вмешательства при алкоголизме приводит к более стабильным результатам, в результате снижается число разводов и повышается удовлетворенность супругов своими отношениями.

Получение доступа к новым социальным системам

У некоторых клиентов система социальной поддержки либо отсутствует, либо провоцирует на употребление алкоголя. Таким клиентам крайне важно получить доступ к новым системам, которые стали бы источником подкрепления воздержания. Такую поддержку могут оказать, например, группы самопомощи. Многие

религиозные движения также выступают против алкоголя, активное участие в таком движении поддерживает абстиненцию. Многие групповые виды деятельности несовместимы с пьянством; примерами служат занятия бегом, туризмом, велосипедным спортом. К сожалению, алкоголь может быть включен практически в любой вид деятельности, поэтому психотерапевт с клиентом должны внимательно проанализировать групповые нормы в каждом конкретном случае, чтобы судить о приемлемости употребления алкоголя в данной группе.

В целом решение о социальном контексте вмешательства при алкоголизме не относится к разряду простых. На этапе первичной оценки следует привлечь как минимум одного значимого другого, по результатам оценки необходимо сделать вывод о том, кто из ближайшего окружения наиболее доступен и может обеспечить поддержку и подкрепление. У некоторых клиентов отсутствуют источники поддержки, в этих случаях предстоит создать новые системы оказания поддержки.

Долгосрочное поддержание трезвого образа жизни

Профилактика рецидивов

Профилактика рецидивов (Marlatt & Gordon, 1985) представляет собой комплексный психотерапевтический подход. Многие его элементы уже были описаны: идентификация ситуаций высокого риска употребления алкоголя, разработка альтернативных стратегий преодоления ситуаций высокого риска, повышение уверенности в своих силах, развенчание положительных ожиданий в связи с употреблением алкоголя, а также поощрение размеренного стиля жизни. Важнейший компонент этого подхода, как следует из заголовка, — предупреждение рецидива, а также выработка профилактических и ответных стратегий на случай рецидива.

Клиентам разъясняют, что употребление алкоголя после окончания вмешательства случается довольно часто и следует учитывать такую возможность. Для этого используются две основные стратегии. Прежде всего клиентам предлагают составить перечень признаков возможного рецидива, включая поведенческие, когнитивные, межличностные и аффективные признаки. Если супруг/партнер клиента был привлечен к вмешательству, он также участвует в создании списка. После составления такого перечня мы разрабатываем ряд возможных реакций на случай появления этих признаков. Клиент обязательно должен осознать, что при признаке приближающегося рецидива следует срочно принять меры, а не впадать в панику или апатию в связи с его неизбежностью.

Вторая стратегия подразумевает реагирование на употребление алкоголя. Мы направляем свои усилия на «эффект нарушения абстиненции» (Marlatt & Gordon, 1985): указываем клиенту на его катастрофические представления в связи с пьянством и проигрываем альтернативные мысли. Предлагается также ряд поведенческих мер: введение отсрочки (1-2 часа) между начальным и последующими приемами алкоголя, уход из актуальной ситуации, связанной с употреблением алкоголя, проведение функционального анализа этой ситуации, рассмотрение возможных негативных последствий пьянства, а также обращение к кому-либо за помощью (Marlatt & Gordon, 1985).

Исследования подтверждают эффективность этих подходов к профилактике рецидивов. Например, наше собственное исследование (McCrary, Epstein, & Hirsch, 1999) показало, что эпизоды рецидива длятся меньше при объединенном

супружеском вмешательстве с процедурами профилактики рецидивов, чем при объединенной поддерживающей терапией без этих процедур. Другие исследователи (O'Farrell, Choquette, & Cutter, 1998) применяют техники профилактики рецидива в супружеской психотерапии на дополнительных сессиях на протяжении года после самого вмешательства и сообщают о снижении частоты употребления алкоголя у клиентов, получивших эту дополнительную терапию.

Поддержание контакта с клиентами

Ограниченное во времени вмешательство подходит многим клиентам; после курса амбулаторной терапии отмечается длительное стойкое улучшение (Project MATCH Study Group, 1998). Однако периодически случаются рецидивы. Описанные выше терапевтические стратегии профилактики рецидивов нацелены на снижение частоты злоупотребления алкоголем и повышение вероятности положительного исхода. Вместе с тем у некоторых клиентов алкогольная зависимость проявляется как хроническое рецидивирующее расстройство. Как при хронических болезнях, например при диабете или ревматоидном артрите, здесь требуется длительная терапия. Существуют стратегии вмешательства, которые предполагают неинтенсивные контакты в течение продолжительного времени. Клиницисту, который проводит первичное лечение клиента с давно имеющейся алкогольной зависимостью и несколькими курсами лечения за плечами, следует настроиться на длительное общение с клиентом в той или иной форме.

Ли, женатый мужчина 54 лет, обратился за помощью по поводу своей алкогольной зависимости и агорафобии. Вмешательство фокусировалось на обоих расстройствах и оказалось довольно успешным: Ли перестал пить и смог самостоятельно преодолевать на машине большие расстояния. Он жил в часе езды от моего офиса; нам потребовалось почти 12 месяцев, прежде чем он смог сам, без жены, приезжать на сессии. К концу года мы с ним встречались один раз в 2-3 недели. Учитывая длительность абстиненции (один год) и восстановление функционирования, я решила обсудить с ним возможность завершения вмешательства. Его ответ был чрезвычайно поучительным:

Л: Доктор, я употребляю алкоголь очень давно. Один год по сравнению с этим сроком — капля в море. Мне кажется, мы с вами должны время от времени встречаться.

Т: Ли, я понимаю ваше беспокойство, но вы сейчас в полном порядке. Давайте договоримся о том, как часто вы будете приезжать. Допустим, один раз в месяц и не на целый час, а немного меньше, на полчаса. Что вы на это скажете?

Л: Мне эта идея нравится. Давайте попробуем.

Я постепенно уменьшала частоту и продолжительность наших сессий с Ли; мы встречались дважды в год при длительности сессии 15 минут на протяжении последних трех лет курса вмешательства. Он так характеризовал важность этих сессий: «Я знаю, что мне придется с вами встретиться и обо всем рассказать. Это заставляет меня быть честным». В течение этих трех последних лет дом Ли сгорел, сын погиб во время пожара, жена перенесла операцию по поводу рака молочной железы. Он ни разу не изъявил желания чаще встречаться со мной, но неизменно приходил на все назначенные встречи. Он не стал пить, несмотря на все эти трагические жизненные события, объясняя это просто: «Пьянство ничего не изменит, а пьяный я никому не смогу помочь».

Преодоление осложняющих обстоятельств

Как уже говорилось в данной главе, клиенты с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, могут иметь множество других проблем. Клиницисту необходимо оценить их потребности и составить план соответствующего вмешательства. Вот минимальный список проблем, с которыми предстоит иметь дело клиницисту: жилье, транспорт, доходы, трудоустройство, правоохранительные органы, семья, уход за детьми, состояние здоровья, сопутствующие расстройства. В особо сложных случаях необходимо поддерживать связь с местными службами и агентствами. Группа исследователей (Rose, Zweben, & Stoffel, 1999) предлагает комплексную систему взаимодействия с другими службами здравоохранения и социальных услуг.

Роль групп самопомощи

Различные типы групп самопомощи были описаны в одном из разделов данной главы. В случае необходимости можно использовать разнообразные психотерапевтические стратегии, чтобы подвести клиента к решению вступить в группу самопомощи. Прежде всего клиницист должен оценить, является ли данный клиент подходящим кандидатом для вступления в такую группу. Клиентам с выраженной социальной тревожностью или социальной фобией, клиентам, полагающим, что каждый должен справляться со своими проблемами самостоятельно, а также лицам, имеющим отрицательный опыт работы в группах самопомощи, вряд ли можно это рекомендовать. Напротив, легко идущие на контакт клиенты, привыкшие обращаться за помощью к окружающим, тревожащиеся из-за своего пьянства, имеющие систему социальной поддержки злоупотребления алкоголем, а также лица с относительно тяжелой алкогольной зависимостью — подходящие кандидаты для вступления в АА. Индивидов, заинтересованных в социальной поддержке участников группы самопомощи, но не разделяющих некоторых принципов деятельности АА (например, духовности или беспомощности), лучше направлять в альтернативные группы самопомощи.

Клиницист должен использовать клиент-центрированный подход к программе АА или другим группам самопомощи. Такой подход подразумевает диалог между клиентом и психотерапевтом, признание и обсуждение представлений и тревог клиента, выработку согласованного плана действий. Поскольку многие клиенты относятся к АА предвзято и не знают о существовании других организаций, клиницист должен быть готов подробно охарактеризовать эти организации и ответить на вопросы клиента. Кроме того, целесообразно иметь в офисе материалы, изданные каждой из существующих групп. Иногда я предлагаю колеблющимся клиентам посетить несколько собраний, чтобы самим составить мнение о происходящем в группе. Мы обговариваем краткосрочное соглашение на посещение ограниченного числа собраний за определенное время (например, шесть собраний за три недели); договариваемся о том, что откажемся от этой идеи, если клиенту не понравится в группе; обсуждаем переживания, связанные с посещением собрания, на каждой терапевтической сессии. Я использую такие «пробные» способы поведения и в других аспектах терапии — клиенты часто не представляют себе, как работает стратегия, пока сами ее не опробуют, будь то техника релаксации, собрание АА или уверенный ответ; я призываю клиентов экспериментиро-

вать с новыми стратегиями. В случае *Д/Д* вновь прибывшим могут сказать: «Ваши лучшие мысли привели вас сюда», подразумевая, что их собственные стратегии преодоления проблемы оказались неэффективными. «Пробные» способы поведения основаны на том же принципе.

Особенности психотерапевта

Как при любой другой форме терапии, особая роль отводится взаимоотношениям психотерапевта и клиента, а также избранному терапевтом психотерапевтическому стилю. Существенными элементами этих взаимоотношений являются эмпатия, активное слушание, вселение надежды, гибкое применение принципов и техник психотерапии, а также ощущение, что психотерапевт с клиентом вместе следуют согласованным курсом. Исследования показали, что лучшие результаты вмешательства ассоциированы не с конфронтационным, а с эмпатическим, мотивирующим стилем терапии. Конфронтационное поведение психотерапевта, как правило, вызывает у клиента ответную агрессию и защитную реакцию (Miller et al., 1993). Подобные реакции не способствуют формированию конструктивного психотерапевтического альянса.

Работать с клиентом-алкоголиком часто бывает трудно не столько из-за его поведения во время вмешательства, сколько из-за сложившихся за годы пьянства видов поведения, которые могут казаться психотерапевту отвратительными. Клиент может лгать или преуменьшать количество выпиваемого. При участии в терапии супруга/партнера психотерапевтические взаимоотношения осложняются еще больше. В процессе терапии клиента-алкоголика в присутствии супруга/партнера, заинтересованного в том, чтобы клиент бросил пить или уменьшил дозу, психотерапевт фактически вступает в союз с этим супругом/партнером. Последний может попытаться укрепить свой альянс с психотерапевтом, поддакивая ему, выражая гнев на клиента за его поведение, вступая в конфронтацию или, напротив, уступая, позволяя клиенту проявлять вербальную агрессию и склонность к доминированию.

Некоторые установки и виды поведения психотерапевта служат предпосылками успешного вмешательства. Прежде всего это чувство эмпатии. Психотерапевт должен вникнуть в субъективные переживания клиента по поводу начала лечения, а также в трудности привыкания к поведению, не свойственному данному человеку и часто не встречающему одобрения со стороны окружающих. Кроме того, психотерапевту следует представлять себе невероятные трудности на пути к стойкому изменению стереотипа употребления алкоголя. Все это психотерапевту будет проще понять, если он попытается отказаться от какой-либо своей закоренелой привычки, посещая собрания некоторых групп самопомощи (*AA*, *SMART*, *SOS*) и внимательно выслушивая клиентов.

Второе важнейшее для психотерапевта умение — это умение видеть личностные особенности человека и особенности поведения, связанного с употреблением алкоголя. Клиент должен быть твердо уверен в том, что может описывать свое поведение в состоянии алкогольного опьянения, не опасаясь отпугнуть психотерапевта, но также и в том, что психотерапевт не одобрит такого поведения. Эту грань уловить довольно трудно, особенно если клиент описывает свои «приключения» в шутливом тоне, скрывая за этим испытываемое чувство неловкости.

Психотерапевту следует поощрить клиента к обсуждению дурных поступков, связанных с употреблением алкоголя, переживанию негативного аффекта при воспоминании о них, что является одним из способов повышения мотивации клиента к изменению. В то же время психотерапевт должен вселить в клиента надежду, выразив уверенность в предстоящих положительных переменах в связи с отказом от алкоголя или снижением дозы и сделав акцент на способности клиента выработать навыки, необходимые для профилактики нежелательных видов поведения. Это сообщение, адресованное клиенту, звучит примерно так:

Когда вы пьяны, то совершаете множество поступков, которые неприятны вам и окружающим. Сам факт вашего участия в терапии говорит о желании это изменить. Необходимо поговорить о том, как вы себя ведете в состоянии опьянения, ведь зная об этом, вы укрепитесь в своем намерении бросить пить и прекратить так себя вести. На то, чтобы произошли изменения, потребуются время и значительные усилия с вашей стороны, но я верю, что вам это удастся в том случае, если вы не бросите терапию раньше срока.

Иными словами, в сообщении психотерапевта должна прозвучать положительная оценка изменений и отрицательная оценка поведения, связанного с пьянством.

Третье важное качество психотерапевта — его честность. Некоторым клиентам с трудом дается честный рассказ об эпизодах пьянства, невыполненных домашних заданиях, своих чувствах и установках в отношении терапии как из-за связанного с этим чувства неловкости, так и из-за предшествующего опыта. Психотерапевт должен признать, насколько трудно такому клиенту быть честным, ведь ложь в прошлом не раз выручала его. При этом, однако, следует подчеркнуть, что умение быть честным является неотъемлемым элементом терапии. Сам психотерапевт также должен демонстрировать честное поведение. Не следует игнорировать запах алкоголя от клиента, домашние задания надо проверять каждую неделю. Внимание, уделяемое поведению клиента, заставляет его почувствовать важность соблюдения договоренностей и повышает шансы того, что психотерапевту с клиентом удастся выявить проблемы и препятствия на пути исцеления.

В задачи психотерапевта также входит четкая регламентация своих и клиента обязанностей в процессе терапии, установка соответствующих границ допустимого поведения. Психотерапевт должен четко сказать, чего ожидает от клиента: приход на назначенные встречи вовремя, предупреждения в случае неявки, оплаты счетов за терапию, трезвости в день сессии, выполнения домашних заданий. Психотерапевту также следует сказать, что он, в свою очередь, обязуется: приходить на сессии вовремя, быть доступным для телефонных контактов в разумных пределах, на случай своего отсутствия оставлять замену, проводить те виды вмешательства, которые наилучшим образом зарекомендовали себя на практике. Подробный рассказ об ожиданиях и обязанностях показывает, что психотерапевт относится к работе с клиентом со всей серьезностью.

Особенности клиента

Клиницисту необходимо знать об особенностях клиентов-алкоголиков, их влиянии на терапевтический процесс, а также чутко реагировать на них. Эмоциональные переживания клиента, его убеждения и установки, физическое состояние,

а также социальный контекст употребления алкоголя являются важными аспектами плана вмешательства. Реакции людей, которые начинают осознавать, что их пьянство порождает проблемы, могут быть совершенно различными. Чаще всего, по мере того как негативные последствия пьянства множатся, индивид начинает ощущать потерю контроля и стыд за свое поведение. Поступки человека могут сильно расходиться с его представлениями о себе. Глубокое чувство вины или стыда вызывают, например, проявленная безответственность на работе или при денежных тратах, пренебрежение семьей, совершение физического насилия или нанесение оскорблений. Перспектива признаться в этих поступках незнакомому человеку кажется угрожающей, что затрудняет свободное обсуждение связанных с алкоголем проблем. Поскольку многие клиенты склонны объяснять эти проблемы собственной слабостью или отсутствием воли и полагать, что, будь они чуть «сильнее», всего этого не произошло бы, то и обвиняют они прежде всего самих себя. Вследствие этого клиенты чрезвычайно чувствительны к выражению неодобрения со стороны психотерапевта. Справиться с этой особенностью клиентов можно, демонстрируя свою эмпатию при расспросе, давая клиентам понять, что многие их действия характерны для лиц, злоупотребляющих алкоголем, в принимающей манере выслушивая рассказы клиентов о своих поступках в состоянии опьянения.

Изменениям препятствуют убеждения и установки клиентов в отношении алкоголя и своей способности изменить что-либо. Для алкоголиков характерны положительные ожидания, связанные с действием алкоголя на чувства и поступки, эти ожидания тем сильнее, чем более выражено употребление алкоголя. Клиенты могут оправдывать свое пьянство внешними причинами, отрицая собственную ответственность за такое поведение и его изменение. Нередко наблюдается полное неверие в свою способность изменить стереотип употребления алкоголя или справиться с провоцирующими ситуациями, не прибегая к алкоголю, или же, напротив, присутствуют нереально высокие ожидания. Наконец, если индивид бросает пить, а затем вновь начинает, возникает когнитивный диссонанс, и человек переживает «эффект нарушения абстиненции» (Marlatt & Gordon, 1985), что сопровождается выраженной негативной реакцией на первое употребление алкоголя, и убежденность в «срыве» воздержания и неизбежности рецидива прежнего стереотипа употребления алкоголя.

Пример из практики

В предшествующих разделах я приводила фрагменты разных случаев из практики с целью проиллюстрировать предлагаемый терапевтический подход. В данном разделе дано подробное описание амбулаторной терапии одного из клиентов, в котором освещен ряд вопросов в контексте осуществляемого вмешательства. Случай, о котором пойдет речь, был частью исследовательского проекта, посвященного оценке сравнительной эффективности разных подходов к поддержанию изменений после объединенного супружеского поведенческого вмешательства при алкоголизме (McCrady et al, 1999). По методике исследования, партнеры должны были быть женаты или проживать совместно не менее полугода; ни один из партнеров не должен употреблять запрещенных наркотиков или иметь признаки тяжелого органического мозгового синдрома либо психоза; только один партнер

(и именно мужчина) должен страдать злоупотреблением алкоголя или зависимостью. Все пары получали амбулаторное вмешательство под руководством психотерапевта один раз в неделю на протяжении 15-17 недель; все пары дали согласие на первичную оценку и проспективное наблюдение в течение 18 месяцев после завершения вмешательства.

Карл и Мария были женаты, обоим было по 32 года; причиной обращения за помощью послужило пьянство Карла. Мария была среднего роста, с длинными волнистыми черными волосами, она страдала выраженным ожирением. Карл также был среднего роста, светловолосый и стройный, хотя животик уже намечался. Оба супруга выглядели опрятными и привлекательными. Они были женаты пять лет, а знали друг друга 12 лет. У них было двое детей, мальчики двух и трех лет. У обоих супругов семейный анамнез был неотягощен, хотя отец Карла довольно давно умер. Карл происходил из польской семьи, а Мария из итальянской.

На момент вмешательства Карл и Мария полгода проживали раздельно. Он жил с матерью, а Мария с сыновьями снимала однокомнатную квартиру в бедном районе. Мария была дипломированным парикмахером; Карл — плотником и состоял в профсоюзе. На момент обращения Карл не работал, потому что не хотел давать денег Марии и детям, если та подаст на развод. Кроме того, не имея работы некоторое время, он мог рассчитывать на получение денег из профсоюзной программы по выплате пенсий и полагал, что это простой способ добыть деньги. Мария не работала, потому что решила заставить Карла сидеть с детьми, пока она будет отсутствовать, но сомневалась, что можно на него положиться. Она получала социальное пособие; он неофициально подрабатывал. У обоих было среднее образование.

Супруги обратились за помощью по настоянию Марии. Она прочла в местной газете объявление о проведении в нашей клинике супружеской терапии и убедила Карла прийти. Она была чрезвычайно обеспокоена его пьянством и считала его главной причиной разрыва отношений.

Поведенческая оценка и представление случая

Оценка Карла и Марии производилась с использованием нескольких подходов. В данном случае предварительное обследование было более детальным, чем обычно, поскольку речь шла об исследовательском проекте. Однако основные элементы оценочной процедуры применимы также в обычной клинической работе.

Оценка употребления алкоголя

Употребление алкоголя Карлом оценивалось в процессе интервью: выяснялись его алкогольный анамнез и субъективное восприятие текущего стереотипа употребления алкоголя. В начале каждой сессии с помощью ручного тестера оценивался уровень алкоголя в крови. Кроме того, с целью получения более полной картины употребления алкоголя использовались два структурированных интервью — *TLFB* (Sobell et al., 1980) и посвященный алкоголю раздел Комбинированного международного диагностического интервью — Модуль пагубного употребления психоактивных веществ (*Composite International Diagnostic Interview — Substance Abuse Module, CIDI-SAM*; Robins et al., 1988) — и два теста-самоотчета — Мичиганский тест на выявление алкоголизма (*Michigan Alcoholism Screening Test, MAST*; Selzer, 1971) и Шкала алкогольной зависимости *ADS* (Skinner & Allen,

1982). Мария присутствовала на всех собеседованиях и предоставляла дополнительную информацию.

В интервью *TLFB* поведение, связанное с употреблением алкоголя, оценивается по дням в течение определенного периода до начала вмешательства. Для целей исследования мы интересовались употреблением алкоголя в течение предшествующих шести месяцев, сопоставляя упомянутые клиентами эпизоды употребления алкоголя с другими значимыми событиями в их жизни, например праздниками, медицинскими назначениями. С помощью *TLFB* удалось установить, что Карл пил практически ежедневно на протяжении предшествующих шести месяцев. Единственный день обошелся без выпивки, когда его с несколькими друзьями арестовали за попытку кражи (в состоянии опьянения они решили заполучить новые столярные инструменты и не нашли ничего лучше, чем проникнуть в магазин). Его излюбленными напитками были пиво и водка, а максимальная доза составляла около 32 порций. Обычно Карл выпивал ежедневно 10-12 порций.

В разделе *CIDI-SAM*, посвященном проблемам с алкоголем, определяется, присутствуют ли виды поведения, связанные с критериями, которые требуются для постановки диагнозов злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости по *DSM-III-R* (работа с Карлом проводилась до выхода в свет руководства *DSM-IV*). Карл отвечал критериям *DSM-III-R* для диагноза алкогольной зависимости, а также критериям *DSM-IV* для алкогольной зависимости с физической зависимостью. Он начал пить еще в школе, по его словам, первые связанные с алкоголем проблемы появились у него в возрасте 25 лет. В настоящее время накопилось множество негативных последствий пьянства: три ареста за управление автомобилем в нетрезвом виде; один арест за попытку кражи; предупреждения от начальства за выход на работу в нетрезвом виде; проблемы в отношениях с женой; чувство пренебрежения своими обязанностями в отношении жены и сыновей. У него было множество провалов в памяти и наблюдались многочисленные признаки физической зависимости, включая употребление алкоголя по утрам, чувство «паники» оттого, что не смог вовремя достать спиртное, употребление алкоголя в течение всего дня. Однако, по словам Карла, у него никогда не было физических симптомов отмены. Он также отрицал какие бы то ни было соматические или эмоциональные проблемы, связанные с пьянством. На вопрос о целях вмешательства Карл ответил, что хотел бы уменьшить дозу и пить умеренно, однако жена настаивала на полной абстиненции, и он с ней согласился.

Для выявления предпосылок алкоголизации Карла были использованы две диагностические техники. Опросник *DPQ* (Zitter & McCrady, 1979) позволил оценить представления Карла и Марии о предпосылках употребления алкоголя. Карл заполнил этот опросник, отметив все предпосылки пьянства, которые имели место у него в течение предшествующих шести месяцев, Мария также заполнила этот опросник, отметив свое отношение к пьянству мужа. Супругам предложили выявить несколько наиболее важных предпосылок. Оба отметили как наиболее значимое внешнее влияние, указав в качестве подходящей обстановки для пьянства бары и домашние условия, Карл чаще пил по свободным от работы вечерам, по случаю праздников и когда находился в компании пьющих. Второй наиболее важной группой предпосылок были отношения с женой: по мнению Карла, пьянство провоцировали ссоры, гнев, придирки или, напротив, хорошее совместное времяпрепровождение. Третьей группой проблем, предшествующих употребле-

нию алкоголя, были, по отзывам обоих супругов, физиологические факторы, такие как усталость и беспокойство.

Кроме того, на протяжении вмешательства Карл использовал карты самозаписи, отмечая в них количество выпитого спиртного и эпизоды сильного желания выпить. Анализ его записей и обсуждение событий, связанных с употреблением алкоголя или влечением к выпивке, позволили установить, что важнейшей составляющей его пьянства является пребывание в компании друзей-алкоголиков. Карты самозаписи также помогли прояснить факторы, связанные с ощущением «беспокойства». Когда они с Марией были вместе и дети не спали, ему хотелось уйти куда-нибудь, он становился беспокойным и раздражительным, возникало желание выпить, чтобы «расслабиться». В конце концов из обсуждения эпизодов пьянства по картам самозаписи удалось установить, что Карлу хотелось выпить всякий раз, когда Мария напоминала ему о его обещаниях (даже если речь шла о чем-то простом, например принести книгу, которая была у него дома), когда она пыталась заставить его взять на себя какие-либо обязательства или когда он чувствовал себя «в западне», хотя Мария не сказала ничего определенного.

Опросники и карты самозаписи использовались также для оценки отношения Марии к пьянству Карла. Она указывала свое отношение к пьянству мужа каждый день по шкале Лайкерта (отсутствие, легкое, умеренное, выраженное), а также супружеское удовлетворение. На терапевтических сессиях обсуждались ее реакции, предшествующие эпизодам алкоголизации и являющиеся их следствием. Кроме того, оба партнера заполнили модифицированную версию опросника *SBQ* (Orford et al, 1975). Каждый из них отметил, как часто Мария предпринимает действия, так или иначе связанные с употреблением алкоголя. Результаты исследования показали, что Мария часто расспрашивала Карла о его поведении, угрожала ему или упрасивала не пить. Она реагировала на его пьянство негативно — порывала с ним отношения, вызывала полицию, отказывалась от занятий сексом. В то же время она прилагала значительные усилия, чтобы его поддержать, подтолкнуть к абстиненции, старалась хорошо провести с ним время, когда он не был пьян, делала ему приятное, обсуждала с ним разные приятные вещи, которые были бы им доступны, если бы не пьянство.

Супружеские отношения

Оценка супружеских отношений производилась с помощью опросников *ACQ* (Margolin et al, 1983) и *DAS* (Spanier, 1976), а также при просмотре видеозаписи обсуждения супругами проблем в своих взаимоотношениях. Мария была серьезно обеспокоена их с Карлом будущим, судя по ее желанию жить отдельно. Помимо пьянства для мужа, по ее мнению, были характерны безответственность, нежелание работать, заботиться о детях, перестать зависеть от матери. В целом Мария чувствовала, что Карл не может предоставить ей конкретную помощь или эмоциональную поддержку. Она также выказала озабоченность в связи с распределением ролей в семье. Марии казалось, что Карл навязывает ей свои представления о роли жены, что она сама позволила ему это сделать. В результате она часто испытывала гнев и обиду. Наконец, она считала источником проблем взаимоотношения Карла с матерью, считала ее «палочкой-выручалочкой», которая избавляет его от проблем и ничего от него не требует. Она сообщила, что когда они с Карлом только встречались, они оба любили выпить, покатаются на мотоцикле,

хорошо повеселиться, однако теперь ей казалось, что настало время «идти вперед», «чего-то добиваться».

Супружеских забот у Карла было куда меньше. Ему не нравились придирки Марии или разговоры о его пьянстве, он упорно повторял: «Если бы у меня была другая жена, я бы не пил». Кроме того, ему не нравилась ее настойчивость при обсуждении каких-либо вопросов, а также «изменение отношения» к нему, когда он был пьян.

При просмотре видеозаписи их взаимодействия стало ясно, что у супругов есть проблемы в общении. Карл с Марией часто перебивали друг друга, не дослушивали друг друга до конца. Они часто делали саркастические и колкие замечания, сопровождая их улыбкой и смешным комментарием. Мария жаловалась на свою загруженность делами, а Карл криковал ее за то, что она плохо справляется со своими обязанностями, но отказывался разделить с ней бремя забот.

Несмотря на значительные межличностные проблемы, супругам явно нравилось общество друг друга, у них было много общих хобби (например, рыбалка, прогулки в парке с детьми), удовлетворяющие обоим сексуальные отношения. Мария так сказала о своих взаимоотношениях с мужем: «У нас все прекрасно, когда я ничего не требую».

Поведенческая формулировка

Как выяснилось, пьянство Карла проявляется в социальном контексте, практически все эпизоды употребления алкоголя происходят в социальных группах со сходным стереотипом алкоголизации. Очевидно, этот стереотип подкреплялся положительными социальными взаимодействиями как с друзьями, так и с Марией (на ранних этапах их отношений). У Карла выработалась высокая толерантность к алкоголю, он легко выпивал большое количество спиртного, что привело к ежедневному пьянству с признаками алкогольной зависимости. Для Карла алкоголь имел множество положительных последствий: ему нравился вкус спиртного и ощущения, связанные с употреблением алкоголя, социальный контекст алкоголизации и возникающее в результате чувство расслабления. Несмотря на целый ряд пагубных последствий пьянства, они не повлияли на его внутреннее отношение к самому себе и выпивке. С его точки зрения, в негативных последствиях были виноваты другие люди — полиция, начальство, жена. Кроме того, Карлу удавалось избегать ответственности за свои действия во многих сферах жизни. Когда он не работал, то мог жить с матерью, которая защищала его от негативных последствий отсутствия работы, предоставляя кров и пищу. Когда жена предъявляла к нему требования, которые были ему неприятны, он игнорировал их или избегал ее. До некоторой степени его проблемы с алкоголем усиливались вследствие того, что супруги находились на разных стадиях развития. Мария была готова вступить в более взрослую жизнь, взять на себя повышенные обязательства и поставить долгосрочные цели. Карл, напротив, желал вести образ жизни двадцатилетнего молодого человека.

Несмотря на склонность Карла приписывать свои проблемы окружающим и умение избегать негативных последствий и ответственности, жена и дети интересовали его, и он не хотел бы их потерять. Именно поэтому он согласился на вмешательство. Он желал сохранить нужное ему подкрепление, не внося изменений в свое поведение, хотя именно это его жена считала главным условием сохра-

нения брака. По ходу вмешательства (см. ниже) Карл пускался на множество ухищрений, чтобы сохранить отношения с женой, избегая в то же время изменений поведения, а его жена, и даже психотерапевт, подкрепляли эти уловки.

Мария имела ограниченный набор эффективных способов получения положительных подкреплений. Она ожидала, что положительные ощущения придут извне. Для достижения того, чего она хотела, она использовала только придирки и критические замечания. Она подкрепляла пьянство Карла, продолжая с ним общаться и положительно взаимодействовать, одновременно придираясь и критикуя. Она возлагала на Карла ответственность за свое счастье, заявляя, что не может работать (а работать она очень любила), пока он не бросит пить и не станет более ответственным, и не может похудеть, пока он не перестанет огорчать ее своим пьянством.

Как супружеская пара, Карл и Мария не обладали навыками обсуждения своих основных проблем. Их взаимоотношения характеризовались авersiveм контролем, избеганием ответственности, отсутствием эмпатического общения.

Подготовка клиента к изменению

Карл и Мария совместно проходили процедуру оценивания на всех этапах. На начальном этапе обоим супругам предложили описать то, как они относятся к пьянству Карла, их взаимодействия и способы, с помощью которых каждый из них пытался справиться с этим пьянством. В присутствии обоих супругов я начала излагать им свое мнение о тесной связи пьянства с их взаимоотношениями и о том, что обоим супругам необходимо пересмотреть свое поведение для достижения положительных изменений. В конце процедуры оценивания я предоставила им обратную связь об основных, с моей точки зрения, трудностях (уже описанных выше) и сориентировала их на разработку плана вмешательства. Обсуждая план терапии, я, в частности, сказала:

Мы попросили вас пройти супружескую терапию. Это объясняется тем, что, как вам известно, употребление алкоголя затрагивает практически все сферы вашей жизни, включая брак и семью. Из того, что вы сказали, Мария, мне ясно, что вы различными путями пытались бороться с пьянством Карла, временами чувствовали гнев и разочарование. Конечно же, вы старались помочь мужу, но вы, Карл, были склонны обижаться, когда Мария заводила речь о вашем пьянстве. В ходе вмешательства мы займемся вашим пьянством, выясним, как вы пытались его преодолеть и как вы оба чувствуете себя в качестве супругов. В настоящий момент вы живете врозь, вам не нравятся ваши отношения. По ходу терапии я поделюсь с вами своими соображениями о том, как наладить общение, я предложу вам попробовать новые способы совместного времяпрепровождения и обсуждения своих проблем.

Терапия будет сконцентрирована на трех основных темах — вашем, Карл, употреблении алкоголя, ваших, Мария, способах бороться с пьянством мужа, способах, которые принесут пользу вам обоим и вашим взаимоотношениям.

Кроме того, помимо общего обсуждения целей терапии Карла и Марии, мы более подробно остановились на задачах Карла и способах решения этих задач. Как уже было сказано, Карл хотел снизить дозу спиртного, а не отказаться от него совсем. Однако Мария настаивала на полной абстиненции, и он в конце концов согласился еще до прихода к нам. Поскольку он пил ежедневно и имел повышенную толерантность к алкоголю, я беспокоилась о том, что ему не удастся бросить

пить без помощи извне. В связи с этим я решила обсудить с ним возможность детоксикации под медицинским контролем:

Я беспокоюсь, Карл, что вам будет трудно бросить пить самостоятельно. Вы пьете ежедневно, помногу. В опросниках вы указали на чувство паники в случае невозможности достать спиртное, вы пьете в течение всего дня. Все эти признаки говорят о том, что вы зависите от алкоголя, а реакция вашего организма на полную его отмену будет сильной. Простейшим и наиболее безопасным способом пережить первые несколько дней абстиненции является участие в программе детоксикации в условиях стационара. Я хотела бы, чтобы вы рассмотрели такую возможность.

Карл отрицательно отреагировал на перспективу госпитализации. Он боялся нахотиться «взаперти» и сказал: «Я уверен, что сойду с ума. Я не желаю быть заворником. После 24 часов я отсюда сбегу. Мне эта идея не нравится».

Основной моей задачей было привлечь Карла к терапии и выработать совместные цели, поэтому я не стала настаивать на помещении Карла в детоксикационный центр. Было очевидно, что если сделать краткосрочную госпитализацию условием дальнейшего вмешательства, он полностью откажется от терапии. Итак, мы разработали план достижения абстиненции. План имел два основных компонента: 1) Карл должен приходить на сессии трезвым, уровень алкоголя в крови будет проверяться с помощью дыхательного теста на алкоголь; 2) Карл ставит перед собой цель постепенно снижать употребление алкоголя, контрольный срок достижения абстиненции через шесть недель. Если ему не удастся достичь одной или второй цели, мы пересмотрим потребность в детоксикации под медицинским наблюдением. Карл и Мария не возражали.

Процесс вмешательства

Ход вмешательства описан последовательно, чтобы читатель смог получить четкое представление о взлетах и падениях в терапии типичного случая алкоголизма. Вмешательство охватывало несколько основных сфер, в том числе: 1) помощь Карлу в уменьшении, а затем и прекращении употребления алкоголя; 2) обучение Карла навыкам поддержания абстиненции; 3) помощь Карлу в осознании своего пьянства как источника проблем; 4) обучение Марии более конструктивным стратегиям совладания; 5) обучение супругов положительным взаимодействиям; 6) обучение супругов приемам совместного решения проблем. Кроме того, по ходу вмешательства мы фокусировались на некоторых индивидуальных поведенческих изменениях Марии.

Начальная сессия и сессии 1–2

На начальной сессии уровень алкоголя в крови Карл превысил 400 мг%. Хотя у него отсутствовали признаки сильной интоксикации, он был настроен агрессивно, и клиницист, проводивший эту сессию, сомневался, что удастся провести интервью с Карлом. Он предложил Карлу медицинскую помощь в связи с крайне высоким уровнем алкоголя в крови, но Карл отказался, и клиницист перенес начальную сессию на другой день. В назначенный день Карл был трезв и мог сообщить сведения о себе, дать осведомленное согласие на участие в исследовательской программе, а также договориться о сессии по сбору первичной информации (на которую он также пришел трезвым).

На первой терапевтической сессии, однако, у Карла вновь был повышен уровень алкоголя в крови (120 мг%). Он сознался, что выпил «пару кружек пива», и настаивал на том, что чувствует себя хорошо. Мы немного поговорили о некоторых целях и задачах Карла и Марии, и я сказала, что при таком уровне алкоголя мы не сможем продуктивно провести сессию. (Обычно я переношу терапевтическую сессию, если уровень алкоголя в крови у клиента превышает 0,05.) Карл согласился прийти на очередную сессию трезвым, а также употреблять не более четырех порций в день. Я дала Карлу с Марией карты самозаписи, в которых они должны были ежедневно записывать дозу алкоголя, эпизоды желания выпить и супружескую удовлетворенность. Карлу были выданы карты по одной на каждый день, я попросила его записывать каждую порцию, отмечать случаи влечения к алкоголю, с которыми ему удалось справиться, а также описывать на обратной стороне карты ситуации, в которых он употреблял спиртное или у него возникало сильное желание выпить (см. форму 9.3).

Мария получила одну карту на всю неделю. Она должна была ежедневно оценивать употребление алкоголя Карлом как отсутствие, легкое, умеренное, выраженное, а также ежедневно регистрировать субъективно воспринимаемую интенсивность его влечения к спиртному. Кроме того, ей следовало каждый день отмечать свою супружескую удовлетворенность (см. форму 9.4).

Когда Карл и Мария пришли на сессию 2, уровень алкоголя в крови у Карла вновь оказался повышенным (60 мг%). Карл сообщил, что выпивает около четырех кружек пива в день. Я вновь вернулась к вопросу о детоксикации, и он на этот раз согласился, что имеет пристрастие к алкоголю. Карл сказал, что обдумает этот вопрос, и мы решили с ним созвониться через некоторое время. После этого мы дважды общались по телефону, Карл передумал и отказался от госпитализации. В течение первых двух недель он не заполнял карты самозаписи, это делала за него Мария по дороге ко мне. Я не могла получить точного представления о частоте употребления и дозе алкоголя, но было ясно, что Карл продолжает пить каждый день.

Сессии 3-5

Карл пришел на сессию 3 с нулевым уровнем алкоголя в крови и вновь заявил о своем намерении бросить пить без госпитализации; мы еще раз обсудили детали контракта, о которых шла речь в предыдущем разделе (явка в трезвом виде на терапевтические сессии, полная абстиненция через шесть недель после начала вмешательства). Кроме того, для уточнения целей мы перешли к обсуждению подхода поведенческого анализа. Для ознакомления супругов с поведенческим подходом к употреблению алкоголя я сказала:

Все мы вместе будем внимательно наблюдать и тщательно анализировать те факторы, которые в той или иной мере связаны с вашим пьянством. Надеюсь, нам удастся определить типы ситуаций, в которых у вас, Карл, возникает желание выпить. В этом случае мы сможем заменить эти ситуации другими. Нам предстоит воспользоваться так называемыми бланками «поводов» для анализа вашего поведения, связанного с употреблением алкоголя. Давайте вместе посмотрим на один из них.

После этого я предложила Карлу вспомнить какую-нибудь недавнюю ситуацию, связанную с приемом алкоголя. Он сообщил, что любит выпить на рыбалке, поэтому мы решили взять в качестве примера рыбалку. Я объяснила ему, что при

анализе конкретной ситуации, связанной с употреблением алкоголя, надо сначала обратиться к самой ситуации, а затем выяснить его реакцию на нее. По ходу нашего разговора я делала пометки в бланке «поводов», представленном в форме 9.7. (Некоторые клиницисты обозначают эти ситуации как ситуации высокого риска, а не как «поводы». Ситуацией высокого риска называется такая ситуация, в которой клиент подвергается высокому риску употребления алкоголя. Карл отрицал, что подвергается какому-либо риску; он полагал, что в любое время может бросить пить, если захочет. Дело в том, что сам он редко этого хотел. В связи с этим я предпочла называть поводами ситуации, в которых он был склонен употреблять спиртное.) Карл весьма своеобразно воспринимал свое пьянство. Он описал ситуацию довольно просто: «Я хочу пива, потому что чувствую себя при этом счастливым». Карл видел одни лишь положительные последствия своего пьянства: «Я получил заряд бодрости». По его мнению, единственным негативным последствием был гнев Марии, когда он вернулся домой.

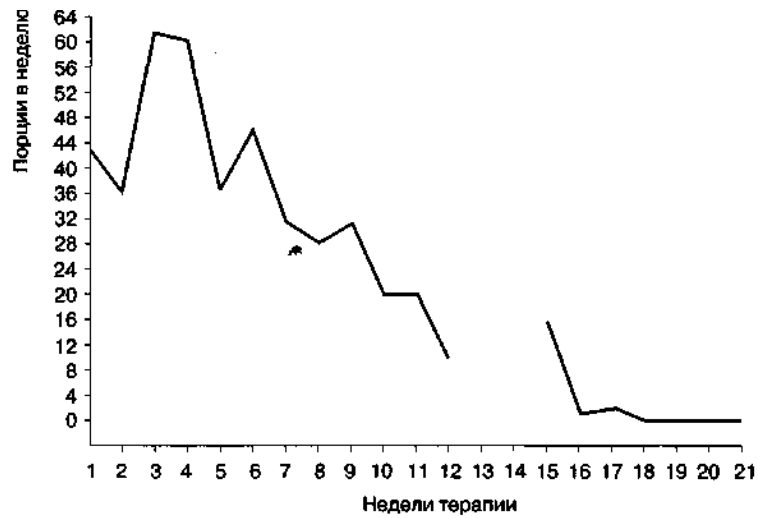
Повод	Мысли и чувства	Поведение	Положительные последствия	Отрицательные последствия

Форма 9.7. Бланк «поводов» (рисунок)

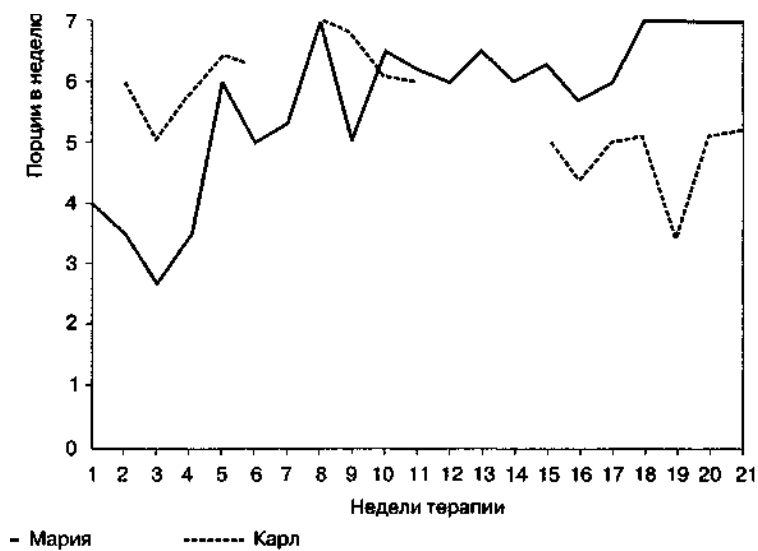
Карл с Марией быстро поняли идею поведенческого анализа и сочли такой подход к оценке пьянства вполне приемлемым и удобным. В качестве домашнего задания я предложила каждому из них заполнить опросник *DPQ* и принести его на следующую сессию. Кроме того, я дала им дополнительные карты самозаписи на предстоящую неделю.

На четвертую сессию Карл также пришел трезвым, однако сообщил о сильном срыве в выходные. График еженедельного потребления алкоголя во время вмешательства представлен в форме 9.8. Средние за неделю показатели супружеской удовлетворенности Карла и Марии представлены в форме 9.9. Карл не выказал ни малейшей озабоченности по поводу своего продолжающегося пьянства, не было никаких признаков того, что он снижает дозу. Я отметила:

Я рада, что вы пришли на последние две сессии трезвым, я понимаю, как это для вас непросто. Это говорит о вашем желании продолжить вмешательство. Вместе с тем я обеспокоена, что вы не снижаете употребление алкоголя в промежутках между сессиями. Во всяком случае, мне кажется, что вы не укладываетесь в сроки. Я не понимаю, действительно ли вы не хотите снизить дозу или просто не знаете, как это сделать.



Форма 9.8. Ежедневное потребление алкоголя Карлом (рисунок)



Форма 9.9. Ежедневная супружеская удовлетворенность Карла и Марии (рисунок)

Карл ответил, что ему трудно уменьшить потребление алкоголя, но он по-прежнему хочет бросить пить, чтобы Мария и мальчики к нему вернулись. Мы с ним обсудили ряд возможных стратегий, которые помогли бы ему избежать употребления алкоголя, например, лечь спать (его предложение), иметь в доме другие напитки (мое предложение) или начать работать (предложение Марии). Карл

отверг все наши предложения, тогда Мария усомнилась в том, что он действительно хочет бросить пить. В этот момент он заявил: «Вообще-то я думаю, если бы у меня была другая жена, мне бы не надо было бросать пить. Раньше мы с Марией вместе употребляли спиртное и прекрасно проводили время, но теперь она не хочет пить и донимает меня своими упреками. Я знаю, что мне надо бросить пить, если я хочу ее вернуть, но я не знаю...»

Чтобы разрешить сомнения Карла, я предложила проанализировать другие последствия его пьянства помимо неодобрения Марии и супружеских конфликтов. Карл не смог самостоятельно назвать других негативных последствий. Я напомнила ему о проблемах с законом из-за управления автомобилем в нетрезвом виде и попытки ограбить магазин, но, по его мнению, в последнем случае алкоголь был ни при чем, а законы о вождении автотранспорта в пьяном виде «нелепы». Он также заявил, что продолжает водить машину и будет продолжать это делать, даже если его лишат прав на 10 лет (вполне вероятная перспектива, учитывая трехкратный арест за управление автотранспортом в нетрезвом состоянии менее чем за 10 лет, причем два случая пришлось на один месяц). Карла несколько не заботили другие последствия его пьянства, хотя он продолжал настаивать на своем желании бросить пить, чтобы сохранить брак и общаться с детьми. Я составила список негативных последствий пьянства, которые он сам или Мария упоминали на разных этапах нашего знакомства, и предложила ему прочитывать этот список как минимум дважды в день, размышляя о том, какие из этих последствий вызывают у него беспокойство. Карл сообщил, что «один-два раза» взглянул на этот список в перерыве между сессиями, но его содержание не вызвало у него интереса.

Несмотря на явно недостаточную мотивацию Карла к изменению, я решила продолжать поведенческий анализ употребления алкоголя. Я сочла, что мотивация к изменению возрастет вместе с его уверенностью в своей способности бросить пить. Этого можно было добиться, определив конкретные предпосылки пьянства и дав Карлу рекомендации по их избеганию. Определенные успехи в этом направлении должны были повысить уверенность Карла в своих силах. На сессии мы обсудили две другие ситуации, связанные с употреблением алкоголя, и в качестве домашнего задания он должен был составить две поведенческие цепочки. Итоги поведенческого анализа употребления алкоголя Карлом представлены в форме 9.10.

Карл пришел на следующую сессию сильно пьяным (содержание алкоголя в крови — 118 мг%) и сообщил о том, что много пил в течение нескольких дней перед сессией. После продолжительной дискуссии он дал согласие на детоксикацию. Карл испытывал страх перед госпитализацией, кроме того, он сомневался, что сможет воздерживаться от приема алкоголя даже после детоксикации. Я обратила его внимание на то, что детоксикация — только первый шаг в терапии и что мы поможем ему приобрести навыки совладания с ситуациями высокого риска без употребления алкоголя. Карл с сожалением сказал, что жизнь без спиртного станет неинтересной. Мария попеременно уговаривала Карла пройти детоксикацию и убеждала меня, что он соглашается на детоксикацию только для того, чтобы поскорее уйти. Поскольку у Карла было множество вопросов, я предложила ему позвонить в детоксикационный центр прямо из моего офиса. Он так и сделал, явка в центр была назначена на следующий день.

Повод	Мысли и чувства	Поведение	Положительные последствия	Отрицательные последствия
Поездка на рыбалку	Выпили пива с рыбой. Все отлично	Пью пиво	Получил заряд бодрости	Возвращаюсь домой и ссорюсь с Марией
Ссора с Марией	Она злится, потому что я выпил. Злюсь. Хочу уйти	Ухожу из дома. Пью	Никаких	Чувствую себя полным ничтожеством
Пришел Стив, зовет меня с собой	Отлично. Соглашаюсь.	Иду в бар и пью	Получил заряд бодрости	Возвращаюсь домой поздно. Мария огорчена
Пришел Скотт с упаковкой пива. Дома никого нет	Рад его видеть — нравятся с ним говорить. Рад выпить пива. Хорошо посидеть и поболтать	Сижу во дворе. Пью и разговариваю. Слушаю радио	Нравится разговаривать. Расслабляюсь, напряжение проходит	Мария возвращается домой и свирепеет. Скотт уходит. Чувствую себя полным ничтожеством. Никакого секса
Проснулся у Марии, проснулись дети, вокруг кутерьма	Напряжение. Пиво поможет снять напряжение	Выпиваю утреннюю порцию пива	Напряжение проходит	Мария огорчена. Пристрастие к спиртному сохраняется
После обеда на работе	Время выпить пива. Хорошо бы расслабиться	Начинаю новую упаковку пива	Расслабляюсь. Разговариваю с другими парнями. Вкусное пиво, особенно когда хочется пить	Босс не любит, когда мы пьем. Чувствую усталость
Дети плохо себя ведут. Мария не справляется. Я кричу на них, но это не помогает	Злость. Напряжение. Разочарование. Не знаю, что делать	Ухожу из дома и пью	Ухожу из этого сумасшедшего дома. Успокаиваюсь	Дети совсем расслабились. Чувствую себя плохим отцом
Мария напоминает мне об ответственности	Чувство вины. Раздражение. Когда же она прекратит советовать, что надо делать?	Ухожу из дома и пью. Разговариваю с парнями в баре	Они соглашаются со мной, что она нудная. Чувствую себя лучше	Чувствую вину, когда трезвый

Форма 9.10. Поведенческий анализ пьянства Карла (схема)

Сессии 6-8

Карл не пришел в детоксикационный центр в назначенное время, сказав, что не желает быть «запертым». Он по-прежнему пил каждый день и не прилагал практически никаких усилий по снижению дозы алкоголя. Я предложила амбулаторную детоксикацию и дала ему номер телефона коллеги-врача, который этим занимался. Честно говоря, я сильно сомневалась, что Карл позвонит. Карл по-прежнему выражал готовность участвовать в терапии и отказаться от спиртного, и я решила

продолжить, несмотря на явно недостаточную мотивацию к изменению. Мы провели поведенческий анализ употребления алкоголя на сессии 6, выявив некоторые аспекты поведения Марии, которые служили предпосылками пьянства, например такие, как напоминания Карлу о его обязанностях, привычка медленно собираться на деловую встречу, сборы и подготовка к выходу из дома вместе с детьми, а также замечания относительно его пьянства.

В какой-то момент сессии 6 Карл сказал: «Знаете, Мария очень несдержанная. Спросите, что она сделала со мной на пляже». Мария немедленно отреагировала, предложив ему показать свои руки. Карл закатал рукава, продемонстрировав множество царапин и синяков на предплечьях. Мария объяснила, что очень злится на Карла из-за пьянства, поэтому частенько царапает, щиплет его и даже пытается ударить в грудь или живот. Это продолжается последние четыре месяца, и она находит это ужасным. Мария также выразила беспокойство по поводу того, что может начать применять физическую силу к детям, уже и теперь она иногда их наказывает, когда злится. Хотя гнев и разочарование Марии были вполне закономерными, да и вообще подобные реакции довольно широко распространены у партнеров алкоголиков, физическое выражение этого гнева, в частности в отсутствие физических угроз со стороны Карла, было нетипичным. Мы подробно обсудили ее поведение с детьми, меня, в частности, интересовали признаки жестокого обращения с ними. Мария сообщила, и Карл это подтвердил, что она ни разу не причиняла детям вреда, и после ее воспитательных мер детей не приходилось отводить к врачу. Оба супруга считали, что физическое наказание в виде «шлепков по мягкому месту» или физическое устранение ребенка из опасной ситуации — вполне приемлемые методы воспитания. Марии, однако, казалось, что она не всегда наказывает детей за дело, иногда она била их по рукам или слишком резко удаляла из опасной ситуации. Из полученной от супругов информации я сделала вывод о том, что жестокого обращения с детьми Мария не допускает, однако целесообразно затронуть этот вопрос в процессе терапии. Я порекомендовала ей использовать карты самозаписи всякий раз, когда ей кажется, что она резко обращается с детьми или допускает физическое насилие в отношении Карла.

После следующих двух сессий Карл начал значительно уменьшать употребление алкоголя и приходил на каждую терапевтическую сессию трезвым. Карл с Марией стали проводить больше времени вместе, им это нравилось. Однажды они всей семьей выехали на барбекю, а в другой раз отправились порыбачить вместе с детьми.

Мария честно записывала свои реакции на детей, отмечая по два случая каждую неделю, когда она ударяла детей по рукам или слишком грубо их хватала. Мы обсудили предпосылки этих эпизодов и выявили несколько важных аспектов: она была уставшей, ребенок был уставшим, она пыталась уговорить его что-либо сделать, не имея возможности это подкрепить (находилась в другом конце комнаты или у нее были заняты руки). В каждой ситуации она по несколько раз безрезультатно повторяла вербальные инструкции мальчику, затем ощущала гнев, подбегала и хватала его. Мы обсудили альтернативные стратегии поведения, я подчеркнула, как важно, не позволяя себе впасть в раздражение, незамедлительно выполнить словесную инструкцию. Мария быстро усвоила мои предложения и выразила облегчение в связи с возможностью больше не обсуждать эту тему. Через две недели она перестала отмечать эпизоды чрезмерных физических реак-

ций на мальчиков, научилась лучше владеть собой. Наблюдения Карла это подтвердили.

Наряду с обсуждением проблем Марии с воспитанием детей мы перешли к реализации некоторых техник по планированию самоуправления Карла. Я предложила Карлу придумать конкретные способы совладания с ситуациями высокого риска без приема алкоголя. Он мог избегать этих ситуаций или преобразовывать их, чтобы свести до минимума роль алкоголя в данной ситуации. Помог нам в этом процессе бланк планирования самоуправления (см. форму 9.11).

В качестве темы планирования самоуправления мы выбрали рыбалку, поскольку именно она часто приводила к пьянству. У Карла возникло множество идей, как обойтись на рыбалке без спиртного. Например, можно было взять с собой старшего сына, жену, пригласить старого друга, который был замечательным рыболовом и вообще не пил. Кроме того, Карл пришел к выводу о том, что если с вечера накануне отъезда на рыбалку заготовить прохладительными напитками, не будет столь сильного искушения остановиться у винно-водочного магазина в конце квартала. В качестве домашнего задания я попросила Карла привести свой план в действие, а также разработать еще один план самоуправления для ситуации «встреча с другом без выпивки».

ПЛАНИРОВАНИЕ САМОУПРАВЛЕНИЯ				
Повод	План	Плюсы	Минусы	Выраженность проблем
1.				
2.				

Форма 9.11. Бланк планирования самоуправления (таблица)

Карл с успехом реализовал свой план относительно рыбалки и придумал, как встретиться со своим другом Скоттом. Он решил предложить Скотту поиграть в теннис, а потом зайти пообедать в ресторан быстрого питания, в котором не подавали спиртное. Хотя Карл не видел реальных препятствий для реализации своего плана, но он им так и не воспользовался, без объяснения причин. Он, однако, сообщил Скотту, что бросает пить, и получил от друга поддержку и одобрение.

Еще одной важной темой этих нескольких сессий было подкрепление изменений стереотипа употребления алкоголя. Поскольку Карл сомневался в необходимости бросить пить, я сочла важным, чтобы он испытал некоторые положительные последствия уменьшения употребления алкоголя и абстиненции. Кроме того, мне хотелось показать Марии несколько ненасильственных способов взаимодействия с пьяным мужем. Развивая эту тему, я предложила им обоим подумать над тем, как сделать абстиненцию и уменьшение потребления алкоголя более приятными. Поначалу я порекомендовала Марии как-то поощрять мужа, когда он был

трезв, например хвалишь, но Карл возразил, сказав: «Я подумаю, что это один из хитроумных способов заставить меня бросить пить. Пусть она лучше молчит». В продолжение дискуссии я поинтересовалась, какие действия со стороны Марии сделали бы абстиненцию более приятной для него, и Карл предложил ей воздерживаться от темы пьянства и всяческих подковырок. Супруги договорились о нескольких вариантах приятного времяпрепровождения без алкоголя, например кровати на ужин, причем Мария не забудет сказать Карлу, что ей нравится быть с ним. Им удалось успешно осуществить эти планы, Карл хотя и пил во время этих эпизодов, но значительно меньше обычного.

Сессии 9-11

К этому этапу вмешательства Карл снизил употребление алкоголя до 3-6 порций в день, однако полностью от спиртного так и не отказался. По его сообщениям, частота эпизодов влечения к алкоголю также начала уменьшаться. Мария практически каждый день отмечала высокую супружескую удовлетворенность (показатель 7 по шкале 1-7), свободное время супруги проводили в квартире Марии или в доме матери Карла. Вместе с тем участились их споры во время сессий, главными темами конфликтов были желание Марии переехать в Северную Каролину и ее ощущение, что Карл не оказывает ей эмоциональной поддержки. Я приступила к проведению с ними тренинга структурированной коммуникации, обучая навыкам рефлексивного слушания, предоставления собеседнику возможности закончить свое высказывание, формулирования конкретных позитивных запросов. Я снабдила их письменными рекомендациями по общению. После прочтения первой брошюры, посвященной основным темам, таким как вежливое обращение к супругу, уважение к нему, источники неправильной коммуникации, Карл с Марией пришли на сессию и высказали удивление тем, что разные прозвища, которыми они награждали друг друга (типа «идиот» или «тупица») могли оказать негативное влияние на их взаимоотношения. Они стали придерживаться положительного стиля коммуникации в общении дома и с удовлетворением отметили, что их взаимодействие стало более приятным и конструктивным.

Несмотря на определенный прогресс в терапии, я была озабочена тем, что Карл продолжал ежедневно употреблять спиртное, и поделилась с ним своим беспокойством. Он заявил, что теперь сможет бросить пить, и пообещал не употреблять спиртного в течение двух дней на следующей неделе. В первую неделю после этого абстиненция не удалась, при этом Карл отказался обсуждать возможные стратегии для поддержания трезвого образа жизни. На второй неделе мы разработали конкретные способы отказа от алкоголя. Карл планировал проводить часть дня с Марией и детьми, не покупать пива полдороге к матери. Кроме того, он собирался запастись прохладительными напитками и рано ложиться спать. Я предложила ему обращаться за поддержкой к Марии. Я часто рекомендую своим клиентам найти кого-нибудь, с кем можно обсудить свое желание выпить, при этом хорошую поддержку обычно оказывает партнер. Карл отказался обращаться к Марии, заявив: «Лучше я не стану говорить ей, что хочу выпить, иначе она прочтет мне лекцию». Я высказала предположение, что ему не нравились замечания жены, потому что цели у супругов были разные, теперь же оба они заинтересованы в одном и том же. Карл согласился с такой трактовкой ситуации. Затем я поинтересовалась, что, по его мнению, могла бы сказать Мария в качестве поддерж-

ки. Карл предложил напомнить ему, что это его дело. Мария заметила, что ей будет трудно удержаться от нотации, но согласилась сыграть свою роль. Они представили себе, что едут на побережье, и Карл сказал: «Я хочу остановиться и купить упаковку пива по дороге». Мария ответила: «Это твое дело, раз ты так решил. Но мы бы могли остановиться, чтобы купить несколько бутылок лимонада, если ты не возражаешь». Карл был удивлен тем, насколько ему понравился ее ответ. Хотя Мария призналась, что ей трудно быть такой невозмутимой, ей также понравилось не брать на себя ответственность за употребление мужем спиртного. Супруги договорились попробовать поговорить так в реальной жизни, хотя бы один раз на ближайшей неделе.

Карлу так и не удалось достичь полной абстиненции, хотя он выпивал в течение каждого из двух назначенных дней всего лишь одну банку пива. Однако он ни разу не сообщил Марии о своем желании выпить. Его не очень заботило, что он не достиг своих целей. На сессии Карл с Марией объявили, что на две недели едут в Северную Каролину. Карлу предлагали там работу, а Марии хотелось больше узнать об этом штате, где жизнь дешевле и ближе к природе: она надеялась туда переехать, чтобы растить детей. Мария заявила, что никуда не переедет, пока Карл продолжает пить; супруги решили просто поехать «на разведку».

Сессии 12-15

Карл с Марией вернулись из своей двухнедельной поездки в Северную Каролину чрезвычайно довольные. Они убедились, что смогут найти там работу, жизнь в этом штате действительно оказалась дешевле, да и природа им понравилась. Мария вновь повторила, что не станет никуда переезжать, пока Карл не бросит пить и не будет в течение продолжительного времени вести трезвый образ жизни. Мария не хотела уезжать от своих родных, если не могла рассчитывать на мужа. Карл подтвердил, что бросит пить.

Воспользовавшись вынужденным перерывом в терапии, я просмотрела свои записи и взглянула на супругов несколько со стороны. Было ясно, что решение Карла бросить пить было принято под давлением Марии, на самом же деле он хотел всего лишь снизить дозу алкоголя. Ему до сих пор удавалось преодолевать это противоречие: на словах он заверял в своей готовности бросить пить, но на деле этого не происходило. Карлу удалось реализовать лишь некоторые из тех поведенческих планов, которые мы с ним вместе разработали; едва ли это можно было объяснить отсутствием навыков. Я приняла решение указать Карлу на столь непоследовательное поведение при следующей встрече.

Чтобы начать разговор, я объявила Карлу с Марией, что хочу подвести некоторые итоги нашей совместной работы. Я подчеркнула положительные изменения, которых удалось достичь: Карл стал значительно меньше пить, развил определенные навыки, которые этому способствуют, общение между супругами стало налаживаться, они получали удовольствие от совместного проведения досуга, стали обсуждать возможные совместные планы на будущее. Вместе с тем я отметила, что Карл неоднократно обещал бросить пить, но своих обещаний не выполнил. Я зачитала супругам выдержки из своих записей, напомнив о первоначальной дате достижения абстиненции, о нарушенном Карлом обещании пройти детоксикацию, невыполнении договора о днях без спиртного. Я предложила два возможных объяснения всему этому: либо Карл не собирается полностью отказываться

от алкоголя, но вынужденно соглашается на воздержание в угоду Марии; либо он просто не в состоянии самостоятельно бросить пить и нуждается в помощи. Преподнося свое объяснение в такой форме, я пыталась избежать обвинений Карла в нечестности или нежелании измениться. Я также обратила внимание супругов на то, что Мария, по-видимому, способствовала продолжающемуся употреблению алкоголя, сообщая о своей высокой супружеской удовлетворенности, несмотря на алкоголизацию мужа; таким образом, можно предположить, что снижение дозы алкоголя в действительности кажется ей приемлемым.

Оба супруга немедленно и сильноотреагировали на мое заявление. Карл сказал: «Сначала я не хотел бросать пить, но теперь это не кажется мне столь ужасным. Сейчас я пью совсем немного, поэтому легко смогу бросить. Это не так уж сложно, и мне не хотелось бы вас разочаровывать». Мария в свою очередь заявила:

Мне всегда казалось, что Карл давал все эти обещания, чтобы избавиться от меня или от вас. Но я была рада, что он стал пить меньше, и потому перестала замечать, что он по-прежнему выпивает. Я боюсь куда-либо переезжать с ним, пока он пьет. Я достаточно натерпелась и не хочу повторения.

После этого разговора Карл заявил, что решил совсем бросить пить.

В течение следующих двух недель Карл употреблял алкоголь раз в неделю: в первую неделю он выпил одну кружку пива, а во вторую — две. Хотя мы обсудили множество поведенческих стратегий, например, выработали альтернативные способы поведения на случай попадания в ситуацию высокого риска, проигрывали стратегии отказа от спиртного, а также различные приемы преодоления влечения к спиртному, Карл не придавал этому большого значения. Напротив, он сконцентрировался на когнитивных стратегиях: при возникновении тяги к спиртному он начинал размышлять о причинах, по которым стоило бросить пить («Алкоголь не стоит того — Мария и дети важнее»). Или применял тактику откладывания («Сейчас я не стану пить — если в 17.00 часов (или позже в этот день) я все еще буду хотеть выпить, выпью пива»). Или же он занижал положительные аспекты алкоголизации («Одно или два пива для меня ничего не значат, я не собираюсь из-за этого нарушать обещание»).

Карл с Марией также начали обсуждать вместе планы на будущее. Я предложила каждому написать о том, какой им видится их жизнь через пять лет, будут ли они вместе или порознь. Карл написал следующее⁴:

Мы живем в замечательном месте с Марией и детьми. Хорошая школа, большой двор. Материально мы хорошо обеспечены; у нас есть деньги на счету в банке, можем брать кредиты. У меня постоянная работа на стройке. У нас с Марией совет да любовь. Самосовершенствование: рационально расходовать деньги, объективно относиться к словам Марии, найти постоянную работу на стройке. Мария: хороший самоконтроль, выдержка, уверенность в себе, снижение веса, меньше пессимизма в повседневных делах (не бояться жуков, машин, неудач).

Мария видела свое будущее через пять лет практически таким же:

Пять лет спустя — мне 39 лет; Джонатану — 8, Марку — 7. Мы живем в Северной Каролине, снимаем дом. Я работаю, Карл работает, мальчики учатся в школе. У нас две машины. Карл не пьет вот уже пять лет. Я стала стройной четыре года назад. Два года назад нам стали давать кредиты в банке. Иногда по вечерам мы собираемся всей семьей, отдыхаем или идем на футбольный или бейсбольный матч с участием

Джонатана или Марка. В другие вечера я хожу в гости или на различные мероприятия. Иногда Карл делает то же самое. В нашем доме достаток.

Три вещи, которых я жду:

От Марии

*спокойствие, стройность, ощущение безопасности,
машина, деньги, независимость,
контроль над собственной жизнью*

От Карла

*мотивация,
трезвость,
ответственность.*

Поскольку цели у Карла и Марии были практически одинаковы, я попросила разрешения прочесть их письма вслух. Они согласились. Супругам было приятно узнать, что их планы на будущее совпадают, что они могут работать вместе в ходе терапии, чтобы достичь этих целей. Я стала обучать супругов навыкам уверенного поведения и решения проблем, обсуждать с ними способы применения этих навыков как при общении друг с другом, так и в других ситуациях межличностного общения.

Сессии 16-18

Карл воздерживался от употребления алкоголя с сессии 15 до окончания вмешательства. Иногда он сообщал о тяге к спиртному, но все реже. Однако у него возникали сильные реакции на отсутствие алкоголя. Он был печален, говорил, что утратил нечто для себя важное. Карл также говорил, что чувствует разочарование, потому что всегда раньше мог выпить, когда находился в дурном настроении, а теперь не может себе этого позволить. Я попыталась иначе представить его чувства, отметив, что тоска по спиртному является важным шагом к умению вести трезвый образ жизни, а столь сильные реакции говорят о серьезности его намерения бросить пить. Карл признал это разумным, но по-прежнему находил полную абстиненцию некомфортной.

На фоне абстиненции супружеская удовлетворенность Карла начала снижаться. Если раньше он сообщал о довольно высокой удовлетворенности, то теперь чувствовал себя несчастным. Когда я интересовалась показателями удовлетворенности, он отнекивался, что они «куда-то делись», намекая на свое желание прекратить терапию. Мы приступили к тренингу асертивности и решения проблем, и я предложила ему использовать полученные навыки, чтобы выразить свои чувства Марии. Супруги в доброжелательном тоне с использованием приобретенных навыков позитивного общения обсудили во время сессии стремление Карла прекратить терапию и озабоченность Марии по поводу того, насколько это будет трудно. Оба заявили о своем желании жить вместе, но с трудом представляли себе, как это устроить. Чтобы разработать план воссоединения семьи, мы на протяжении двух сессий использовали структурированные техники решения проблем.

Главным препятствием к примирению было материальное положение Карла и Марии. Мария получала социальное пособие, однако если бы кто-то из них стал работать, семья лишилась бы большей части материальной помощи. Чтобы жить вместе, им следовало иметь некоторую сумму, чтобы внести залог и месячную плату за жилье. В конце концов было принято решение о том, что Мария начнет неофициально работать парикмахером несколько часов в неделю, а Карл в это время станет присматривать за детьми. Если эта стратегия себя оправдает, Карл снова выйдет на работу; начав работать, они всей семьей будут жить какое-то время у матери Карла, чтобы скопить денег на залог и квартплату. После этого мож-

но либо снять жилье в Нью-Джерси, либо подыскать трейлер в Северной Каролине и переехать туда. С помощью техник решения проблем супруги разработали план преодоления других своих затруднений.

Завершение

Поскольку Карл с Марией проходили терапию в рамках исследовательского проекта, вмешательство пришлось прекратить после 18 сессий (включая сессии, на которые Карл приходил в пьяном виде). Супруги достигли значительных успехов. Карл не пил в течение месяца, Мария научилась более эффективным методам воспитания детей и больше не опасалась быть с ними чересчур строгой; взаимоотношения супругов заметно улучшились; им удалось разработать конструктивный план воссоединения. Меня беспокоило, что Карл по-прежнему чувствует себя некомфортно в связи с отказом от алкоголя. Мне представлялось, что в его распоряжении недостаточно эффективных стратегий преодоления ситуаций высокого риска. Мы не вели прямой работы со склонностью Карла избегать ответственности, за исключением его обязательств бросить пить и соблюдать условия терапии. Не было полной ясности в том, выполнит ли он взятые на себя обязательства. Супруги довольно спокойно восприняли завершение терапии, однако поинтересовались возможностью вмешательства в будущем, задавали вопросы о программе *ЛА* и других группах поддержки, которые работали с парами в рамках поведенческих подходов. Я направила их на собрание по программам *SMART* и *АА* для супружеских пар, где обсуждаются преимущественно вопросы отношений между супругами, а не проблемы избавления от алкоголизма. Ограничения исследовательского проекта препятствовали поддержанию контакта с супругами, хотя в обычной практике это делается практически всегда.

Комментарий

Карл и Мария — вполне типичная пара. Двойственное отношение к изменению, согласие на терапию исключительно под влиянием внешнего давления, сопротивление целому ряду поведенческих вмешательств весьма характерны для лиц, злоупотребляющих алкоголем. Мне представляется, что Карл стал активно участвовать в терапии после того, как Мария решила обсудить свое агрессивное поведение, когда почувствовал, что меняться придется не только ему одному. Вторым критическим моментом в ходе вмешательства стало обращение к его непрекращающемуся употреблению алкоголя. Мне хотелось предоставить супругам возможность заново обсудить цели терапии, переключившись на умеренное употребление алкоголя: нельзя было давать Карлу повод считать, что можно давать обещания и не выполнять их. Конфронтация # его поведением вынуждала его либо пересмотреть поставленные цели, либо соблюдать данные обязательства.

Тренинг поведенческих навыков гораздо меньше помог Карлу достичь абстиненции, чем это обычно бывает с другими клиентами. Он пытался использовать различные навыки, приобретенные в ходе вмешательства, но эффективными оказались преимущественно когнитивные стратегии совладания. Важную роль в изменении поведенческого стереотипа, связанного с употреблением алкоголя, сыграло подкрепление. Взаимоотношения Карла с женой имели большое значение для начала вмешательства, а работа над улучшением этих взаимоотношений в процессе терапии повысила их значимость как подкрепления. Кроме того, нельзя

недооценивать последовательную позицию Марии в отношении примирения при условии полного отказа Карла от спиртного, обсуждение планов на будущее, а также надежды на переезд в Северную Каролину.

Наконец, немаловажным оказалось мое собственное отношение к супругам: они были приятной парой, несмотря на имевшиеся трудности. Временами я пускалась на различные хитрости, чтобы получить согласие Карла, он так прокомментировал это в конце вмешательства: «Сначала я не знал, как к вам относиться, потом я решил, что вы хитрая, а когда понял, что вы на меня не сердитесь, желаете нам добра, я решил попробовать». Что касается Марии, я старалась научить ее заботиться о себе, по-моему, я даже служила образцом для подражания. Она часто задавала мне личные вопросы (замужем ли я, сколько лет моему сыну) и подарила мне при завершении вмешательства в знак благодарности настольный календарь. По результатам проведенного нами исследования опытные психотерапевты с гораздо большим успехом удерживают клиентов (Epstein, McCrady, Miller, & Steinberg, 1994; Raytek, McCrady, Epstein, & Hirsch, 1999); лично мне представляется, что умение наладить близкие взаимоотношения с клиентами как раз и является тем навыком, которым лучше владеют опытные психотерапевты.

Типичные проблемы

Возникавшие по ходу вмешательства проблемы довольно типичны: приход на сессию в состоянии алкогольного опьянения, продолжение употребления алкоголя во время вмешательства, двойственное отношение к изменению, невыполнение домашних заданий, обнаружение новых значительных проблем по ходу терапии. Ложь и пропуск назначенных терапевтических сессий — также типичные трудности при работе с алкоголиками. Благодаря участию в терапии обоих супругов, Карла и Марии, мне удалось преодолеть эти трудности, поскольку Мария была чрезвычайно заинтересована в положительном исходе вмешательства и ответственно относилась к посещению сессий. Кроме того, предложив им обоим вести записи относительно употребления Карлом алкоголя и возникающих у него влечений к спиртному, я могла получить более точное представление о происходящем, чтобы судить о его успехах (или отсутствии таковых).

Факторы, связанные с успешной или неудачной терапией

То, будет ли терапия успешной или неудачной, зависит от целого ряда факторов. Однако прежде чем перейти непосредственно к этим факторам, следует точнее определить понятие «успех». При любом вмешательстве лишь меньшинство клиентов сможет поддерживать положительные изменения (абстиненцию или умеренное употребление алкоголя) в течение продолжительного времени (Helzer et al., 1985; Pettinati et al., 1982). Доля таких клиентов варьируется в зависимости от демографических характеристик популяции: при прочих равных условиях наилучший исход наблюдается у семейных людей, имеющих постоянную работу, место проживания, не имеющих сопутствующей психопатологии. Кроме того, важную роль в долгосрочном прогнозе играет окружение, в котором человек оказывается после вмешательства (Moos, Finney, & Cronkite, 1990).

Наблюдения за лицами, прошедшими вмешательство по поводу проблем с алкоголем, дают основания считать алкоголизм хроническим, рецидивирующим расстройством, при этом «успех» следует рассматривать скорее как динамичный процесс, а не как статичный исход. Исходя из этого, успешным следует считать не только клиента, который освоил эффективные навыки избегания употребления алкоголя, но и того, кто научился справляться с рецидивами, уменьшая их продолжительность и тяжесть (см., например, Marlatt & Gordon, 1985). В исследованиях, посвященных результатам вмешательства, обычно уделяют внимание относительной доле дней, когда клиент полностью воздерживался от употребления алкоголя или пил умеренно, а также сопоставляют продолжительность периода абстиненции с периодами пьянства, чтобы судить об относительном, а не абсолютном «успехе».

С точки зрения клинициста, успешному исходу вмешательства способствуют определенные характеристики и виды поведения клиента. Лучше поддаются терапии клиенты, имеющие важные побудительные мотивы для изменения и осознающие взаимосвязь между употреблением алкоголя и своими жизненными проблемами. Выполнение домашних заданий с самого начала вмешательства, явка на сессии в трезвом виде, честные отчеты о своем поведении вне сессий — положительные признаки. Вместе с тем другой важной предпосылкой успеха служит поведение клинициста. Исследования позволили установить, что многие аспекты поведения терапевта связаны с лучшим исходом вмешательства, в частности, речь идет об эмпатии, выборе специфических целей и планировании вмешательства, совместной с клиентом выработке целей относительно употребления алкоголя, а также предоставлении клиенту права выбора вариантов вмешательства.

Заключение

Проведение вмешательства с лицами, имеющими проблемы с алкоголем, — процесс сложный и увлекательный. Клиницист сталкивается с необходимостью принятия взвешенных решений об адекватном уровне помощи, условиях вмешательства, его модальностях и техниках. Такие клиенты вынуждают использовать самые изощренные диагностические навыки для выявления сопутствующих соматических, психологических, психиатрических и когнитивных проблем. Проведение терапии требует владения целым рядом техник, умения наладить положительное психотерапевтическое взаимодействие с этими подчас весьма трудными клиентами, а также способности ориентироваться по ситуации. Такое вмешательство никогда не бывает скучным, рутинным, будь то единственная сессия с целью мотивировать чрезмерного пьющего человека к снижению дозы или же продолжительная терапия лиц с хроническим алкоголизмом. В распоряжении клинициста имеется обширная литература, посвященная выбору вида вмешательства, а также специальные руководства по применению техник для решения конкретных проблем. Несмотря на то что многие люди, имеющие проблемы с алкоголем, успешно изменяются при минимальном вмешательстве извне или вообще без него, терапия может оказаться эффективным средством разрешения важнейших жизненных проблем. Итак, данная глава завершается точно так же, как начиналась, — с призыва к клиницистам быть чуткими и знающими, способными проводить вдумчивую комплексную терапию при проблемах, связанных с употреблением алкоголя.

Благодарности

Подготовка этой главы поддержана грантом N AA07070 Национального института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма (*National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*).

Примечания

1. Программы поддержки умеренного употребления алкоголя не встречаются в США широкой поддержки и часто подвергаются критике. Движение «За умеренное употребление алкоголя» (*ММ*) предлагает ответственный подход к умеренному потреблению, она не предназначена для лиц с алкогольной зависимостью и рекомендует период абстиненции до попыток перехода к умеренному потреблению алкоголя. Движение *ММ*, однако, также не избежало публичных нападок, в частности, когда его основательница столкнулась с серьезными проблемами в связи с собственным алкоголизмом. Несмотря на многочисленные противоречия и споры о приемлемости такой цели терапии, как умеренное потребление алкоголя, движение *ММ* — единственная в США группа самопомощи для индивидов, которые хотели бы перейти к умеренному потреблению алкоголя, поэтому клиницистам следует знать о существовании этой программы.
2. Стандартная порция соответствует одной банке пива емкостью 355 мл (12 унций), одному бокалу вина 120 мл (4 унции) или 30 мл спиртных напитков крепостью 86 градусов.
3. Все диалоги, приведенные в данной главе, видоизменены.
4. Высказывания клиентов переданы дословно.

Литература

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations* (IDS-100). Toronto: Addiction Research Foundation of Toronto.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (1991). *Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders*. Washington, DC: Author.
- Babor, T. E., Stephens, R. S., & Marlatt, G. A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 410-424.
- Breslin, E. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Buchan, G., & Cunningham, J. A. (1997). Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: The predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction*, 92, 1479-1489.
- Brown, S. A., Goldman, M. S., & Christiansen, B. A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 512-519.
- Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Golner, J., Lacy, E., McCourt, W. E., Clark, E., & Meyers, W. (1962). Establishing treatment relations with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 134, 395-409.
- Chancy, E. E., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skills training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 523-532.

- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691-696.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence; Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Emrick, C., Tonigan, J. S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp. 41-78). New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation, Rutgers University.
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K. J., & Steinberg, M. L. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse*, 6, 249-265.
- Femino, J., & Lewis, D. C. (1980). *Clinical pharmacology and therapeutics of the alcohol withdrawal syndrome* (Medical Monograph No. 1). Providence, RI: Brown University Program in Alcoholism and Drug Abuse.
- Filstead, W. (1991). *Two-year treatment outcome. An evaluation of substance abuse services for adults and youths*. Park Ridge, IL: Parkside Medical Services.
- Fink, E. B., Longabaugh, R., McCrady, B. S., Stout, R. L., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., & McNeill, D. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: Twenty-four month outcomes. *Addictive Behaviors*, 10, 235-248.
- Finney, J. W., Moos, R. H., & Timko, C. (1999). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and resolution, relapse and mortality. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (pp. 30-49). New York: Oxford University Press.
- Foy, D. W., Miller, P. M., Eisler, R. M., & O'Toole, D. H. (1976). Social skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 1340-1345.
- Frankenstein, W., Hay, W. M., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 1-6.
- Hasin, D., Paykin, A., Endicott, J., & Grant, G. (1999). The validity of DSM-IV alcohol abuse: Drunk drivers versus all others. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 746-755.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., & Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312, 1678-1682.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Langenbucher, J., Martin, C., Labouvie, E., Sanjuan, P. M., Bavy, L., & Pollock, N. (2000). Toward the DSM-V: The withdrawal-gate model vs. the DSM-IV in the diagnosis of alcohol abuse and dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 799-809.
- Liepmann, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 54-77). New York: Guilford Press.
- Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., & McNeill, D. (1983). Cost-effectiveness of alcoholism treatment in inpatient versus partial hospital settings: Six-month outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 1049-1071.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313-1333.
- Ludwig, A. M. (1985). Cognitive processes associated with "spontaneous" recovery from alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 53-58.
- MacCoun, R. J. (1998). Toward a psychology of harm reduction. *American Psychologist*, 53, 1199-1208.
- Margolin, G., Talovic, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas of Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 921-931.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 243-250.
- McCrady, B. S. (1992). A reply to Peele: Is this how you treat your friends? *Addictive Behaviors*, 17, 67-72.
- McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N. Jacobson & A. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 369-393). New York: Guilford Press.

Кокаиновая зависимость

Стивен Т. Хиггинс,
Ален Дж. Будни,
Стейси К. Сигмон

В этой главе описан случай Стива, 24-летнего наркомана с кокаиновой зависимостью, которого непременно отнесли бы к наиболее трудным пациентам при проведении психосоциального вмешательства. Подобно большинству представителей этой популяции, Стив страдал не только кокаиновой зависимостью, но и алкогольной; у него были проблемы с контролем проявлений гнева; он много курил, в том числе марихуану; был одержим мыслями о самоубийстве; имел множество серьезных проблем в межличностной, социальной и трудовой сфере (в том числе запрет навещать пятилетнюю дочь). Тот факт, что Стивен Хиггинс с коллегами сумел разработать методику вмешательства для пациентов, подобных Стиву, - методику с эмпирически доказанной эффективностью, - само по себе является значительным достижением. Однако лишь тот, кто близко знаком с сутью подхода, имеет ясное представление о комплексной природе этой краткосрочной, частично структурированной стратегии, которая предполагает внимание ко всему спектру аддитивных видов поведения, а также расстройствам настроения, межличностным взаимодействиям и жизненным проблемам. В отсутствие комплексного подхода стратегии вмешательства вряд ли привели бы к успеху. Даже те клиницисты или студенты, которые не занимаются непосредственной работой с аддитивными видами поведения, узнают для себя много нового, познакомившись с рядом новых успешных психологических подходов к злоупотреблению наркотиками.

Дэвид Х Баолоу

Обзор

Пагубное употребление кокаина и кокаиновая зависимость представляют серьезную проблему для общественного здоровья в Соединенных Штатах и в меньшей степени в Канаде и Европе. Эта проблема связана с целым букетом серьезных индивидуальных и социальных проблем, таких как высокая преступность и частое заключение под стражу, бродяжничество, употребление наркотиков во время беременности, инфекционные заболевания (СПИД, гепатит, туберкулез), проституция и др. (Konkol & Olsen, 1996; Montoya & Atkinson, 1996; *National Institute of Justice*, 1999; Substance Abuse & Mental Health Services Administration [SAMHSA] 1997; Tardiff et al, 1994).

Проблемы, связанные с пагубным употреблением кокаина и кокаиновой зависимостью, за последние два десятилетия получили широкий общественный резонанс; не будучи уникальными для какой-то одной страны, они явно сконцентрированы в Соединенных Штатах. История распространения кокаина в США сама по себе достаточно интересна (см., например, Вуск, 1987). Если говорить коротко, кокаин впервые стал популярным в США во второй половине XIX в. Тогда он считался чудодейственным тонизирующим средством, способным излечить целый ряд распространенных недугов. Вскоре, однако, выяснилось, что кокаин способен вызывать привыкание и пристрастие. Осознание этих серьезных проблем, связанных с использованием кокаина, привело к принятию законодательных мер, в результате чего он стал менее доступен, а вызываемые им проблемы в Соединенных Штатах практически исчезли к началу 1930-х гг.

Помимо эпизодических сообщений об использовании кокаина в медицинских процедурах, практически ничего не было слышно о пагубном употреблении кокаина в США вплоть до конца 1960-х гг., когда его популярность вновь возросла, так как усилился интерес к запрещенным психоактивным веществам. Прекрасным примером повторения истории служит тот факт, что кокаин вновь посчитали сравнительно безобидным наркотиком — его стали употреблять довольно широко. В середине 1980-х гг. около 25 млн жителей США (12% населения в возрасте 12 лет и старше) сообщили об использовании кокаина на том или ином этапе своей жизни, а 5,3 млн (3%) — о продолжении его использования (за последние 30 дней) (SAMHSA, 1999). В полном соответствии с предшествующим опытом вскоре были обнаружены привыкание к кокаину и серьезные побочные эффекты. Многие из кокаинистов попадали в отделения «скорой помощи» с передозировкой кокаина или другими медицинскими осложнениями, а также обращались в специализированные клиники, чтобы им помогли прекратить употреблять наркотик. Произошло то же самое, что и на первом этапе популярности кокаина: выявление его «темной стороны» привело к существенному снижению его использования. К 1998 г. текущее употребление кокаина в Соединенных Штатах снизилось с 5,7 млн в 1985 г. до 1,8 млн (0,8%) (SAMHSA, 1999). К сожалению, по оценкам специалистов, распространенность тяжелого злоупотребления кокаином (каждую неделю или чаще) составляет 600 000 (0,3%); этот показатель не претерпел заметных изменений с момента его первой оценки в 1985 г. Соответствует ли такое упорство страдающих выраженной кокаиновой наркоманией картине, наблюдавшейся в XIX в., до сих пор неизвестно. Однако именно эта устойчивость стереотипа выраженного злоупотребления кокаином вносит наибольший вклад в существование большинства связанных с этим наркотиком социальных проблем.

Предшествующий опыт преодоления связанных с кокаином проблем привел к тому, что научная и медицинская общественность оказалась неготовой к новой кокаиновой эпидемии. Когда кокаиновая проблема обострилась, не было четких представлений о метаболических изменениях, лежащих в основе действия наркотика, практически отсутствовала информация об эффективных стратегиях ведения пациентов с пагубным употреблением кокаина и кокаиновой зависимостью. К счастью, за последние 15 лет картина резко изменилась: появилось множество научных исследований, посвященных кокаину, — беспрецедентный феномен в сфере изучения наркоманий (Budney, Higgins, Hughes, & Bickel, 1992). Ученые

добились заметных успехов и установили, что кокаин оказывает целый ряд эффектов, в том числе способен вызывать зависимость (Hammer, 1995; Higgins & Katz, 1998). К этим успехам может быть по праву причислена разработка эффективных психосоциальных вмешательств при кокаиновой зависимости, которым и посвящена данная глава.

Особое внимание в этой главе уделяется поведенческому подходу к амбулаторному вмешательству при кокаиновой зависимости, известному как «подход с подкреплением со стороны окружения плюс ваучерное вмешательство (*community reinforcement approach [CRA] plus vouchers treatment*)» (Budney & Higgins, 1998). Это вмешательство было разработано в нашем исследовательском центре, его эффективность подтверждена контролируемыми рандомизированными исследованиями (см. ниже). В данном подходе используется терапия по типу CRA, первоначально предложенная в качестве вмешательства при тяжелом алкоголизме (Hunt & Azrin, 1973), в сочетании с программой побуждения с использованием ваучеров, которая основана на эффективной стратегии преодоления непредвиденных ситуаций, хорошо себя зарекомендовавшей у героиновых наркоманов (Higgins & Silverman, 1999; Stitzer & Higgins, 1995). Другим амбулаторным вмешательством с эмпирически доказанной эффективностью при кокаиновой зависимости является терапия, направленная на профилактику рецидивов (*relapse prevention, RP*) (Carroll et al, 1994; Maude-Griffin et al, 1998). Некоторые важные элементы RP включены в программу CRA и описаны ниже, однако заинтересованным читателям следует обратиться к руководству по психотерапии, посвященному этому вмешательству (Carroll, 1998). В настоящее время отсутствуют контролируемые исследования, доказывающие быструю эффективность терапии при пагубном употреблении кокаина и кокаиновой зависимости на базе стационаров, зато очевидна высокая стоимость такой терапии по сравнению с амбулаторной (см., например, Alterman et al, 1994). В связи с этим настоящая глава посвящена амбулаторному вмешательству. Не существует надежной фармакотерапии при кокаиновой зависимости, кроме терапии дисульфирамом тех индивидов, которые страдают сопутствующим алкоголизмом. Соответственно обсуждение фармакологических вмешательств в данной главе сводится к терапии дисульфирамом. Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (*National Institute on Drug Abuse*, 1999) недавно опубликовал 13 принципов эффективного вмешательства при злоупотреблении нелегальными наркотиками, основываясь на 25-летнем опыте исследований; по ходу главы мы останавливаемся на этих принципах (табл. 10.1). Хотя в центре нашего внимания находится конкретный подход к вмешательству, мы постарались хотя бы упомянуть все имеющиеся в нашем распоряжении сведения об эффективных видах терапии при кокаиновой зависимости (см. принцип 1, табл. 10.1).

Таблица 10.1. Принципы эффективного вмешательства

1. Не существует универсального вмешательства, подходящего всем без исключения.
2. Вмешательство должно быть легкодоступным.
3. Эффективное вмешательство учитывает широкий спектр потребностей индивида, а не одну лишь наркоманию.

4. Планы проведения индивидуальных вмешательств и оказания индивидуальных услуг должны постоянно корректироваться, чтобы можно было учитывать меняющиеся потребности клиентов.
5. Достаточная продолжительность вмешательства (в частности, более трех месяцев) служит предпосылкой его эффективности.
6. Консультирование (индивидуальное и/или групповое) и другие виды поведенческой терапии являются важнейшими компонентами эффективного вмешательства при пристрастиях.
7. Назначение лекарственных препаратов служит важным элементом вмешательства для многих пациентов, особенно в сочетании с консультированием и другими видами поведенческой терапии.
8. Индивиды с пагубным употреблением или пристрастием, имеющие сопутствующие психические расстройства, должны получать комплексную терапию по поводу обоих расстройств.
9. Медицинская детоксикация — лишь первый этап терапии пристрастий, сама по себе она практически не оказывает влияния на употребление наркотиков в будущем.
10. Эффективность вмешательства не зависит от того, добровольно или нет человек идет на него.
11. Необходимо постоянно следить за возможным употреблением наркотиков во время вмешательства.
12. Программы вмешательства должны предусматривать обследование на СПИД/ВИЧ, гепатиты В и С, туберкулез и другие инфекционные заболевания, а также консультирование для оказания пациентам помощи в модификации или изменении поведения, которое повышает риск заражения.
13. Излечение от пристрастия к наркотикам может оказаться длительным процессом, часто требующим повторных вмешательств.

Источник: Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками (National Institute on Drug Abuse, 1999).

Определение клинического расстройства

Прежде чем перейти к обсуждению самого вмешательства, дадим определение кокаиновой зависимости — расстройству, которое рассматривается в данной главе. Для этой цели обратимся к используемым в настоящее время критериям диагностики пагубного употребления кокаина и кокаиновой зависимости. В табл. 10.2 и 10.3 представлены критерии диагностики пагубного употребления кокаина и кокаиновой зависимости по рекомендациям четвертого издания «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (*DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994*). Эти критерии применительно к употреблению кокаина отражают кластер поведенческих и физиологических признаков и симптомов, являющихся следствием продолжительного использования наркотика вне зависимости от выраженных проблем из-за кокаина. Для постановки диагноза пагубного употребления кокаина по *DSM-IV* необходимо, чтобы индивид удовлетворял хотя бы одному из четырех критериев, перечисленных в табл. 10.2, за последние 12 месяцев и не имел в прошлом или настоящем диагноза кокаиновой зависимо-

сти. Критерии пагубного употребления разработаны с учетом вредных последствий употребления кокаина, а не на использовании кокаина, синдроме привыкания или синдроме отмены, которые составляют сущность диагноза зависимости. Наш опыт работы в клинике показывает, что большинство взрослых, которые обращаются за помощью к специалистам по поводу употребления кокаина, удовлетворяют критериям зависимости. Именно поэтому данная глава посвящена вмешательству при кокаиновой зависимости, однако можно предположить (во всяком случае, этого пока никто не опроверг), что те же процедуры применимы и в случае пагубного употребления кокаина.

Таблица 10.2. Критерии пагубного употребления психоактивных веществ по DSM-IV

- А. Неадаптивный стереотип употребления психоактивного вещества, приводящий к значительному нарушению функционирования или дистрессу, что проявляется в одном (или больше) признаке из перечисленных ниже за последние 12 месяцев.
1. Повторное употребление психоактивного вещества, приводящее к неспособности выполнять важнейшие ролевые обязательства на работе, в школе или дома (например, повторное отсутствие на работе или плохое ее выполнение из-за употребления психоактивного вещества; связанные с употреблением психоактивного вещества пропуски занятий, исключение из школы; пренебрежение домашними обязанностями или детьми).
 2. Повторное употребление психоактивного в ситуациях, когда это может представлять физическую опасность (например, управление транспортным средством или механизмом в состоянии наркотического опьянения).
 3. Повторные правонарушения, связанные с употреблением психоактивного вещества (например, аресты за поведение, связанное с употреблением психоактивного вещества).
 4. Предпочтение употребления психоактивного вещества, несмотря на постоянные или повторные социальные либо межличностные проблемы, вызванные или усиленные эффектами этого вещества (например, ссоры с супругом из-за негативных последствий или интоксикации, конфликты с применением физической силы).
- В. Симптомы не соответствуют критериям зависимости от психоактивного вещества для вещества данного класса.

Примечание. Воспроизведено с разрешения *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Copyright 1994 American Psychiatric Association.

Таблица 10.3. Критерии зависимости от психоактивных веществ по DSM-IV

- А. Неадаптивный стереотип употребления психоактивного вещества, приводящий к значительному нарушению функционирования или дистрессу, что проявляется в одном (или более) признаке из перечисленных ниже за последние 12 месяцев.
1. Привыкание, которое проявляется в одном из следующих признаков:
 - а) потребность в заметном увеличении дозы вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта;
 - б) заметное снижение эффекта при продолжении использования той же дозы вещества.
 2. Синдром отмены, который проявляется в одном из следующих признаков:
 - а) характерный для данного вещества синдром отмены (см. критерии А и В набора критериев для отмены конкретных веществ);

- б) то же самое (или сходное) вещество используется для избегания или облегчения симптомов отмены.
3. Вещество часто принимается в количествах, превышающих первоначально запланированные, и в течение более длительного периода.
 4. Имеется постоянное желание и безуспешные попытки снизить дозу или взять под контроль употребление вещества.
 5. Большое количество времени тратится на добывание вещества (например, посещение многочисленных врачей или поездки на значительные расстояния), употребление вещества (например, курение) или устранение эффектов.
 6. Проявляется пренебрежение важными видами деятельности, связанными с социальной, производственной сферой или досугом, в связи с употреблением психоактивных веществ.
 7. Употребление психоактивных веществ продолжается, несмотря на осведомленность о стойких или рецидивирующих физических или психологических проблемах, которые вызываются или усугубляются веществом (например, текущее употребление кокаина, несмотря на осведомленность о вызываемой кокаином депрессии, или продолжающееся употребление алкоголя, несмотря на осведомленность о связанном с алкоголем обострении язвенной болезни).

Отметить, если:

- **с физиологической зависимостью:** признаки привыкания или синдрома отмены (т. е. наличие пунктов 1 или 2);
- **без физиологической зависимости:** отсутствуют признаки привыкания или синдрома отмены (т. е. отсутствуют пункты 1 или 2).

Особенности течения (см. определения в тексте):

- **Ранняя полная ремиссия**
- **Ранняя частичная ремиссия**
- **Длительная полная ремиссия**
- **Длительная частичная ремиссия**
- **Терапия агонистами**
- **В контролируемом окружении**

Примечание. Воспроизведено с разрешения *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Copyright 1994 American Psychiatric Association.

Для постановки диагноза кокаиновой зависимости по *DSM-IV* у индивида должно быть отмечено три и более критериев, перечисленных в табл. 10.3, на протяжении 12 месяцев. Отметим, что синдромы привыкания и отмены перечислены первыми среди семи критериев, хотя ни один из них не является обязательным для постановки диагноза зависимости. Для диагноза необходимо отвечать любым трем из семи перечисленных критериев на протяжении 12 месяцев. Фраза «с физиологической зависимостью» добавляется для обозначения диагнозов при наличии синдрома привыкания или отмены, а фраза «без физиологической зависимости» обозначает их отсутствие. Обоснования этих добавлений к диагнозу по *DSM-IV* служит тот факт, что синдромы привыкания и отмены могут быть связаны с повышенным риском возникновения более тяжелых медицинских проблем и рецидивов. Во всяком случае, это верно в отношении некоторых веществ, хотя ситуация с кокаином остается неясной. Существует множество экспериментальных подтверждений тому, что привыкание к целому ряду эффектов кокаина развивается даже после единичного употребления наркотика. Пока нет единого мне-

ния о том, вызывает ли кокаин синдром отмены. Несомненно, повторное употребление кокаина вызывает множество симптомов, однако все они не столь определены, как при опиоидах и депрессантах центрального действия. Во всяком случае, факты свидетельствуют о том, что в среднем более тяжелая кокаиновая зависимость связана с худшим исходом вмешательства. Тяжесть наркомании помимо других факторов определяется частотой употребления, дозой наркотика, способом введения (прогноз хуже при внутривенном введении и курении, чем при вдыхании). Очевидно, все эти факторы положительно связаны с привыканием и количеством побочных симптомов, проявляющихся при повторном употреблении кокаина, поэтому заслуживают особого внимания при диагностическом оценивании.

Что касается характера течения, «полная ремиссия» означает отсутствие критериев пагубного употребления или зависимости в течение как минимум одного месяца; «частичная ремиссия» означает наличие одного или более (но не всех) критериев зависимости в течение как минимум одного месяца. Термины «ранняя» и «длительная» употребляются для обозначения длительности ремиссии менее или более 12 месяцев соответственно. Практическая значимость особенностей течения учитывает тот факт, что вероятность рецидива снижается при увеличении продолжительности периода абстиненции (Higgins et al, 2000). Отметка «при терапии агонистами» в настоящее время не применяется в отношении пагубного употребления кокаина и кокаиновой зависимости. Отметка «в контролируемом окружении» может использоваться, поскольку обратная зависимость вероятности рецидива от продолжительности абстиненции связана с проживанием индивида в окружении, где есть возможность употреблять кокаин. Хотя в случае кокаина этот вопрос изучен недостаточно, связь между продолжительностью абстиненции и вероятностью рецидива вообще не проявится или будет гораздо слабее, когда абстиненция была достигнута в условиях недоступности кокаина. На практике эта отметка используется только при работе с индивидами, направление которых для вмешательства правоохранительными органами является условием освобождения из-под стражи и которые последний раз употребляли кокаин за месяцы и годы до начала вмешательства.

В этом разделе дано определение расстройства и намечены общепринятые критерии диагностики кокаиновой зависимости. Теперь мы обратимся к другим практическим вопросам, связанным с терапией кокаиновой зависимости.

Оценка

Всесторонняя оценка — первый важный шаг в эффективном ведении пациента с кокаиновой зависимостью. В этом разделе мы расскажем о диагностической практике, принятой в нашей клинике, — университетском амбулаторном центре со специализацией на проведении вмешательства у взрослых с кокаиновой зависимостью.

Первичная оценка

Все первичные контакты с пациентами осуществляются работником регистратуры, который выясняет его возраст, связаны ли проблемы с употреблением кокаина (18 лет и старше) и соответствует ли территория, которую обслуживает кли-

ника, месту проживания пациента. Мы применяем подход с подкреплением со стороны окружения (*CRA*) плюс ваучерное вмешательство — довольно интенсивное вмешательство, требующее нескольких посещений в неделю. Лица, проживающие в отдаленной местности, часто не могут соблюдать столь напряженный график. Те, кто не удовлетворяет этим основным критериям,¹ получают направление в соответствующие клиники. Удовлетворяющие нашим критериям пациенты приглашаются на диагностическое интервью.

Прилагаются все усилия, чтобы диагностическое интервью было проведено в ближайшее время (принцип 2, табл. 10.1). Мотивация к терапии в популяции с кокаиновой зависимостью может быть весьма слабой. Зачастую пациенты звонят нам сразу после передозировки кокаина, когда наступают острые последствия его употребления, или в середине кокаиновой депрессии, которая часто следует за передозировкой кокаина. Влияние этих факторов может быстро пройти. Следовательно, если отсрочить диагностическое интервью и провести его позже, чем через день после первого контакта, вероятность прихода потенциального пациента в клинику заметно снижается. Действительно, результаты нескольких исследований показывают, что назначение интервью в ближайшие 24 часа после обращения в клинику значительно снижает отсев в период между первичным обращением и диагностическим интервью (например, Festinger, Lamb, Kirby, & Marlowe, 1996). Некоторые пациенты не могут прийти в течение 24 часов, поэтому следующая задача — провести интервью с ними в течение 72 часов.

Пациентам сообщают, что первичное интервью займет около трех часов. Эта первичная сессия — одна из наиболее важных. Персонал клиники должен быть осведомлен о возможных затруднениях пациента и устроить его поудобнее; проявлять по отношению к нему радушие, поздравить по поводу принятия столь важного шага к изменениям, учитывать возможное плохое самочувствие некоторых клиентов в связи с недавним употреблением наркотика, снисходительно относиться к опозданию. Также имеет смысл удовлетворять потребность пациента в частых перерывах, в еде и питье, разрешить звонить по телефону. На протяжении всего взаимодействия мы стремимся к проявлению эмпатии, передаче оптимистичного сообщения типа «Вы это сможете». Как уже было упомянуто, многие индивиды с кокаиновой зависимостью неоднозначно относятся к вмешательству, их настроение после недавнего употребления кокаина может быть лабильным. Создание в клинике доброжелательной атмосферы помогает таким пациентам успокоиться и повышает шансы на их участие в терапии.

Во время диагностического обследования мы собираем детальную информацию об употреблении кокаина и других психоактивных веществ; оцениваем готовность к терапии; оцениваем психическое функционирование, профессиональную занятость, личные предпочтения в плане хобби, наличие текущей социальной поддержки, семейные и социальные проблемы, а также правовые вопросы (см. принцип 3, табл. 10.1). Далее в той последовательности, в которой они обычно используются, обсуждаются способы получения такой информации.

Опросники для самостоятельного заполнения

На первичном диагностическом интервью мы предлагаем клиенту для заполнения несколько опросников. Работник клиники приветствует клиента, представляется и коротко, но подробно информирует его о том, как будет проходить диаг-

ностическое интервью. Необходимо поинтересоваться, умеет ли клиент читать, прежде чем предлагать ему самостоятельно заполнить опросники. В случае сомнения мы предлагаем ему прочесть несколько вопросов вслух, чтобы удостовериться в его способности заполнить опросник без помощи персонала клиники. Если клиент читает с трудом, вопросы ему может читать вслух работник клиники в отдельном помещении. Это следует делать уважительно, учитывая тот дискомфорт, который испытывают клиенты в подобных обстоятельствах. Клиентам, которые хорошо читают, отводится примерно 45 минут для заполнения опросников.

Каждому своему клиенту мы предлагаем заполнить краткий демографический опросник. Важно знать, где человек живет, какой у него номер телефона, а также телефон доверенного лица, которое всегда может сообщить о местонахождении клиента. Эта информация необходима для того, чтобы иметь возможность связаться с клиентом, если он не явится на очередную сессию либо если потребуются ему что-то сообщить, а также в целях проспективного наблюдения за клиентом после вмешательства.

Шкала готовности к изменениям и стремления к терапии (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, SOCRATES*; Miller & Tonigan, 1996) дает информацию об оценке самим клиентом выраженности кокаиновой проблемы и готовности к уменьшению его употребления. Эта шкала позволяет получить количественный индекс мотивации к изменению, который может быть важным показателем готовности клиента согласиться с определенными целями вмешательства. Используются три версии шкалы *SOCRATES* в зависимости от конкретных веществ (т. е. кокаин, алкоголь и другие психоактивные вещества), поскольку мотивация клиента к снижению употребления того или иного вещества является специфичной. Клиницисты должны быть готовы к тому, что пациенты заметно варьируют в своей готовности изменить употребление различных психоактивных веществ. Практически все, кто обращается за помощью в нашу клинику, готовы снизить употребление кокаина. В то же время многие сомневаются в необходимости менять свои привычки в отношении алкоголя или марихуаны, двух других психоактивных веществ, к которым наши пациенты наиболее часто имеют пагубное пристрастие. Наш подход состоит в том, чтобы подкрепить те действия, к которым готов каждый пациент в отношении кокаина, а также искренне поделиться своими практическими наблюдениями по поводу влияния различных форм других психоактивных веществ на успешный отказ от кокаина. Наши рекомендации состоят в том, что хотя бы краткосрочное прекращение употребления всех психоактивных веществ значительно повышает шансы на успех. Алкоголь напрямую повышает вероятность употребления кокаина и связан с неблагоприятным исходом вмешательства. Использование марихуаны не связано с плохим исходом при употреблении кокаина, однако влечет за собой собственные проблемы.

Мы используем адаптированную версию Самоотчета о кокаиновой зависимости (*Cocaine Dependency Self-Test*; Washton, Stone, & Hendrickson, 1988) — эффективное средство для сбора конкретных сведений о негативных последствиях употребления кокаина, которые довелось пережить клиентам. Подобная информация может оказаться полезной в разрешении проблем клиентов при взвешивании всех «за» и «против» употребления кокаина как часть усилий по повышению и поддержанию мотивации к изменению на протяжении курса вмешательства.

Мичиганский тест на выявление алкоголизма (*MAST*) — достаточно распространенный краткий скрининговый инструмент (Selzer, 1971). Учитывая тот факт, что практически все клиенты, приступающие к терапии по поводу злоупотребления кокаином и кокаиновой зависимости, употребляют алкоголь, а примерно 60% удовлетворяют диагностическим критериям для алкогольной зависимости, тест *MAST* помогает выявить клиентов с алкогольными проблемами.

Опросник депрессии Бека (*BDI*) используется для выявления депрессивной симптоматики (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) и предлагается регулярно для наблюдения за прогрессом клиентов, показатели которых во время первичного интервью были клинически значимыми. Средние показатели *BDI* у злоупотребляющих кокаином в начале вмешательства укладываются в клинически значимый диапазон этой шкалы (в нашей клинике средние показатели по *BDI* составляют $19,8 \pm 11,9$ баллов). У большинства клиентов эти показатели резко снижаются после 1-2 недель от начала вмешательства. Однако это происходит далеко не у всех. Следовательно, имеет смысл внимательно наблюдать за депрессивной симптоматикой, проводя специфическое вмешательство при упорных проявлениях депрессии. Не менее важны оценка суицидальных склонностей и наблюдение за их динамикой. У себя в клинике мы занимаемся этим в сотрудничестве с местной кризисной службой психического здоровья.

Пересмотренный перечень симптомов-90 (*SCL-90-R*; Derogatis, 1983) используется для выявления психиатрической симптоматики, помогая определять потребность клиента в более глубоком психиатрическом обследовании. Перечень *SCL-90-R* пригоден для наблюдения за изменениями в психическом статусе.

После того как эти три опросника-самоотчета будут заполнены, сотрудник клиники, проводящий интервью с пациентом, проверяет правильность и полноту заполнения. Все недоразумения тут же улаживаются с пациентом.

Описание программы

Мы считаем полезным сбор информации в промежутке между заполнением самоотчетов и началом структурированного интервью. На этом этапе мы даем краткое описание программы и принципов вмешательства. Клиентам предоставляется возможность задать интересующие их вопросы, а также высказать свои соображения. Задачи — информировать клиентов о том, что их ждет в процессе терапии, создать атмосферу оптимизма, вселить надежды на успех терапии. Эта часть собеседования относительно короткая (10-15 минут). Психотерапевт дает более детальные разъяснения после завершения структурированного интервью. Когда клиент задает вопросы, касающиеся процесса терапии, работник клиники дает краткие ответы и разъясняет клиенту, что вскоре ему предстоит встреча с психотерапевтом, в ходе которой он получит более подробную информацию о программе. Во время краткого описания терапии работник клиники разъясняет, что наша программа проводится с соблюдением конфиденциальности и разработана специально для лиц, у которых есть проблемы с кокаином. Пациенту сообщают о том, какова полная продолжительность вмешательства, о рекомендуемой частоте и продолжительности посещений клиники, а также о том, на что ориентирован данный подход (т. е. на изменение образа жизни). Мы разъясняем, что главными задачами таких изменений служат прекращение употребления кокаина, а также

переход к здоровому образу жизни, внесение положительных изменений, которые приведут к большей удовлетворенности своей жизнью.

Эта программа специально разработана для пациентов с пагубными последствиями употребления кокаина. Многие пациенты употребляют также и другие психоактивные вещества типа алкоголя или марихуаны, на что мы также обращаем внимание в случае необходимости, однако основной упор делается на кокаин. Сохраняется строгая конфиденциальность всего происходящего; никто не узнает о том, что вы проходили терапию, и не получит доступа к вашей истории болезни, если только вы сами не дадите четкого согласия на разглашение этих сведений. Программа длится шесть месяцев; первые три месяца более насыщены, чем последние. Вам придется в течение первых трех месяцев приходить на консультационные сессии два раза в неделю, а также трижды в неделю сдавать на анализ мочу. Данное вмешательство связано именно с употреблением кокаина, а также направлено на то, чтобы помочь вам с другими вашими возможными проблемами. Таким образом, основная наша задача — помочь вам перестать употреблять кокаин, а также в ваш образ жизни внести положительные изменения, которые помогут вам воздерживаться от кокаина и получать большее удовлетворение от жизни.

Ниже приведены примеры того, что может происходить во время вмешательства.

Если вы заинтересованы в том, чтобы найти работу, психотерапевты помогут вам в ваших поисках, при написании резюме, с транспортом и телефонными переговорами в случае необходимости. Если вы хотели бы продолжить учебу, мы поможем вам получить финансовую поддержку и даже отвезем вас на интервью, если в этом есть необходимость. Если у вас проблемы в отношениях с близкими, возможно проведение консультирования. Если у вас проблемы с проведением досуга, мы многое можем вам предложить и даже отвезти вас на некоторые мероприятия, включая баскетбол, теннис, рыбалку, греблю, творческие занятия и т. д.

Кроме того, мы научим вас справляться с определенными типами проблем, которые могут подталкивать вас к употреблению кокаина. Например, если вам трудно сдерживать свой гнев, вам будет предоставлена возможность освоить соответствующие навыки. Если у вас денежные затруднения, мы поможем вам получить материальную поддержку. В случае плохого поведения ваших детей вам будет оказана непосредственная помощь или же даны соответствующие рекомендации. Если вам трудно расслабиться, вы освоите навыки релаксации и управления стрессом. При наличии других типов проблем мы также постараемся оказать вам помощь.

Сотрудник, проводящий первичное собеседование, кратко описывает поощрительную программу, которая проводится в нашей клинике:

Вы также примете участие в нашей поощрительной программе. Вот как она работает: если вы не будете употреблять кокаин и анализы мочи это подтвердят, вы получите баллы, которые впоследствии можно будет использовать по своему усмотрению. Например, в счет оплаты развлечений разного рода, посещения кино, спортзала, различных занятий, для покупки удочки и т. д. Ваш психотерапевт более подробно расскажет вам об этом, когда вы встретитесь с ним после нашего интервью.

Полуструктурированные интервью

Частично структурированное интервью по сбору анамнеза (разработанное в нашей клинике) помогает получить сведения о текущем и прошлом употреблении наркотиков.

Цель состоит в получении подробных сведений о продолжительности, выраженности и стереотипе употребления клиентом кокаина и других наркотиков. Точность информации об употреблении кокаина (количество и частота), предоставляемой клиентом, повышается за счет использования эффективной техники оценки последнего случая употребления, например анамнестического интервью (*TLFB*; Sobell & Sobell, 1992). С календарем в руках клиентки вспоминают день за днем, все случаи употребления кокаина на прошедшей неделе, включая его количество. Как правило, лучший способ оценки количества кокаина — в граммах. Подобная же оценка проводится для последних трех недель, а также для другого периода в прошлом, если это требуется для целей диагностики. Сходная, но менее детальная информация может быть получена относительно текущего и прошлого употребления других психоактивных веществ. Эта техника помогает получить сведения об употреблении кокаина и других веществ за последние 30 дней. Работник, проводящий первичное собеседование, пытается получить как можно более четкую конкретную информацию, чтобы составить максимально точное представление об употреблении клиентом психоактивных веществ.

Индекс выраженности пристрастия (*Addiction Severity Index, ASI*; McLellan et al., 1985) разработан для проведения надежной диагностики множественных проблем, как правило, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами и зависимостью от них. Индекс *ASI* позволяет количественно и во времени оценить тяжесть проблемы по следующим подшкалам: алкоголь, наркотики, трудовая занятость, медицинские вопросы, семейные/социальные проблемы, психология. Кроме того, можно получить показатели по кокаиновой подшкале (Carroll et al., 1994). Информация, полученная в результате этого интервью, помогает разработать план вмешательства, предполагающий изменение образа жизни. Кроме того, индекс *ASI* — полезный инструмент для оценки прогресса при проспективном наблюдении, поскольку он имеет привязку ко времени и позволяет получить количественные показатели выраженности проблем в различных сферах жизни. Прежде чем использовать индекс *ASI*, работник должен пройти специальное обучение, чтобы результаты интервью были надежными (по вопросам проведения тренинга по *ASI* обращаться: Deltametrics, 1 Commerce Square, 2005 Market Street, Suite 1020, Philadelphia, PA 19103).

Собеседование с пациентом проводится, в частности, для того, чтобы выяснить, удовлетворяет ли он критериям *DSM-IV* для кокаиновой зависимости, а также пагубного употребления или зависимости от других психоактивных веществ. Диагностику проводят подготовленные психологи (магистр или доктор).

Опросник практических потребностей (*Practical Needs Assessment questionnaire*), разработанный в нашей клинике, используется для выяснения безотлагательных потребностей клиента, которые могут затруднить участие в терапии (например, проживание, правовые, транспортные проблемы, уход за ребенком). Работник, проводящий первичное интервью, задает конкретные вопросы относительно проживания, ухода за детьми, правовых, медицинских проблем, а также другие вопросы, которые могут серьезно беспокоить клиента. Собирается подробная информация обо всех выявленных потребностях. Это делается с целью выявить вопросы, требующие немедленного участия пациента. Поскольку многие пациенты с кокаиновой зависимостью живут хаотичной жизнью, вероятность привлечь и удержать их в терапии резко снижается, если не удастся оперативно отреагиро-

вать на их насущные потребности. Например, мать-одиночка с двумя малолетними детьми вряд ли сможет посещать клинику два раза в неделю, если ей не с кем будет оставить детей.

После получения ответов на все эти вопросы работник, проводящий первичное интервью, сообщает клиенту, что через несколько минут ему предстоит встреча с психотерапевтом. Устраивается короткий перерыв (5-10 минут). В течение этого перерыва работник, проводивший первичное интервью, заполняет итоговое заключение; оно передается психотерапевту, который будет вести этого пациента, наряду с другой важной информацией, выявленной у клиента во время собеседования. Работник, который проводил первичное интервью, кратко описывает психотерапевту нового пациента. После этого пациент встречается с психотерапевтом. Мы стараемся не отпускать пациента после первичного интервью без краткой беседы с психотерапевтом, чтобы у пациента возникло ощущение, что вмешательство началось, а также чтобы наметить конкретные планы воздержания от кокаина до очередного посещения клиники.

Как правило, первичная сессия служит для ориентации. По желанию пациента эта сессия может длиться час и более. На сессии устанавливается раппорт с пациентом, обосновывается подход к терапии. Значительная часть информации, о которой пациент имеет пока лишь самое общее представление, освещается более детально. Благодаря этому пациент может составить четкое представление о предстоящем вмешательстве. Мы продолжаем вселять в пациента надежду на успех («Вам это по силам»), а также рассказываем о многочисленных случаях, когда наши пациенты «победили кокаиновую зависимость». Мы признаем, что персоналу клиники и самому пациенту придется как следует поработать, однако уверенно говорим о том, что совместными усилиями успех будет достигнут. На этой сессии психотерапевт с пациентом сообща начинают разрабатывать план первичного вмешательства. Пациентов ориентируют на жесткий режим проведения анализов мочи и поощрительную программу, зачищая контракт об абстиненции (форма 10.1). Кроме того, при показаниях к терапии дисульфирамом из-за сопутствующего алкоголизма предпринимаются первые шаги в этом направлении. Более подробную информацию о первых сессиях можно получить ниже (см. раздел «Проведение терапии»).

КОНТРАКТ О ВОЗДЕРЖАНИИ

Настоящий контракт между _____ (клиент) и _____ (психотерапевт) предназначен для помощи клиенту в воздержании от кокаина. Согласно этому контракту, я поручаю своему психотерапевту установить график сбора проб моей мочи на протяжении 24 недель. Я буду предоставлять пробы мочи трижды в неделю по понедельникам, средам и пятницам в течение первых 12 недель вмешательства. В течение следующих 12 недель вмешательства (недели 13-24) пробы мочи будут брать дважды в неделю по понедельникам и четвергам. Работник клиники одного со мной пола будет наблюдать за мочеиспусканием. Половина мочи будет тут же направляться на анализ, а другая половина будет храниться в клинике. В пробах мочи будут определяться разнообразные наркотики, в том числе кокаин, амфетамины, опиоиды, марихуана и седативные препараты.

Каждая проба мочи должна быть объемом 100 мл. Если количества мочи недостаточно для анализа, эта проба считается несданной.

Форма 10.1. Контракт о воздержании и сдаче мочи на анализ

В случае срочного отъезда из города я информирую своего психотерапевта заранее.

Мой психотерапевт уполномочен подтвердить мое отсутствие с _____.

Если мне потребуется госпитализация, мой психотерапевт организует сбор мочи в больнице. Если я заболею и не буду при этом помещен в больницу, мне придется продолжать сдавать мочу на анализы. В случае проблем с транспортом или при плохих погодных условиях я разработаю (совместно с персоналом клиники) способ попасть в клинику для сдачи мочи. В некоторые праздничные дни клиника будет закрыта. Мы с психотерапевтом будем договариваться об изменении графика сбора проб в таких случаях.

Если по тем или иным причинам мне будет назначено лекарство, которым иногда пользуются как наркотиком, я передам своему психотерапевту копию рецепта. Появление этого лекарства в моче не будет считаться рецидивом злоупотребления наркотиками. Я поручаю своему психотерапевту связываться по почте или телефону с врачом, выдавшим рецепт, когда он сочтет нужным.

Пробы мочи, не содержащие кокаина: за каждую пробу мочи, в которой не содержится кокаин, в первые 12 недель терапии будут начислены баллы. Каждый балл имеет денежный эквивалент — \$0,25, хотя баллы нельзя обменять на наличные деньги. Ваучер с указанием количества набранных баллов будет выдаваться вам после получения пробы мочи без кокаина. В этом ваучере будет указано количество баллов, которое у вас имеется на день выдачи, а также количество баллов, полученных за данную пробу, с их денежным эквивалентом.

В первые 12 недель вмешательства первая проба мочи без кокаина соответствует 10 баллам, а каждая последующая приносит на 5 баллов больше, чем предыдущая. Например, если в среду было получено 10 баллов за пробу мочи без кокаина, проба мочи без кокаина с пятницу принесет 15 баллов, в понедельник — 20 баллов и т. д. В качестве дополнительного поощрения за воздержание от кокаина еженедельно вы будете получать бонус \$10, если все три последовательно сданные в нашей клинике пробы мочи будут без следов кокаина. При условии отсутствия кокаина во всех пробах мочи можно заработать денежный эквивалент \$997,50 за первые 12 недель вмешательства. Поскольку основной акцент в нашей программе делается на изменении образа жизни, преимущественно на активизации тех видов деятельности, которые препятствуют употреблению наркотиков, заработанные в соответствии с поощрительной программой деньги должны быть использованы на социальные нужды и проведение досуга по согласованию с вашим психотерапевтом. Перечень возможных вариантов использования ваучеров будет вам передан. На протяжении следующих 12 недель вмешательства поощрительная программа будет изменяться. Вместо ваучеров за пробы мочи без следов кокаина вы будете получать лотерейные билеты.

По окончании полных 24 недель вмешательства, сразу же после анализа последней пробы, если окажется, что в ней нет следов кокаина, произойдет следующее. Ваучеры (недели 1-12) или лотерейные билеты (недели 13-24) будут предъявлены. После предъявления каждого ваучера вам будет задан вопрос о том, желаете ли вы «приобрести» какие-либо товары или услуги. Ваучеры могут быть использованы в любой момент на протяжении 24-недельной программы. Полученные ваучеры не могут быть у вас изъяты ни при каких обстоятельствах. Процедура реагирования на пробы мочи со следами кокаина будет обсуждаться ниже.

Пробы мочи, содержащие следы кокаина: все пробы мочи подлежат исследованию на употребление наркотиков. Будет вестись учет всех обнаруженных в моче наркотиков, хотя данный контракт касается только кокаина. За каждую пробу мочи со следами кокаина ваучер выдаваться не будет. Кроме того, эквивалент ваучера за следующую пробу мочи без кокаина будет снижен до 10. Чтобы восстановить денежный эквивалент ваучера до кокаинового «срыва», вам придется сдать пять последовательных проб мочи без кокаина. Пятая, «чистая» проба даст вам тот же денежный эквивалент, которого удалось достичь до срыва, далее продолжит действовать описанная выше система (т. е. каждая чистая проба будет давать на 5 баллов больше, чем предыдущая).

Окончание &

Непредоставление пробы мочи: невозможность предоставить пробу мочи в назначенный день (без предварительного согласования со своим психотерапевтом) будет считаться кокаин-положительной пробой, при этом вступают в действие описанные выше процедуры. Хотя мы попытаемся получить пробу у вас на дому (естественно, с вашего разрешения), полученные в результате пробы мочи без кокаина не принесут вам ваучера, однако уже достигнутые показатели также не будут снижены до 10. Таким образом, пробы мочи без следов кокаина, собранные вне клиники (за исключением случаев госпитализации), являются «нейтральными». С другой стороны, если мы получим от вас пробу за пределами клиники, и она окажется положительной (с кокаином), вступают в силу правила для пробы мочи с содержанием кокаина.

Моя подпись внизу подтверждает мое согласие с вышеописанной системой наблюдения за пробами мочи. Эта система была мне разъяснена, и я осознаю последствия сдачи проб мочи со следами и без следов кокаина, пока я являюсь клиентом клиники.

Клиент _____ Психотерапевт _____
Дата _____ Дата _____

Форма 10.1. Окончание

Подход к терапии на основе подкрепления со стороны окружения в сочетании с ваучерами

Концептуальные основы

Вмешательство с использованием социального подкрепления и ваучеров основано на концепциях и принципах оперантного обусловливания и теории социального научения. В свете этого подхода употребление кокаина считается выученным поведением, которое подкрепляется, хотя бы частично, фармакологическим действием кокаина в сочетании с социальным и другими формами нефармакологического подкрепления, содержащимися в образе жизни пациента (Higgins & Katz, 1998). Эту позицию с научной точки зрения поддерживают заслуживающие доверия свидетельства того, что наркотики выполняют функцию подкрепления у людей и лабораторных животных (Griffiths, Bigelow, & Henningfield, 1980). Кокаин, другие психомоторные стимуляторы, этанол, опиоиды, никотин и седативные препараты служат в качестве подкрепления и произвольно используются представителями многих видов. Более того, вследствие респондентного и оперантного обусловливания окружающие события, ранее совпавшие по времени с употреблением наркотика, вызывают его поиск. Эти психоактивные вещества не требуют формирования физической зависимости для поддержания стабильного стереотипа произвольного их поиска и употребления у здоровых в других отношениях лабораторных животных или у людей. Общие черты этим не исчерпываются. Последствия изменения доступности психоактивного вещества, его дозы, схемы подкрепления и других внешних манипуляций упорядочены и имеют сходство при разных видах и типах употребления психоактивных веществ (Griffiths et al., 1980; Higgins, 1997). Эти общие черты подтверждают положение о том, что подкрепление и другие принципы научения лежат в основе употребления, пагубного употребления и кокаиновой зависимости. В рамках этого концептуального подхода, следовательно, употребление кокаина представляет собой выученное поведение, выраженность которого варьирует от незначительного употреблен! а

и небольшого числа проблем до пагубного употребления и многочисленных негативных последствий (включая смерть). Считается, что процессы и принципы научения также действуют в некоем континууме. Как полагают, все физически интактные люди обладают соответствующими нейробиологическими системами для переживания кокаинового подкрепления и, следовательно, формирования стереотипов употребления кокаина, злоупотребления и зависимости. Иначе говоря, для формирования кокаиновой зависимости не требуются какие-либо исключительные или патологические особенности. Очевидно, врожденные или приобретенные характеристики (например, семейный анамнез наркотической зависимости или других психических расстройств) могут повлиять на вероятность развития кокаиновой или другой наркотической зависимости (например, в качестве факторов риска), однако при этом подходе считается, что такие особые характеристики не являются необходимым условием формирования кокаиновой зависимости.

В данных концептуальных рамках вмешательство помогает перестроить физическое и социальное окружение человека, употребляющего кокаин. Задача состоит в том, чтобы постепенно ослаблять влияние подкрепления, получаемого от употребления кокаина и связанного с этим образа жизни, а также увеличивать частоту подкрепления со стороны более здоровых видов деятельности, особенно тех, которые несовместимы с употреблением кокаина. Ниже мы описываем основные компоненты подхода с подкреплением со стороны окружения (*CRA*) в сочетании с использованием ваучеров, который позволяет достичь поставленных целей.

Компоненты вмешательства

Рекомендуемая продолжительность вмешательства *CRA* с ваучерами составляет 24 недели собственно терапии и шесть месяцев проспективного наблюдения. Влияние продолжительности терапии не было изучено в экспериментах с тем или другим эффективным психосоциальным вмешательством при кокаиновой зависимости, однако общепринятой стала практика трехмесячного и более продолжительного лечения пагубного употребления наркотиков или наркотической зависимости (принцип 5, табл. 10.1).

Терапия *CRA* при этом подходе осуществляется на индивидуальных сессиях, хотя доказана ее эффективность на групповых сессиях у пациентов с алкоголизмом (Azrin, 1976; см. руководство по использованию *CRA* у пациентов с алкоголизмом, Meyers & Smith, 1995). Как явствует из названия, вмешательство включает два основных компонента: подкрепление со стороны окружения плюс ваучерное вмешательство.

Подкрепление со стороны окружения

Стиль психотерапевта. Прежде чем перейти к специфическим элементам подхода, упомянем некоторые общие характеристики используемого терапевтического стиля. Психотерапевты проявляют гибкость при составлении графика и выборе целей, что способствует участию клиента в терапии и продвижению к намеченным целям. В частности, на ранних этапах вмешательства психотерапевты стараются разработать максимально удобный для пациентов график работы. Мы снисходительно относимся к опозданиям на сессии, раннему уходу с сессий, а также разному времени начала сессий в разные дни; в случае необходимости мы готовы

встречаться с пациентами за пределами офиса. С особенно трудными пациентами улучшение взаимопонимания в этих вопросах входит в программу вмешательства.

Психотерапевты должны проявлять эмпатию и умение слушать. Им следует проявлять искреннее понимание ситуации, в которой оказался пациент, и связанных с этим затруднений. На протяжении вмешательства психотерапевты избегают оценочных суждений, выражая искреннее сочувствие пациенту по поводу стоящих перед ним нелегких задач.

Подкрепление со стороны окружения предполагает, что психотерапевты и пациенты сформируют активное отношение к решению проблем в ходе вмешательства. Активное решение проблем является неотъемлемой частью психотерапевтических отношений. Соблюдая нормы этики, психотерапевты призваны делать все возможное для изменения образа жизни своих пациентов. Психотерапевты договариваются о встречах пациентов с потенциальными работодателями. Они организуют для пациентов проведение досуга, назначают сессии в удобное для пациента время, чтобы он мог справиться со стоящими перед ним задачами. Психотерапевты позволяют пациентам делать звонки из своего офиса, просматривают газеты в поиске рабочих вакансий или здоровых способов проведения досуга, которые могли бы заинтересовать пациентов. В случае необходимости сессии могут проводиться на дому у пациента. В целом девиз психотерапевта-практика внешнего подкрепления звучит так: «Мы можем сделать это возможным», — и они делают все возможное, чтобы помочь пациентам.

Структура консультативных сессий. Терапия с подкреплением со стороны окружения в первые 12 недель вмешательства проводится дважды в неделю, при этом продолжительность сессий составляет 60-90 минут, а в заключительные 12 недель сессии такой же продолжительности проходят один раз в неделю. Основная задача психотерапевта на каждой сессии состоит в том, чтобы добиться от пациента активного участия в ранее запланированных обсуждениях. Эта задача сильно усложняется, если пациент выносит на сессию вопросы, отличные от тех, которые предполагалось осветить согласно плану вмешательства. Чтобы эффективно решать такие вопросы, психотерапевту требуется гибкость и заинтересованность, при этом нельзя допускать, чтобы сессия отклонилась от намеченной темы. План сессий необходимо строго соблюдать, за исключением особых случаев. План должен быть составлен так, чтобы сохранялась возможность ответить на неожиданные вопросы, не уходя от заранее намеченной темы сессии. Задача психотерапевта — сохранять контроль над ходом сессии и оставить достаточно времени для освещения намеченных вопросов.

Концентрироваться на конкретных темах психотерапевту помогает структурированная методика для каждой сессии. Во-первых, психотерапевт знакомится с результатами анализов мочи (с помощью графика) и обсуждает их с пациентом. Затрагиваются все проблемы, касающиеся воздержания от наркотических веществ. Для оказания поддержки используются навыки активного слушания, в то время как поощрение и социальное подкрепление используются избирательно для поддержки усилий пациента. Если в пробе мочи кокаина не оказалось, пациент получает поздравления, после чего обсуждаются способы, которые помогут пациенту воздерживаться от наркотиков. Если же в последней пробе мочи обнаружился кокаин, пациента заверяют, что употребление кокаина стало причиной обращения его за помощью и что программа вмешательства предназначена для

разрешения этой проблемы. Проводится функциональный анализ последнего случая употребления кокаина (см. ниже), при этом психотерапевт подчеркивает важность понимания причин такого поведения, чтобы пациент научился лучше его контролировать.

Если в плане активного лечения имеется терапия дисульфирамом (см. ниже), тогда оценивается правильность проведения такой терапии. Обсуждаются все возникшие в этой связи проблемы, намечаются процедуры по их преодолению. Подкрепление и поощрение используются для увеличения комплайенса.

Далее психотерапевт оценивает прогресс по каждой цели вмешательства, который представлен на графиках. Эти графики постоянно обновляются, обсуждаются все возникающие проблемы. И вновь поощрение и социальное подкрепление используются для поддержки прогресса. Если достигнутые успехи не удовлетворительны, применяются процедуры решения проблем и поведенческие приемы для преодоления возникших на пути к намеченным целям препятствий.

После обсуждения достижений в каждой из проблемных сфер намечаются очередные цели, которых следует достичь к очередной сессии. С пациентом обсуждают новые поведенческие цели. Разрабатываются планы по обеспечению поддержания до следующей терапевтической сессии. Тренинг навыков, репетиции соответствующего поведения, проигрывание ролей помогают достичь целей вмешательства. В последнюю очередь на сессии проводится обсуждение целей, которых необходимо достичь в промежутке между настоящей и будущей сессиями, говорятся слова поддержки и ободрения.

В случае необходимости работа проводится за пределами офиса. Например, если стоит цель освоить новый способ проведения свободного времени, психотерапевт выступает в роли инициатора, следовательно, пациент и психотерапевт совместно занимаются этим видом деятельности вместо обычной сессии в офисе. Аналогичным образом, если на предыдущей сессии была поставлена задача устроиться на работу, а пациент с ней не справился, тогда текущая сессия может быть посвящена посещению потенциальных работодателей.

Многие пациенты приходят на каждую сессию с новыми или рецидивирующими проблемами. Насколько психотерапевту удастся с ними справляться, имеет значение для эффективного проведения вмешательства, потому что терапия с подкреплением со стороны окружения предполагает точное фокусирование и структуру. Конечно, игнорирование реальных жизненных проблем пациентов чревато риском досрочного прекращения вмешательства, которое, по мнению пациентов, не отвечает их насущным потребностям.

Психотерапевт имеет в своем распоряжении как минимум три варианта реагирования на кризисные ситуации. Во-первых, психотерапевт может использовать свои профессиональные навыки, чтобы попытаться ввести эти побочные проблемы в план вмешательства, заведя речь о том, что настоящая терапия может помочь в разрешении возникшего кризиса. Во-вторых, психотерапевт может отметить важность этих вопросов, разъяснив клиенту, что эффективное их разрешение возможно лишь в период абстиненции. В-третьих, сессии могут быть построены таким образом, чтобы в конце оставалось 10-20 минут для обсуждения вопросов, не имеющих прямого отношения к намеченному плану вмешательства. Это довольно действенная стратегия удовлетворения потребностей пациента при соблюдении протокола сессии. Кроме того, психотерапевт может проявить внимание

к интересующим пациента проблемам в качестве подкрепления за выполненный план сессии (Premack-принцип¹; подробную информацию см., например, у Sul-zer-Azaroff & Meyer, 1991, p. 158). Хороший эффект дает утверждение типа: «Да, я понимаю, почему вас беспокоит этот вопрос. Давайте постараемся решить некоторые другие наши проблемы, чтобы осталось время поговорить на интересующую вас тему». Здесь важна последовательность событий. Внимание к интересующей пациента теме должно быть уделено после реализации запланированного. Если психотерапевт чувствует, что эта новая проблема требует вмешательства (например, она так или иначе повышает вероятность употребления кокаина), тогда для помощи пациенту применяется соответствующий поведенческий подход в рамках терапии с подкреплением со стороны окружения. Пациента отсылают к внешним ресурсам в том случае, если проблема его является насущной, однако не имеет прямой или косвенной связи с употреблением кокаина.

Сессии фокусируются на следующих общих темах, в зависимости от потребностей конкретного пациента.

Функциональный анализ и планирование самоконтроля. Пациентов обучают, как распознавать предпосылки и последствия употребления кокаина, иначе говоря, проводят функциональный анализ употребления кокаина. Кроме того, их учат использовать эти сведения для снижения вероятности употребления кокаина. Каждому пациенту адресуется двойное послание:

- 1) употребление кокаина — упорядоченное поведение, которое с большей вероятностью происходит в определенных обстоятельствах;
- 2) благодаря умению выявлять эти обстоятельства, влияющие на употребление кокаина, пациент может разработать и реализовать план снижения вероятности его употребления в будущем.

Наш подход к обучению функциональному анализу основан на ряде работ (Miller & Munoz, 1982; McCrady, 1986; см. также McCrady, глава 9 настоящего издания).

В форме 10.2 показано, как проводить анализ; мы помогаем пациентам проанализировать собственные случаи употребления кокаина. При этом мы поясняем:

Функциональный анализ позволяет вам выявить непосредственные причины употребления кокаина. Вы, вероятно, замечали, что в определенных ситуациях вы прибегаете к кокаину, а в других — нет. Внешние ситуации сильно влияют на употребление кокаина, в частности, если не знать об этом их влиянии.

Речь идет о том, с кем вы в данное время, где вы находитесь, о времени дня, количестве имеющихся у вас с собой денег, количестве выпитого алкоголя, а также ваших чувствах. Первый шаг в понимании причин употребления кокаина — выявление ситуаций, в которых это употребление наиболее вероятно. Мы называем это идентификацией поводов (триггеров). Кроме того, вы захотите идентифицировать последствия употребления кокаина, иначе говоря, выявить ближайшие, обычно положительные последствия (хорошее настроение, бодрость), а также отдаленные, часто негативные последствия (растрата денег, нежелательные половые связи, конфликты с партнером). После идентификации триггеров и последствий вам удастся проследить некоторые свойственные вам стереотипы употребления кокаина, они-то и будут важнейшими мишенями терапии.

Принцип поощрения. — *Примеч. науч. ред.*

стиль отказа (с использованием ключевых элементов), а также разыграть по ролям несколько сцен, в которых пациенту предлагают кокаин. Ситуации для ролевой игры должны быть максимально конкретными и реалистичными для данного пациента, а также должны учитывать действующих лиц, время, место и т. д. Пациент и психотерапевт должны меняться ролями, чтобы первый мог практиковаться после конструктивной критики, а последний сумел продемонстрировать навыки эффективного отказа.

Таблица 10.4. Составляющие эффективного отказа

1. «Нет» должно быть первым произнесенным вами словом.
2. Скажите человеку, который предлагает вам наркотики или просит выйти, *никогда больше не интересоваться в будущем*, хотите ли вы кокаин. Уклончивые ответы типа «Может быть, позже», «Мне пора домой», «Я принимаю лекарства» и т. п. повышают вероятность того, что вам и в будущем будут задавать такие вопросы.
3. Очень важен язык тела:
 - а) необходим зрительный контакт; давая ответ, смотрите прямо на собеседника;
 - б) выражение лица и тон должны не оставлять сомнений в серьезности ваших намерений.
4. Предложите альтернативный вариант времяпрепровождения, если вам приходится общаться с этим человеком. Пусть это будет что-либо, несовместимое с употреблением кокаина (прогулка с детьми в парке, тренировка и т. д.).
5. Смените тему разговора.

Социальные мероприятия и проведение досуга. Важность налаживания новых социальных контактов, способствующих здоровому образу жизни, а также интересное проведение свободного времени, не предполагающее употребления кокаина или других наркотиков, подчеркивается при работе со всеми пациентами. Систематическое налаживание и поддержание «безопасных» в отношении кокаина контактов, участие в «безопасных» мероприятиях имеют высокий приоритет на протяжении всего вмешательства у большинства пациентов. Намечаются конкретные цели, еженедельно ведется наблюдение за достигнутыми успехами (принцип 4, табл. 10.1).

Естественно, планы налаживания здоровых социальных контактов и занятия в свободное время должны учитывать конкретные обстоятельства, навыки и интересы каждого пациента. Для желающих принять активное участие в групповой деятельности можно порекомендовать группы самопомощи («Анонимные алкоголики», «Анонимные кокаинисты», «Анонимные наркоманы»), которые обеспечат хорошую поддержку трезвого образа жизни. Работник клиники часто сопровождает пациента на первые одно-два собрания группы самопомощи. Мы ни в коем случае не фокусируемся или не полагаемся исключительно на самопомощь. Мы помогаем пациентам вступать в различные клубы и добровольные организации по интересам, поощряем пациентов к налаживанию связей со старыми друзьями или близкими людьми, которые не употребляют наркотиков и контакт с которыми был утрачен много лет назад. Следует отметить, что многим пациентам бывает трудно устанавливать новые социальные контакты. Психотерапевты

пытаются им в этом помочь за счет проигрывания ролей, тренинга социальных навыков, сопровождения клиентов туда, где они могут завести новых знакомых, не употребляющих наркотики.

Что касается проведения досуга, многие пациенты часто вели здоровый образ жизни до увлечения кокаином или же имеют четкое представление о том, чем хотели бы заняться. Мы оказываем таким пациентам помощь в возобновлении или начале этих занятий. Некоторые пациенты, будучи взрослыми, никогда не занимались ничем, кроме употребления наркотиков, или просто не могут назвать те виды деятельности, которые их интересуют в настоящее время. Мы часто предлагаем таким пациентам заполнить Опросник интересов в проведении досуга (*Leisure-interest inventory*; Rosenthal & Rosenthal, 1985) с целью узнать их представления о том, что им нравилось ранее и что хотелось бы попробовать. Мы поощряем пациентов к новым для них видам деятельности, даже если они сомневаются в их привлекательности. Работники клиники просматривают местные газеты, а также используют другие средства массовой информации, чтобы узнать о предстоящих событиях и сообщить о них пациентам. Каждую неделю работник регистратуры кладет для пациентов копии сообщений об интересных и здоровых мероприятиях на видное место. Опять-таки, работники клиники сопровождают пациентов, когда те пытаются возобновить прежние занятия или попробовать новые, если в этом есть необходимость. Как описано ниже, для покрытия расходов по проведению досуга и других видов деятельности, способствующих формированию здорового образа жизни, могут использоваться ваучеры.

Индивидуализированный тренинг навыков. Кроме того, проводятся различные другие формы индивидуализированного тренинга навыков, обычно для развития какого-либо отсутствующего навыка, прямо или косвенно влияющего на употребление пациентами кокаина (например, планирование времени, решение проблем, тренинг асертивности, тренинг социальных навыков, управление настроением). Например, для успешного освоения навыков самоконтроля и умения интересно и содержательно проводить досуг, о чем шла речь выше, требуются хотя бы минимальные навыки планирования времени. Все пациенты получают ежедневники для облегчения планирования дел. Поскольку пациенты теряют или забывают приносить свои ежедневники, хорошим выходом из положения будет изготовление фотокопий на следующую неделю вмешательства. Психотерапевты дают этому следующее обоснование:

В этой части вмешательства вам предстоит научиться планировать, распределять по значимости события и дела в своей жизни. Разрешение проблемы с кокаином требует внесения значительных изменений в ваш образ жизни; важно освоить действенные способы внесения таких изменений. Некоторые пациенты говорят, что не любят составлять планы, предпочитают действовать спонтанно. Однако если они не найдут возможности организовать свою жизнь, то целей достичь будет трудно из-за внезапно навалившихся дел.

1*

У большинства пациентов работа над планированием времени в той или иной форме проводится на протяжении всего вмешательства. На каждой сессии психотерапевт подчеркивает важность составления плана дел, которые помогут воздерживаться от употребления кокаина в промежутке между терапевтическими сессиями. Планирование времени «повышенного риска» представляет особую важ-

ность. Мы обучаем пациентов ведению списка дел, планированию своего дня, ранжированию дел по степени их важности.

Мы используем также другие варианты тренинга навыков. В частности, методика «Контроль депрессии» (*Control Your Depression*; Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1986) используется у пациентов со стойкой депрессией после прекращения употребления кокаина (см. принцип 8, табл. 10.1). Иногда проводится тренинг социальных навыков и релаксации с теми, кто жалуется на социальную тревогу, связанную с общением с незнакомыми людьми, свиданиями и т. п. (Goldfried & Davison, 1994; см. также Turk, Heimberg, & Hope, глава 3 данного «Руководства»). Многие пациенты сообщают о стойких расстройствах сна после прекращения употребления кокаина. В таких случаях мы используем методику, основанную на работах Лекса (Lacks, 1987) и Морина (Morin, 1993). Нам часто приходится работать с пациентами, которым трудно контролировать свои расходы. Иногда достаточно приучить их пользоваться чековой книжкой, чтобы избежать искушения потратить большую сумму наличных денег. В других случаях требуется составить план погашения долга, что позволяет снизить стресс. Поскольку у пациентов часто бывает множество проблем, которые мы могли бы разрешить, мы следуем правилу: работать только над теми проблемами, которые прямо или косвенно влияют на вероятность воздержания от кокаина у того или иного пациента. Здесь большую помощь нам оказывает функциональный анализ и другая имеющаяся информация об употреблении кокаина каждым из пациентов. В случае проблем, не связанных с употреблением кокаина, однако требующих вмешательства специалистов, мы обычно даем пациенту направление в соответствующие службы. Наша задача — концентрировать внимание на разрешении проблемы с употреблением кокаина, не отвлекаясь на другие насущные проблемы пациента, которые не оказывают прямого или косвенного влияния на кокаиновую зависимость.

Консультирование по трудоустройству. Безработным участникам программы предлагается сотрудничество с бюро по трудоустройству. Это эффективный метод помощи в устройстве на работу (*Job Club manual* Azrin & Besalel, 1980). Большинство из тех пациентов, которые обращаются за помощью в связи с кокаиновой зависимостью, не имеют работы, поэтому эта услуга предоставляется довольно часто. В других случаях мы помогаем пациентам реализовать свое желание продолжить учебу или освоить новый вид профессиональной деятельности. Наличие достойной работы играет важную роль в формировании здорового образа жизни, и мы всем своим пациентам рекомендуем устроиться на работу. Правила, которым мы следуем при определенных распространенных типах проблем с трудоустройством, перечислены в табл. 10.5. В целом персонал клиники старается быть в курсе общественных программ, способных предоставить соответствующие ресурсы пациентам, которые нуждаются в работе, обучении и других услугах, связанных с трудоустройством.

Консультирование по вопросам межличностных отношений. Участники, партнеры которых не употребляют наркотиков, имеют возможность пройти совместное консультирование по вопросам взаимоотношений с целью освоения навыков успешного общения и разработки взаимных контрактов о желательных изменениях в поведении каждого из партнеров (см., например, Azrin, Naster, & Jones, 1973). Сначала мы также привлекали значимых других, не являющихся партнерами наших пациентов. Всех значимых других, в том числе партнеров, учили со-

ставлять поведенческие контракты с пациентами, в которых значимые другие давали согласие на вознаграждающие действия (например, посещение ресторана) с пациентами при условии успешного воздержания пациентов от употребления кокаина непосредственно перед этим. Для более точного соблюдения этих контрактов мы информировали значимых других о результатах анализов мочи. Основываясь на описанном ниже исследовании, мы прекратили эту деятельность, сохранив консультирование по вопросам межличностных отношений.

Таблица 10.5. Примеры постановки целей при консультировании по вопросам трудоустройства

Для безработного клиента:

- каждую неделю по восемь раз обращайтесь к потенциальным работодателям;
- составьте резюме;
- рассылajte каждый день по два резюме с сопроводительными письмами;
- дважды в неделю посещайте службу занятости;
- участвуйте в программе профессиональной переподготовки;
- участвуйте в программе профессиональной ориентации;
- собирайте и рассматривайте информацию о возможности обучения.

Для клиента, который работает «слишком много» или нерегулярно:

- количество рабочих часов в неделю должно составлять от 35 до 50;
- наладьте более регулярный график работы;
- опробуйте альтернативные графики работы.

Для человека, работающего в обстановке «высокого риска по употреблению наркотиков» или не удовлетворенного своей работой:

- рассмотрите возможность сменить работу;
- продолжая работать, займитесь поисками нового места работы;
- внесите изменения в окружение для снижения риска употребления наркотиков или улучшения условий труда;
- пройдите тестирование по профессиональной ориентации;
- пройдите профессиональную переподготовку.

Мы стараемся провести такое консультирование в течение восьми сессий, причем первые четыре сессии проводятся каждую неделю, а последующие четыре — раз в две недели. Этот аспект терапии предваряется следующим обоснованием:

Как вы знаете, «кокаиновые» проблемы негативно влияют на самые важные сферы вашей жизни, в частности взаимоотношения с вашим партнером. Близкие люди наркоманов часто страдают оттого, что их партнеры употребляют наркотики. Неоднократные попытки оказать своему партнеру помощь обычно не увенчиваются успехом. Стратегии оказания помощи могут быть разными. В результате нарастают гнев и разочарование, появляется ощущение безнадежности и беспомощности. Иногда попытки оказать помощь встречаются с обидой и гневом.

В этой части вмешательства мы фокусируемся на том, как употребление кокаина влияет на ваши взаимоотношения и как внести в ваши отношения положительные аспекты. Кроме того, мы обсудим способы того, каким образом ваш партнер может помочь вам воздерживаться от кокаина. Мы надеемся, что нам удастся помочь вам обоим эффективнее справляться с кокаиновой проблемой.

Как оказалось, проблемы с употреблением наркотиков обычно сочетаются с проблемами в общении. Как правило, во взаимоотношениях присутствуют гнев,

молчание, апатия или обида, поэтому партнеры пытаются удовлетворить свои потребности на стороне. К тому времени, когда наши пациенты обращаются за помощью, взаимоотношения уже практически не приносят радости.

Вмешательство предполагает серию упражнений. Партнеры независимо оценивают текущий уровень удовлетворенности выполнением домашних обязанностей, воспитанием детей, социальными контактами, материальным положением, общением, сексуальными отношениями и проявлениями симпатии, успехами в учебе, личной независимостью, независимостью партнера, а также общую удовлетворенность. Результаты анкетирования доводятся до сведения обоих партнеров и обсуждаются, затем каждую неделю тест проводится заново для оценки прогресса. Далее вводится система «ежедневного напоминания о необходимости вести себя хорошо», т. е. выражать партнеру симпатию и признательность. Цель состоит в том, чтобы сделать совместное времяпрепровождение партнеров более приятным. Каждый партнер должен ежедневно оказывать другому «знаки внимания», а также вести записи о том, насколько ему самому (а не другому) это удастся. На сессиях эта информация рассматривается и подвергается анализу. После того как отношения несколько наладятся, партнеры независимо определяют, какими должны быть «идеальные взаимоотношения» с учетом упомянутых выше ключевых элементов. Кроме того, партнеры приступают к работе над использованием навыков позитивного общения для ведения переговоров о взаимных изменениях с целью продвижения к «идеальным взаимоотношениям». Термины «позитивный» и «взаимный» здесь особенно важны. Запросы формулируются исключительно в положительном ключе, а оба партнера должны стремиться к изменениям.

Просвещение по вопросам ВИЧ/СПИД. Информация о ВИЧ/СПИД предоставляется всем участникам на ранних этапах вмешательства наряду с консультированием, направленным на специфические потребности или связанное с риском поведение конкретного пациента. Всем пациентам разъясняют, что можно заразиться СПИДом в результате пользования общей иглой для инъекций или сексуальных контактов. На это отводится как минимум две сессии. Во-первых, пациенты проходят тест на осведомленность о ВИЧ/СПИДе (Kelly St. Lawrence, Hood, & Brasfield, 1989). Затем они смотрят видеофильм на тему ВИЧ/СПИДа, снятый Национальным институтом по проблемам злоупотребления наркотиками, и обсуждают его с психотерапевтом. Моменты, на которых психотерапевт акцентирует внимание в процессе обсуждения, перечислены в табл. 10.6. Кроме того, пациентов снабжают брошюрами по профилактике ВИЧ/СПИДа, предоставленными Центрами по контролю за заболеваниями и профилактике (*Centers for Disease Control and Prevention*), а также бесплатными презервативами (по желанию). Повторно проводится тест на осведомленность о ВИЧ/СПИДе, после чего обсуждаются все допущенные ошибки. Наконец, пациентам говорят о возможности проверки на антитела к ВИЧ и гепатитам В и С, предлагая пройти тестирование (принцип 12, табл. 10.1). Те, кто проявил к этому интерес, с помощью работников клиники записываются на обследование.

Терапия дисульфирамом под наблюдением. Всем пациентам нашей клиники, которые удовлетворяют диагностическим критериям для алкогольной зависимости или сообщают о связи употребления алкоголя и кокаина, предлагается лечение дисульфирамом (см. принцип 7, табл. 10.1), которое является неотъемлемой

частью вмешательства с подкреплением со стороны окружения при алкоголизме (Meyers & Smith, 1995; Sisson & Azrin, 1989). Обоснования и стиль предложения пациентам лечения дисульфирамом изложены в описании примера из практики в конце данной главы. Участники обычно потребляют ежедневно 250 мг препарата под наблюдением работника клиники в день сдачи анализов мочи, а также, по возможности, под наблюдением значимых других в остальные дни.

Мы побуждаем пациентов к подписанию контракта по дисульфираму (см. форму 10.4). Лечение дисульфирамом эффективно лишь на фоне процедур по наблюдению за приемом рекомендованной дозы препарата (Azrin, Sisson, Meyers, & Godley, 1982). По нашим данным, наблюдение работников клиники за приемом пациентами препарата в дни сдачи проб мочи дает хорошие результаты. В другие дни такое наблюдение можно поручить значимому другому, если это возможно. Если этого сделать нельзя, мы практикуем назначение пациенту большей дозы (500 мг) в те дни, когда он приходит в клинику, пропуская прием препарата в остальные дни.

Таблица 10.6. Моменты, на которых следует делать акцент при обсуждении ВИЧ-инфекции/СПИДа

1. Быстрее всего увеличивается группа зараженных ВИЧ-инфекцией/СПИДом, которая состоит из лиц, вводящих наркотики внутривенно, а также их половых партнеров. В начале эпидемии эта группа составляла незначительную часть инфицированных, однако в настоящее время ее численность быстро растет: заражаются не только мужчины-гомосексуалы!
2. Рассмотрите три пути передачи ВИЧ:
 - а) путем полового контакта с зараженным;
 - б) через кровь (при пользовании одним шприцем);
 - в) инфицирование ребенка во время беременности матери или в момент родов.
 Объясните, что наиболее эффективный способ заражения ВИЧ — через кровь (в крови — самая высокая концентрация вируса), поэтому пользование общим шприцем — «простой» способ передачи вируса от одного человека другому.
3. Отметьте, что инфицированный человек не обязательно болен и может даже не знать о наличии у себя вируса. При взгляде на человека невозможно определить, есть ли у него вирус.
4. Если клиенты продолжают в настоящее время вводить наркотики внутривенно, подчеркните, что имеет смысл использовать одноразовые иглы или хорошо их обрабатывать. Рассмотрите этапы правильной обработки шприцев.
5. Половой контакт с обменом тканевыми жидкостями (кровью, влагалищным секретом, спермой, жидкостью, выделяющейся перед эякуляцией) также относится к действенным способам передачи вируса. Половые контакты можно обезопасить, используя латексные презервативы и спермициды, содержащие вещество ноноксинол-9 (типичный компонент спермицидов) при каждом половом сношении (в том числе оральном, вагинальном и любом другом).
6. Подчерните, что алкоголь и другие психоактивные вещества повышают риск заражения:
 - а) могут подавлять иммунную систему;
 - б) нарушают критичность суждений, что ведет к поведению, сопряженному с риском (например, употреблению наркотиков, случайным половым связям).

 КОНТРАКТ О ПРИЕМЕ ДИСУЛЬФИРАМА

Я, _____, согласен принимать дисульфирам в назначенное время, указанное ниже. Я согласен делать это в течение _____ дней. После этого времени я согласен побеседовать со своим психотерапевтом и обсудить, стоит ли продолжать и дальше принимать дисульфирам. Я также согласен, чтобы указанный ниже человек каждый раз наблюдал, как я принимаю дисульфирам согласно назначениям.

Я, _____, согласен присутствовать при приеме дисульфирама в домашних условиях.

Время: _____

Дни: _____

Место: _____

В ответ на прием дисульфирама в соответствии с назначениями, я согласен _____ в качестве меры поощрения приема дисульфирама.

Подпись пациента _____ Подпись партнера _____

Подпись психотерапевта _____ Дата _____

Форма 10.4. Контракт о приеме дисульфирама

Вмешательство при употреблении других психоактивных веществ. Использование других веществ, за исключением табака и кофе, во время терапии с подкреплением со стороны окружения не приветствуется. Все, кто удовлетворяет критериям опиатной зависимости, получают направление в расположенную здесь же. в клинике, службу заместительной опиоидной терапии (Bickel, Amass, Higgins, Badger, & Esch, 1997). Употребление марихуаны, как и алкоголя, довольно распространено среди лиц, обращающихся по поводу кокаиновой зависимости. Приблизительно 30% пациентов нашей клиники с кокаиновой зависимостью также удовлетворяют критериям зависимости от марихуаны. Такие пациенты обычно обосновывают свое употребление марихуаны точно так же, как и алкоголя: поднятие настроения, устранение вызванной кокаином тревоги и депрессии. Имеются значительные индивидуальные различия в частоте и стереотипе употребления марихуаны нашими пациентами. Как и в случае пациентов, употребляющих алкоголь, работники клиники при вынесении оценок и даче рекомендации исходят из того, удовлетворяют ли пациенты критериям для пагубного употребления или зависимости. Необходимо также принимать во внимание, какое влияние оказывает употребление марихуаны на изменение образа жизни как цели терапии. Употребление марихуаны редко служит непосредственным поводом для использования кокаина. Отдельные индивиды могут употреблять марихуану регулярно, при этом не нарушая воздержания от кокаина (Budney, Higgins, & Wong, 1996). Многие пациенты практически не проявляют интереса к прекращению употребления марихуаны. Тем не менее мы рекомендуем воздержание в связи с проблемами, возникающими при хроническом употреблении марихуаны.

Вот какой общей стратегии в отношении марихуаны мы придерживаемся. Пациенту даются рекомендации по воздержанию от марихуаны и предлагается помощь в распространении «противококаиновых» подходов на марихуану. Если пациенты отказываются ставить перед собой цель воздержания, мы побуждаем их к снижению потребления наркотика с помощью различных приемов, используемых при кокаиновой наркомании и алкоголизме.

Следует подчеркнуть, что мы не отказываем в лечении пациенту, употребляющему другой наркотик помимо кокаина. Мы рекомендуем прекратить курить, но, как правило, не во время курса вмешательства по поводу кокаиновой зависимости. Эта практика может быть изменена, если новые исследования докажут возможность успешной интеграции прекращения курения в курс лечения по поводу пагубного употребления или зависимости от наркотика.

Диспансерное наблюдение. После завершения 24-недельного вмешательства участникам предлагается шестимесячное диспансерное наблюдение в нашей клинике, которое предполагает короткую терапевтическую сессию один раз в месяц, а также взятие пробы мочи. Если психотерапевт или пациент считают это необходимым, могут быть назначены более частые визиты в клинику. Эти посещения клиники могут считаться поддерживающими сессиями. Они нужны для наблюдения за прогрессом в разрешении проблем с употреблением кокаина или другими аспектами образа жизни, что было начато во время вмешательства. Кроме того, такие сессии дают возможность постепенно прекратить сотрудничество пациента с клиникой.

Ваучерная программа

Ваучерная программа разработана для поощрения пациентов, их участия в лечении и воздержания от кокаина. Многие люди с кокаиновой зависимостью обращаются за помощью, когда в их жизни царит полная неразбериха. Логично предположить, что потребуется некоторое время на стабилизацию и перестройку их жизни, поэтому-то естественные источники подкрепления отчасти утрачивают влияние на поведение, связанное с воздержанием от наркотиков. Одним из вариантов служит безопасное окружение, однако ваучерная программа представляет собой более дешевую альтернативу. Цель заключается в том, чтобы поощрительная программа играла важнейшую роль в первые 12 недель вмешательства на фоне продолжающейся терапии с подкреплением со стороны окружения. Подкрепление со стороны окружения предназначено для того, чтобы помочь пациентам изменить образ жизни, когда естественные источники подкрепления будут поддерживать воздержание от кокаина когда ваучерная программа закончится. При подходе с подкреплением со стороны окружения пациентам помогают наиболее оптимально использовать ваучеры, предлагая мероприятия, способствующие изменению образа жизни.

Ваучерная программа проводится в сочетании с программой наблюдения за пробами мочи (см. принцип 11, табл. 10.1). Мы просим своих пациентов подписать упомянутый выше контракт о воздержании (см. форму 10.4), в котором описана ваучерная программа и график забора проб мочи. Пробы мочи для анализа собираются у всех участников по понедельникам, средам и пятницам в течение 1-12 недель и по понедельникам и четвергам на 13-24 неделе вмешательства. Анализ проб производится незамедлительно на установке для проведения иммуноферментного анализа (*Enzyme Multiplied Immunoassay Technique, EMIT*, Syva Corp., San Jose, CA) с целью свести к минимуму отсрочку с подкреплением проб, не содержащих следов кокаина. Чтобы снизить вероятность сдачи чужой мочи, все пробы отбираются под наблюдением работника клиники одного с пациентом пола, причем работник имеет право запросить другую пробу в сомнительных случаях. Все пробы анализируются на содержание бензоилекгонина (*benzoylecgonine*),

кокаинового метаболита, а раз в неделю методом случайных чисел отбирается проба для анализа на другие наркотические вещества. Уровень алкоголя в крови измеряется с помощью дыхательного анализатора в дни забора проб мочи. Непредоставление пробы мочи в соответствии с графиком считается кокаин-положительной пробой. Участникам сообщают результаты анализа мочи и уровень алкоголя в крови в течение нескольких минут после забора проб.

Пробы мочи, собранные в течение 1-12 недель, не содержащие бензоилекгоина, приносят баллы, которые указываются на выдаваемых участникам ваучерах. Каждый балл имеет денежный эквивалент \$0,25. Прямому обмену на деньги они не подлежат. Полученные баллы могут быть использованы для приобретения услуг или продуктов потребления в окружающем сообществе. Все покупки делает персонал клиники. Первая проба мочи без следов кокаина соответствует 10 баллам (или \$2,50). Ценность ваучеров за каждую последующую кокаин-негативную пробу возрастает на 5 баллов (например, вторая проба = 15 баллам, третья = 20 баллам и т. д.). Для повышения вероятности стойкого воздержания от кокаина за каждые три последовательные негативные пробы выдается бонус, эквивалент которого составляет \$10. Кокаин-положительная проба или непредоставление пробы в соответствии с установленным графиком возвращает ценность ваучера к начальному значению \$2,50, с которого она может возрастать по обычным правилам. Предоставление пяти последовательных кокаин-негативных проб после кокаин-положительной возвращает ценность баллов к тому значению, которое они имели до «срыва». Набранные баллы не отбираются.

Пациенты и психотерапевты совместно принимают решение о приобретении на заработанные баллы тех или иных видов продуктов либо услуг. Выбор здесь довольно обширный — от учебных материалов и лицензий на рыбную ловлю до абонементов в местный ресторан, спортивный инвентаря и многого другого. Психотерапевты имеют право наложить вето на все покупки. Выбор пациента поучает одобрение только в том случае, если он согласуется с целями индивидуальной терапии, в частности оздоровлением образа жизни и воздержанием от употребления кокаина.

Ваучерная программа прекращает действовать в конце двенадцатой недели. На протяжении 13-24 недель участники получают один лотерейный билет стоимостью \$1 за каждую кокаин-негативную пробу мочи. В течение 24 недель вмешательства пациенты могут «заработать» максимум \$997,50 в ваучерах за 1-12 недели, а также \$24 в лотерейных билетах за 13-24 недели. В течение рекомендуемого полугодового проспективного наблюдения никаких материальных поощрений не предусмотрено. Имеются факты в пользу того, что недорогие поощрения могут эффективно способствовать воздержанию от кокаина, однако их действенность варьирует в зависимости от количества используемых поощрений (Petty, 1999).

Проведение терапии

Перед психотерапевтом стоит множество задач на первые две сессии (первая неделя) вмешательства помимо знакомства с пациентом и установления раппорта. Эти сессии чрезвычайно важны для повышения мотивации и создания соответствующего настроения на терапию. В связи с этим мы приводим подробное описание конкретных задач, которые предстоит выполнить в течение первых терапевтических сессий.

Как уже было сказано, основное внимание уделяется анализу мочи и употреблению кокаина. Начиная сессию с непосредственной оценки употребления кокаина (вместо вопроса «Как дела?»), психотерапевт ясно дает понять, что фокусом вмешательства является кокаиновая зависимость.

После разговора об употреблении кокаина и ваучерах психотерапевт должен убедиться, что пациент заполнил все материалы, выданные ему по приходе в клинику. На этом этапе он может ответить на ряд возникших у пациента вопросов.

Если практические потребности, такие как проживание, транспортировка или уход за детьми, будут затронуты в процессе вмешательства, они должны стать предметом обсуждения на первой сессии. Психотерапевты должны сделать все возможное, чтобы помочь пациентам решить эти проблемы.

Психотерапевту следует обсудить альтернативные виды деятельности и стратегии для преодоления ситуаций высокого риска употребления кокаина, особенно ситуаций, которые с большой вероятностью могут возникнуть в течение предстоящей недели. Как говорилось выше, предоставление кликой пациенту ежедневников (или ксерокопий) с расписанием дел на ближайшее время помогает планировать повседневную жизнь. Выбираются время и дата проведения следующей сессии, о чем пациент делает запись в ежедневнике.

Психотерапевт должен начать описание комплексного плана вмешательства с конкретных целей и методов. Вот как это можно сделать:

План вмешательства позволит нам записать те моменты и цели, которые мы с вами сочтем нужными и важными, а также мероприятия, необходимые для достижения этих целей. Благодаря плану мы всегда будем концентрировать свое внимание на выполнении главной задачи, в частности, изменении образа жизни с целью помочь вам воздерживаться от употребления кокаина и других наркотиков, а также повысить удовлетворенность другими важными сферами своей жизни. Предполагается, что план вмешательства будет разработан нашими совместными усилиями. Вам важно понять, что намеченные цели помогут достичь желаемого. Я вижу свою задачу в том, чтобы помочь вам поставить перед собой четкие, ясные цели, дать рекомендации, исходя из своих знаний и опыта лечения пациентов по поводу употребления кокаина и других наркотиков.

Психотерапевт должен изложить свои представления о том, какие изменения должен внести пациент в свой образ жизни. Каждое предлагаемое изменение необходимо обосновать, исходя из полученной от пациента информации, а также данных исследований и впечатления от пациента. Далее следует открытое обсуждение и обмен мнениями.

Если пациент неохотно говорит, психотерапевту необходимо расспросить его о каждой сфере возможных изменений. Можно подтолкнуть пациента к участию в разговоре, задав следующие вопросы: «Что вы думаете по этому поводу?», «Есть ли у вас какие-либо мысли по этому поводу?», «Какое для вас это имеет значение?», «Считаете ли вы это для себя важным?», «Возможно ли подобное изменение?». Психотерапевту и пациенту необходимо прийти к согласию о том, какие именно сферы жизни пациента являются проблемными и подлежат изменению. Если пациент не согласен с мнением психотерапевта, следует прекратить обсуждать эти проблемные сферы, чтобы вернуться к ним позднее, по ходу вмешательства, если их актуальность сохранится.

Достигнув соглашения относительно сфер изменения, психотерапевт с пациентом должны обсудить каждую из них. Психотерапевты должны обладать навыками активного слушания (рефлексией и эмпатией), стараясь фокусировать разговор на конкретных темах. Психотерапевт должен сообщить пациенту, что эти проблемные вопросы будут предметом обсуждения на каждой сессии. Честно и открыто будут обсуждаться успехи и трудности, в план по взаимному согласию могут быть внесены дополнения и изменения.

Далее психотерапевт с пациентом договариваются о том, в каком порядке предстоит работать с проблемными сферами, не забывая о том, что воздержание от кокаина является основной целью. Важно достигать взаимного согласия, поэтому психотерапевту иногда требуется идти на компромисс.

Для каждой проблемной сферы ставятся конкретные задачи, которые психотерапевт должен обосновать:

Необходимо поставить перед собой конкретные задачи. Они помогут нам фокусироваться на важнейших моментах, которые мы с вами сочли необходимыми для прекращения употребления наркотика и налаживания здорового и приносящего удовлетворение образа жизни. Наличие конкретных задач позволяет оценить прогресс. Иногда это чрезвычайно важно, поскольку движение вперед может происходить медленно. Вам может показаться, что вы топчетесь на месте. В действительности изменения происходят. Только вы их не ощущаете. Информация о конкретных задачах поможет нам обоим более ясно увидеть, в правильном ли направлении мы движемся, даже если движение это идет медленно. Вместе с тем удастся заметить: когда мы идем не туда, значит, необходимо пересмотреть цели или найти другие пути к ним. Наблюдение за успехами в достижении конкретных целей также служит хорошим вознаграждением за тяжелый труд. Образ жизни менять нелегко. Желательно, чтобы вы научились хвалить себя за успехи.

Поставленные задачи должны быть количественными, чтобы можно было судить о прогрессе. Задачи эти ставятся для тех приоритетных сфер, которые перечислены в плане вмешательства и сочтены приоритетными. Примеры типичных целей:

- пять обращений в неделю по поводу работы или обращение по поводу профессиональной переподготовки;
- каждую неделю участвовать в трех мероприятиях, связанных с проведением досуга, в периоды высокого риска употребления кокаина;
- проведение четырех часов в неделю за развлечениями с членом семьи или другом;
- посещение занятий один раз в неделю вечером;
- выполнение двухчасовой домашней работы с целью получения диплома. эквивалентного диплому об окончании школы;
- планирование и проведение времени с человеком, который не пользуется наркотиками, в те вечера, когда пациент обычно употребляет кокаин.

Психотерапевт с пациентом должны прийти к взаимному согласию относительно этих задач. При этом следует соблюдать основные принципы эффективной постановки задач:

- сначала ставьте планку относительно невысоко, чтобы пациент быстро смог достичь успеха;

- внимательно проанализируйте все возможные препятствия на пути решения поставленных задач, чтобы удостовериться в их реалистичности;
- убедитесь в том, что пациент понимает взаимосвязь поставленных задач с общим планом вмешательства.

Необходимо максимально повысить вероятность того, что пациент достигнет желаемых изменений в поведении. Психотерапевту следует использовать адекватный стиль консультирования и поведенческих процедур для повышения вероятности достижения намеченного поведения.

План вмешательства необходимо регулярно обновлять с учетом объективных показателей прогресса (принцип 4, табл. 10.1). Пациент с психотерапевтом совместно должны обсуждать и оценивать ход реализации плана вмешательства по мере достижения целей или возникновения препятствий либо при появлении новой информации. Эти изменения также должны быть рассмотрены на регулярных встречах с супервизором.

Главные задачи оставшейся части вмешательства — реализация намеченного плана; наблюдение за прогрессом; модификация и обновление плана вмешательства в соответствии с потребностями пациента, его успехами и неудачами.

Супервизия вмешательства

В нашей клинике супервизию осуществляют психологи с докторской степенью, имеющие подготовку в области поведенческой психологии и опыт в проведении терапии по поводу злоупотребления/зависимости от психоактивных веществ. Супервизоры вносят существенный вклад в разработку планов вмешательства, выбор задач для поведенческих изменений; кроме того, они руководят наблюдением за прогрессом. Супервизия осуществляется раз в неделю на сессиях, которые обычно длятся 2-3 часа и на которых обсуждаются все пациенты, проходящие в настоящий момент лечение в клинике. Психотерапевты информируют своих супервизоров и других коллег о достижениях каждого пациента в области конкретных стоящих перед ним задач, а также о том, достигнут ли какой-либо прогресс с момента последней встречи. Прогресс представляется графически отдельно для каждой задачи.

Стиль супервизора сочетает поддержку, обратную связь, решение проблем и рекомендации. Учитывая тот факт, что сама по себе терапия с подкреплением со стороны окружения в сочетании с ваучерами требует активного участия психотерапевта, супервизор должен быть источником поддержки, ободрения и рекомендаций по реализации плана вмешательства.

При обсуждении случаев мы соблюдаем определенную технологию. Обзор начинается с изучения графика результатов анализа мочи на кокаин с начала вмешательства. Далее мы рассматриваем результаты проверки на алкоголь или другое наркотическое вещество, употребление которого было запланировано изменить. Затем идет речь о посещаемости терапевтических сессий, приоритетных, а затем и вторичных задачах по изменению образа жизни. После того как эти цели терапии будут рассмотрены и в случае необходимости модифицированы, обсуждению подвергаются недавние кризисы или проблемы пациента, например суицидальные мысли или вновь обнаружившиеся проблемные виды поведения.

Цели и задачи вмешательства могут быть изменены на любом этапе. Постановка новых задач может быть вызвана решением предыдущих, неспособностью достичь той или иной цели, а также появлением признаков того, что данная задача не имеет непосредственной связи с употреблением кокаина.

Свидетельства эффективности терапии

Серия контролируемых исследований доказывает действенность терапии с подкреплением со стороны окружения в сочетании с ваучерами (Higgins et al., 1991, 1993; Higgins, Budney, Bickel, Foerg, et al., 1994; Higgins et al., 1995, 2000). Ниже дан краткий обзор этих и связанных с ними исследований, которые иллюстрируют эффективные подходы к вмешательству при кокаиновой зависимости.

Два исследования, посвященных данному вмешательству, проводились в сравнении с консультированием при пагубном употреблении психоактивных веществ, основанном на медицинском подходе (Higgins et al., 1991, 1993). В первом из них 28 пациентов с кокаиновой зависимостью, последовательно обратившихся в нашу клинику, были поделены на две группы, причем одна из них (13 пациентов) проходила терапию с подкреплением со стороны окружения в сочетании с ваучерами, а другая (15 человек) — консультирование по поводу пагубного употребления психоактивных веществ. Во втором исследовании 38 пациентов с кокаиновой зависимостью методом случайных чисел были распределены на две группы (по 19 человек). В обоих исследованиях терапия с подкреплением со стороны окружения в сочетании с ваучерами обеспечила меньший отсев и более длительное воздержание от кокаина по сравнению с консультированием по поводу пагубного употребления психоактивных веществ. Эти два исследования продемонстрировали эффективность терапии с подкреплением со стороны окружения в сочетании с ваучерами. Одно из этих исследований также включало проспективное наблюдение, которое подтвердило эффективность нашего подхода на протяжении шести месяцев (Higgins et al., 1995).

Далее провели оценку отдельных компонентов терапии. Первым шагом была проверка эффективности ваучеров. Пациенты методом случайной выборки были распределены на две группы (по 20 человек) — с ваучерной программой и без нее (Higgins, Budney, Bickel, Foerg, et al., 1994). Ваучеры значительно уменьшали отсев и увеличивали продолжительность воздержания от кокаина на протяжении шести месяцев амбулаторной терапии. В течение полугодового проспективного наблюдения пациенты с ваучерами сообщили о более значительном снижении употребления кокаина, причем только эти пациенты показали значимое ослабление психиатрической симптоматики по Индексу выраженности пристрастия (ASI: McLellan et al., 1985). Исследование 70 лиц с кокаиновой зависимостью доказало вклад ваучерной программы в увеличение продолжительности воздержания от кокаина на протяжении годичного проспективного наблюдения (Higgins et al.).

При ретроспективном анализе исходов вмешательства пациенты, заключившие со значимыми другими описанные выше поведенческие контракты в связи с анализом мочи, гораздо чаще добивались длительного воздержания от кокаина по сравнению с теми случаями, когда значимые другие не привлекались (Higgins, Budney, Bickel, & Badger, 1994). Однако эти наблюдения не получили поддержки в процессе рандомизированного исследования эффективности заключения кон-

тракта со значимыми другими, поэтому мы перестали использовать эту процедуру. Мы по-прежнему предлагаем консультирование по вопросам межличностных отношений пациентам, имеющим постоянных партнеров, основываясь на результатах рандомизированного исследования, которые говорят о том, что подобная поведенческая терапия повышает вероятность воздержания пациентов, злоупотребляющих запрещенными наркотиками, в том числе кокаином (Fals-Stewart, Birchler, & O'Farrell, 1996).

Действенность терапии дисульфирамом под наблюдением в снижении употребления кокаина и алкоголя у пациентов, которые злоупотребляют обоими веществами, была подтверждена в нескольких исследованиях, включая методически хорошо проведенное рандомизированное исследование (Carroll, Nich, Ball, McCance, & Rounsaville, 1998).

В связи с тем, что значительная часть упомянутых выше работ была проведена в Вермонте, возможность обобщать полученные результаты, перенося их на городских пациентов с кокаиновой зависимостью, требует проверки. Исследования Керролла с коллегами (Carroll et al., 1998) доказали возможность экстраполяции данных об использовании дисульфирама в терапии *CRA* жителей крупных городов, а серия контролируемых исследований показала эффективность ваучерного компонента для этой популяции (Kirby, Marlowe, Festinger, Lamb, & Piatt, 1998; Piotrowski & Hall, 1999; Silverman et al., 1996). Более того, положительные результаты при использовании ваучеров согласуются с другими наблюдениями в поддержку эффективности других вмешательств, направленных на уменьшение отсева пациентов, в снижении употребления кокаина, даже среди наиболее проблемных наркоманов с кокаиновой зависимостью, таких как бездомные люди (Milby et al., 1996) и больные шизофренией (Shaner et al., 1997). Насколько нам известно, комплексное вмешательство *CRA* в сочетании с ваучерами не изучалось на жителях крупных городов.

В своей работе с пациентами мы учитываем также опубликованные в литературе данные о результатах терапии кокаиновой зависимости. Как было отмечено ранее, несколько рандомизированных исследований доказали эффективность стратегии профилактики рецидивов при кокаиновой зависимости (Carroll, 1998), а как минимум одно исследование показало действенность тренинга навыков со-владения со стрессом (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997). Эти два вмешательства имеют много общего с тренингом навыков, который проводится в рамках терапии *CRA* (функциональный анализ употребления наркотиков, тренинг отказа от наркотиков и избегания провоцирующих ситуаций, решение проблем и т. д.), поэтому можно считать эти результаты доказательством эффективности всех этих практик.

Распространенность широкого спектра психических расстройств, не связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, гораздо выше у лиц с кокаиновой зависимостью, чем в открытой популяции (Rounsaville et al., 1991; Waserman, Navassy, & Boles, 1997). Однако нет доказательств того, что эти проблемы отрицательно влияют на исход терапии *CRA* в сочетании с ваучерами, профилактику рецидивов, другие психосоциальные вмешательства при кокаиновой зависимости (см., например, Tidey, Mehl-Madrona, Higgins, & Badger, 1998). Более тяжелые формы психопатологии (например, шизофрения) подробно не изучались, возможно, они способствуют неблагоприятному исходу.

Проведение вмешательства: случай из практики

В этом разделе идет речь об одном из пациентов нашей клиники, который проходил вмешательство *CRA* в сочетании с ваучерами. Данный случай был выбран в связи с тем, что он хорошо иллюстрирует целый ряд различных аспектов данного подхода к вмешательству. Этот случай также иллюстрирует многочисленные проблемы пациентов с кокаиновой зависимостью. Исход был вполне удовлетворительным, но, конечно, не идеальным, как и следовало ожидать от этой популяции. Если бы мы стали описывать случай, при котором удалось добиться очень хорошего исхода, это не соответствовало бы действительности.

Стив, 24-летний одинокий (никогда не был женат) американец европейского происхождения, по собственной инициативе обратился в нашу клинику в связи с употреблением кокаина. Он жил вместе с другом, который также употреблял кокаин, пока несколько недель назад не переехал к родителям. У Стива была пятилетняя дочь, проживавшая с его бывшей подругой. В настоящее время пациент был лишен отцовских прав и не имел права видеться с дочерью по настоянию ее матери в связи с употреблением наркотиков.

Стив закончил среднюю школу и работал в течение трех последних лет в розничной торговле. Он сообщил, что большинство его знакомых употребляет кокаин, коноплю или алкоголь. Он также рассказал, что в прошлом занимался спортом, в том числе гольфом и лыжами, но несколько лет назад бросил.

Стив сообщил о конфликтах с законом, имевших место в прошлом, в частности он был осужден за вооруженное нападение. Он отсидел в тюрьме три месяца по этому приговору. В момент обращения в клинику он не подвергался судебному преследованию.

Предъявляемая жалоба

Стив сообщил, что в течение трех дней до обращения за помощью злоупотреблял кокаином, и просил помочь ему отказаться от кокаина. Ранее он, по его собственным словам, не раз пытался это сделать самостоятельно, однако успеха не добился. После каждого эпизода злоупотребления кокаином он чувствовал, что «сыт по горло»; кроме того, его беспокоили финансовые проблемы, связанные с употреблением наркотика. Стив выражал обеспокоенность тем, что наркотики и его образ жизни мешают общению с ребенком и бывшей подругой, поскольку он лишен права видеться с дочерью.

Диагностика

Употребление кокаина

Стив удовлетворял критериям для кокаиновой зависимости по *DSM-IV*. Он сообщил, что в течение шести лет нюхает кокаин. Последний раз он это делал за семь дней до визита в клинику: употребил дома вместе с друзьями 10,5 грамма наркотика. Это была его обычная доза и стереотип употребления. На момент собеседования Стив сообщил о трех эпизодах употребления кокаина за последние 30 дней, причем каждый эпизод длился примерно 48 часов, обычно в выходные. Как правило, он нюхал кокаин с друзьями в барах или дома. Часто этому предшествовало времяпрепровождение в баре, сверхурочная работа или определенное настроение

(скука, депрессия, тревога, огорчение). Стив рассказал о целом ряде отрицательных последствий употребления кокаина, включая физические и финансовые проблемы, разрыв отношений, психическую симптоматику (депрессию, тревогу, мысли о самоубийстве и проявления насилия).

Употребление других психоактивных веществ

Стив впервые попробовал алкоголь в 16 лет. Он сообщил о том, что у него бывали еженедельные запои, когда он выпивал до 13-15 глотков крепких напитков. За последние 30 дней он употреблял алкоголь пять дней. Впервые Стив попробовал каннабис в 14 лет. По его словам, он употреблял коноплю ежедневно на протяжении 10 лет, в том числе за последние 30 дней. В прошлом ему доводилось время от времени использовать амфетамин и галлюциногены, в настоящее время он их не употреблял. Стив регулярно выкуривал до 20 сигарет за день. Ранее он не проходил терапии по поводу злоупотребления психоактивными веществами. Стив также удовлетворял критериям *DSM-IV* для алкогольной, каннабисной и никотиновой зависимости.

Другие психические проблемы

Стив сообщил о депрессии и мыслях о самоубийстве. Он также отметил проблемы с контролем гнева, что для него было значимой проблемой, по поводу которой он ранее проходил консультирование. Показатель по Опроснику депрессии Бека (*BDI*) составил 23 балла при первом визите в клинику, однако мысли о самоубийстве Стив отрицал.

Мотивация к изменению

Показатели Стива по шкале *SOCRATES* на момент первого визита в клинику свидетельствовали о сильном стремлении воздерживаться от кокаина. Он проявил умеренную готовность к воздержанию от алкоголя, но дал согласие на терапию дисульфирамом во время вмешательства. Стив отметил, что желал бы вернуться к употреблению алкоголя в компании после завершения вмешательства. Он не собирался отказываться от марихуаны, не считая это проблемой, а также не желал в настоящее время бросить курить.

Представление о пациенте

Стив много работал, иногда одновременно на нескольких работах. Времени на отдых почти не оставалось; как и следовало ожидать, он сообщил, что практически ничем не занимается в свободное время. Помимо работы у Стива не было других источников подкрепления, способных конкурировать с последствиями употребления кокаина и других наркотиков. Такие ситуации, как у Стива, обычно напоминают снежный ком, когда кокаин и другие наркотики заполняют всю жизнь пациента. В данном случае, когда Стив часто работал сверхурочно, посещал бары и употреблял наркотики в сочетании с неумением контролировать проявления гнева, этого оказалось достаточно, чтобы разрушить отношения с подругой и помешать видиться с дочерью. Утрата этих взаимоотношений устранила последний источник подкрепления, освободила время, силы и средства, которые теперь расходовались на бары и употребление кокаина. Хотя мы считаем, что сверхурочная работа Стива способствовала повышению уязвимости к наркотикам, в то же

время его занятость обеспечивала и некую защиту от еще большего влияния кокаина на его поведение. Полная занятость является положительным прогностическим признаком для данного и других видов вмешательства при кокаиновой зависимости, что можно сказать и об интраназальном введении кокаина, которое предпочитал Стив.

План вмешательства

Приоритетной задачей в плане терапии для Стива, как и всегда при данном подходе, было воздержание от кокаина. Далее мы рекомендовали ему воздерживаться от алкоголя из-за имеющейся у Стива тесной взаимосвязи между употреблением кокаина и алкоголя. Как уже отмечалось, Стив не желал отказываться от марихуаны, несмотря на все наши доводы, касающиеся положительных последствий отказа от нее и отрицательных последствий, связанных с продолжением употребления. Перед нами стояла задача искать по ходу вмешательства возможности, чтобы подкрепить всякое побуждение к снижению дозы или отказу от марихуаны, но не делать из этого проблему (Miller & Rollnick, 1991). Главная задача заключалась в восстановлении здоровых привычек в проведении досуга, особенно тех, которые помешали бы употреблять кокаин и алкоголь по выходным. Психотерапевт (Т) предложил Стиву (С) следующее обоснование того, почему здоровое проведение досуга представляется столь важным.

- Т: Очень часто, когда кокаин или другие наркотики становятся привычной составляющей жизни человека, он прекращает заниматься многими другими делами, которые прежде ему нравились. То же самое произошло и в вашем случае. Вы привыкли активно проводить свободное время, но после того как приистрастились к кокаину, забросили спорт.
- С: Несомненно. Это произошло почти незаметно. Просто я постепенно переключился на другие дела. Нет, я не потерял интерес к спорту, я словно отошел от него.
- Т: Это типичный случай. У вас много сильных сторон, Стив. Вы много занимались спортом, вам это нравилось. Это говорит в вашу пользу, вам надо все это восстановить в процессе терапии.
- С: Ладно. В последнее время мне и в голову не приходило, что у меня есть сильные стороны. Но как этого добиться? И какое это имеет отношение к употреблению кокаина?
- Т: Здоровое проведение досуга играет важную роль в жизни людей. Есть чего ждать после работы, это способ избавиться от скуки, стать здоровее, шанс побыть с человеком, который тебе нравится. Такие занятия помогают воздерживаться от употребления кокаина. Когда вы откажетесь от наркотиков, вам придется чем-то заниматься в то время, когда вы обычно их употребляли. Если ваши занятия не будут приносить радости и удовлетворения, если вы будете просто сидеть и скучать, шансы вернуться к наркотикам возрастут. Вот почему мы ввели в терапию специфический компонент с целью помочь вам вернуться к здоровому и интересному проведению досуга.
- С: Да, это действительно для меня важно. Мне нелегко слоняться по дому. Я скучаю, начинаю нервничать.
- Т: Хорошо, тогда давайте над этим сейчас поработаем. Мы выдали вам ежедневник. Давайте запланируем несколько дел в промежутке между сегодняшним и следующим посещением клиники. Особенно тщательно надо продумать вечер пятницы, потому что для вас это время высокого риска. Нам придется постоянно этим заниматься по ходу терапии.

Еще одной важной задачей было помочь Стиву найти другую работу, на которой он был бы меньше занят, но которая бы хорошо оплачивалась, чтобы ему не приходилось одновременно работать на нескольких работах. Чтобы найти для Стива занятие, несовместимое с употреблением кокаина, мы помогли ему написать прошение о предоставлении права видеться с дочерью. Что касается других психических проблем, мы решили каждую неделю оценивать показатели Стива по Опроснику депрессии Бека, чтобы посмотреть, снизятся ли они, как обычно бывает через несколько недель после того, как пациенты с кокаиновой зависимостью начинают терапию. В связи с тем, что неумение контролировать свой гнев проявлялось в отношениях с бывшей подругой, с которой ему предстояло встречаться при посещении дочери, важной целью терапии мы сочли тренинг самообладания.

Далее мы описываем успехи, которых удалось достичь при реализации этого плана терапии.

Воздержание от кокаина

В качестве основного средства подкрепления воздержания от кокаина на первом этапе терапии Стиву были предложены ваучеры в соответствии с нашим стандартным 12-недельным протоколом. На сессиях 1 и 2 был проведен функциональный анализ. Обстоятельства, повышающие вероятность употребления кокаина Стивом, включали пребывание в баре или дома у некоторых друзей, алкоголь, конец недели, скуку или депрессию. В качестве альтернатив ситуациям высокого риска Стив предложил ходить в кино, навещать «надежных» друзей, ходить на охоту, рыбалку, кататься на лыжах. Эта информация была обновлена и использована в ходе вмешательства у Стива при планировании самоконтроля и проведения досуга. В форме 10.5 представлены результаты анализов мочи Стива на кокаин в течение 24 недель вмешательства. Единственный «срыв» произошел на седьмой неделе терапии. Стив выразил удивление этими результатами; он предположил, что при курении марихуаны с друзьями в трубке было немного кокаина.



Форма 10.5. График результатов анализа мочи Стива (ось Y) по 60 последовательным пробам (ось X), взятым в течение 24 недель терапии. Негативные результаты представлены вертикальными линиями, а единственный позитивный (проба 20) — горизонтальной линией (рисунок)

- Т: Привет, Стив. Как дела?
- С: Неплохо.
- Т: Взгляните, мы получили результаты вашего анализа мочи. В ней обнаружен кокаин.
- С: Не может быть. Это ошибка. Я не нюхал кокаин.
- Т: Такие результаты выдала машина. Давайте подробнее обсудим, как вы провели выходные. Давайте поговорим о том, что вы делали в каждый из дней, возможно, нам удастся выяснить, что произошло.
- С: В пятницу я закрыл магазин около полуночи, пошел домой и лег спать. В субботу утром я работал. Потом погулял немного с друзьями.
- Т: Вам удалось сходить в спортзал, как мы планировали?
- С: Нет. Я собирался, но неожиданно столкнулся с приятелями, которых долго не видел.
- Т: Эти ваши друзья употребляют кокаин?
- С: Да, один из них, но он знает о том, что я лечусь. Раньше мы вместе нюхали кокаин. Теперь он не употребляет наркотиков при мне.
- Т: Чем именно вы занимались со своими приятелями?
- С: Просто слонялись по дому одного из них, играли в видеоигры, смотрели телевизор. Мы выкурили пару порций марихуаны. Вы ведь знаете, что я продолжаю курить. Возможно, эту трубку недавно использовали для кокаина. Скорее всего, так оно и было.
- Т: Вполне возможно. Во всяком случае, отступление от заранее намеченного плана повысило вашу уязвимость к проблемам.
- С: Да, я согласен с вами. Не понимаю, почему я это сделал. До этого момента мне удавалось следовать плану, даже если я встречал друзей. Я должен был пойти в спортзал после визита к матери, но погода была хорошая, и я решил прогуляться. Увидел приятелей, разговорился с ними и вроде бы забыл о своих планах пойти в спортзал.
- Т: Я не сомневаюсь в том, что вы хорошо поработали, выполняя намеченные планы. Стив, вы добились огромных успехов, воздерживаясь от употребления кокаина. Это нелегко, и вы заслуживаете уважения за все, чего добились.
- С: Черт меня попутал.
- Т: Важно сделать правильные выводы из того, что произошло. Как вам известно, я рекомендовал вам с самого начала лечения воздерживаться от употребления марихуаны, с ней связаны особые проблемы. Кроме того, вы общаетесь с другими наркоманами, в том числе кокаинистами. Не хотите ли подумать над тем, чтобы перестать курить марихуану?
- С: Отчасти я с вами согласен, но, думаю, дело не в марихуане. Я постоянно курил с самого начала вмешательства, но мог при этом воздерживаться от кокаина. В тот день я просто слонялся, вместо того чтобы пойти в спортзал, как планировал. Это меня и подвело. В предыдущие выходные я поступал иначе.
- Т: Отлично, что вы это понимаете. Но все же не забывайте: если бы вы не курили, вам не пришлось бы пользоваться трубкой, своей или чужой. Тем не менее ваше мнение вполне обоснованно, если учитывать тот факт, что в эти выходные вы вели себя иначе, не так, как в начале терапии. Выполнение плана и альтернативные дела, вместо того чтобы просто слоняться, вам действительно помогли. Я полностью с вами в этом согласен. В данном случае самое важное — сделать из случившегося правильный вывод и двигаться дальше. Что, по-вашему, необходимо, чтобы в среду в моче не было следов кокаина?
- С: Полагаю, мне следует делать то, что обычно, то есть выполнять намеченные планы: работа, визит к матери, свидание с девушкой завтра вечером. Я планирую сходить в спортзал сегодня вечером. Думаю, у меня получится. Следующих! анализ будет хорошим.

Т: Как насчет ограничения контактов с наркоманами, особенно с теми из них, с кем вы раньше вместе нюхали кокаин? Мы может даже разыграть сценку о том, что сказать приятелям, если вы вдруг снова с ними встретитесь.

С: Думаю, я сам с этим справлюсь, я теперь редко их вижу. Да, я уверен в этом.

Т: Хорошо. Как вам известно, мы судим по результатам анализа мочи. Поэтому сегодня вы не получите ваучера, а их ценность возвращается к исходной, низкой, из-за положительного анализа. Однако если далее вы будете сдавать негативные пробы, после пяти негативных результатов подряд денежный эквивалент ваучеров будет восстановлен до уровня, на котором он находился в прошлый раз.

С: Это вполне справедливо.

Судя по нашему опыту, не следует делать далеко идущих выводов после однократного положительного анализа на кокаин. Если пациент вновь стал регулярно употреблять наркотик, положительные результаты будут идти подряд. Вместо этого психотерапевт обратил внимание Стива на опасности, связанные с продолжением курения марихуаны, на фоне воздержания от кокаина (продолжающиеся контакты с друзьями-наркоманами в ситуациях высокого риска, курение марихуаны вместо другого возможного проведения досуга). Они также обсудили важность выполнения запланированных дел и подготовились к ролевой игре для освоения тех социальных навыков, которые помогли бы Стиву отклонить предложения, связанные с нарушением его планов, если он вновь встретится с друзьями. Стив проявил проницательность, поняв, что помогало ему раньше (планирование дел и следование этим планам), и психотерапевт похвалил его за это. Вопрос об отказе от кокаина не обсуждался. Стив с психотерапевтом продолжили претворять в жизнь ранее намеченные планы с некоторыми упомянутыми выше модификациями. На протяжении 24 недель вмешательства «срывов» у Стива больше не было. Все анализы мочи у него были хорошими.

Воздержание от алкоголя

На первой сессии психотерапевт обсудил со Стивом предпосылки терапии дисульфирамом.

Т: Стив, давайте обсудим с вами некоторые причины, почему вам следует попробовать терапию дисульфирамом и воздержание от алкоголя. В прошлом употребление алкоголя часто приводило к использованию кокаина. В этом вы не одиноки. Есть научные свидетельства тому, что у многих людей, обращающихся за помощью по поводу кокаиновой зависимости, алкоголь и кокаин тесно взаимосвязаны.

С: Я больше не хочу напиваться. А как насчет нескольких глотков спиртного? Этого тоже нельзя?

Т: Даже минимальное употребление алкоголя — всего несколько глотков — может значительно уменьшить ваши шансы на успешное воздержание от кокаина. По нашему опыту и опыту других клиник, мы знаем, что вы добьетесь больших успехов в воздержании от кокаина, принимая дисульфирам и отказавшись от алкоголя, чем если будете продолжать пить.

С: Как долго придется принимать лекарство? Вы хотите сказать, что теперь я никогда больше не смогу пить?

Т: Я не имею в виду, что вам придется принимать лекарство всегда или в течение многих лет и что вы больше никогда не сможете употреблять алкоголь. Здесь есть множество вариантов. Однако сейчас, если вы хотите иметь лучшие шан-

сы бросить кокаин, я рекомендую вам добросовестно пройти лечение дисульфирамом.

С: Я не уверен, что употребление алкоголя представляет для меня проблему. Я знаю, что это вызывает некоторые неприятности, но не знаю, насколько это для меня актуально.

Т: Стив, второй момент, на котором мне хотелось бы остановиться, — это ваша депрессия и мысли о самоубийстве. Злоупотребление психоактивными веществами, в частности алкоголем, усиливает депрессию и повышает риск самоубийства. Период воздержания может значительно помочь вам с этими проблемами. И еще один момент: согласие на терапию дисульфирамом доказывает ваше искреннее стремление к воздержанию от наркотиков и изменению образа жизни. Это поможет вам также получить право посещения своей дочери.

С: Да, мне очень хотелось бы этого. Когда я пытался бросить кокаин самостоятельно, мне это не удалось. Возможно, потому что я продолжал пить; не знаю. Я больше не хочу этого. Как насчет приема препарата во время вмешательства? Это мне вполне подойдет. Вы ведь сказали, что лечение будет продолжаться 24 недели? Скажем, в течение этого времени я буду принимать лекарство.

Стив дал согласие на терапию дисульфирамом в течение вмешательства. Был составлен график приема препарата: Стив должен был принимать его по 250 мг три раза в неделю под наблюдением работника клиники и такую же дозу — в другие дни под наблюдением своего отца.

Помимо лечения дисульфирамом психотерапевт провел со Стивом функциональный анализ его пьянства, подобно тому, как они анализировали употребление кокаина. Они рассмотрели конкретные обстоятельства, при которых Стив был склонен или не склонен выпивать, а также негативные последствия, с которыми ему пришлось столкнуться в результате употребления алкоголя. Психотерапевт с пациентом разработали план поиска других способов, чтобы расслабиться, которые не предполагали посещение баров и выпивку, а также отрепетировали навыки отказа от предложений выпить и умение выявлять моменты, когда возникает искушение выпить.

Стив добросовестно принимал дисульфирам и соблюдал намеченные планы, связанные с неупотреблением алкоголя, на протяжении всего вмешательства. Лишь однажды он позволил себе выпить на фоне приема дисульфирама: он не принял препарата в воскресенье утром, а после обеда выпил пару банок пива. В понедельник психотерапевт провел функциональный анализ со Стивом, чтобы выяснить причину такого поведения и то, почему отец не выполнил своих функций наблюдателя за приемом дисульфирама. Психотерапевт со Стивом вновь обратились к прошлым эпизодам пьянства и его негативным последствиям. Стив подтвердил свою готовность воздерживаться от алкоголя и принимать дисульфирам.

Ближе к концу вмешательства (на 23-й неделе) Стив высказал желание «выпить глоток-другой, если захочется» и попросил о прекращении терапии дисульфирамом, как и было условлено. Психотерапевт выразил озабоченность в связи с возможностью потерять все, чего удалось достичь.

Т: Итак, на этой неделе у вас заканчивается курс дисульфирама?

С: Да, я выполнил то, что обещал. Но теперь я хотел бы иметь возможность выпить после работы пива, чтобы расслабиться. Только и всего.

Т: Стив, вам отлично удалось реализовать свои планы. Большинству наших пациентов удается достичь гораздо меньшего.

- С: Я согласен с вами. Я чувствую, что у меня все хорошо получилось, а теперь, когда курс почти завершен, я хотел бы иметь возможность выпить, если захочется.
- Т: Как вы считаете, вам удастся после прекращения приема дисульфирама продолжать воздерживаться от употребления кокаина?
- С: Думаю, что проблем с этим не будет. Я уверен в себе.
- Т: Стив, это замечательно. Ваша уверенность очень важна для успеха. Тем не менее давайте обсудим некоторые моменты. Не забывайте о своем прошлом, когда запой сочетался с употреблением кокаина. Что изменилось сейчас по сравнению с тем временем?
- С: Ну, прежде всего, я не собираюсь пить, как раньше. Мне не нравится напиваться. Думаю, что пить я теперь буду довольно редко. Кроме того, я не стану пить в барах. Именно это в прошлом и доводило меня до беды. И еще, я не стану пить со старыми друзьями. Мне просто хочется знать, что я могу немного выпить за ужином в ресторане или в гостях.
- Т: Мне понравились ваши слова, вы все так подробно описали. Такие планы очень важны для успеха. Давайте подробнее остановимся на том, как максимально уменьшить риск пьянства, если вы начнете употреблять алкоголь. Я имею в виду, как часто вы пьете, сколько выпиваете за один раз, где и с кем употребляете алкоголь, как вам защитить себя от чрезмерного употребления алкоголя и соответственно кокаина. Как вы к этому относитесь?
- С: Я согласен с вами.

На этом этапе психотерапевт приступает к выполнению методики контролируемого употребления алкоголя, используя руководство «Как контролировать свое употребление алкоголя» (Miller & Munoz, 1982, *How to Control Your Drinking*). Основная рекомендация, которую мы даем своим пациентам, — это воздержание, однако Стив не собирался ей следовать. В связи с этим было принято решение помочь ему освоить навыки уменьшения вероятности пьянства или злоупотребления алкоголем. При данном подходе (Miller & Munoz, 1982) ставятся цели обучить клиента умению контролировать свое употребление алкоголя. Некоторые из этих навыков совпадают с теми, которые использовались для воздержания от кокаина, включая функциональный анализ для выявления обстоятельств (места, окружающих людей, ситуаций, самочувствия), связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. Другие навыки специфичны для употребления алкоголя (например, получение сведений о содержании алкоголя в наиболее распространенных спиртных напитках, а также о взаимосвязи между потребленным алкоголем, массой тела и кривой алкоголя в крови). Стив с психотерапевтом проработали некоторые ключевые элементы методики контролируемого употребления алкоголя в течение заключительной недели вмешательства, оставшиеся части обсуждались на этапе диспансерного наблюдения. Стив сообщил об одном эпизоде употребления алкоголя на заключительной неделе вмешательства. Количество алкоголя составило два глотка, кокаина после этого Стив не нюхал. Как отмечено ниже, Стив также сообщил о минимальном употреблении алкоголя на протяжении шести месяцев проспективного наблюдения.

Употребление других наркотиков

Стив продолжал все так же курить марихуану, как сообщил на первом интервью. Стив неоднократно заявлял, что марихуана не мешает достижению целей терапии. В свою очередь, психотерапевт неоднократно приводил доводы в пользу прекращения или снижения употребления наркотика, однако без особого успеха.

Проведение досуга

В течение первых нескольких сессий психотерапевт со Стивом обсудили важность новых способов проведения досуга. В качестве цели они наметили участие в четырех таких мероприятиях за неделю, а также опробование новых занятий в сопровождении работников клиники. Психотерапевт напомнил Стиву, что ваучеры, которые он получит в ходе вмешательства за воздержание от кокаина, могут быть использованы для оплаты таких мероприятий.

Во время вмешательства Стив неукоснительно выполнял план и посещал четыре мероприятия в неделю. Речь шла о походах в кино, охоте, игре в гольф, ужине в местных ресторанах. С помощью ваучеров он оплачивал билеты на представления местного театра, членство в спортивном клубе, взносы за игру в гольф, лицензии на охоту и рыбную ловлю, а также приглашения в местный ресторан для себя и своей подруги.

Семейная/социальная поддержка

На первых сессиях психотерапевт обсудил со Стивом необходимость расширения сети социальных контактов, куда должны входить члены семьи, друзья и другие люди из числа не употребляющих наркотики. Стив высказал желание чаще видеться со своей дочерью. Ближе к концу вмешательства Стив с психотерапевтом провели анализ и установили последовательность шагов, которые позволят Стиву получить право на свидания с дочерью. Сюда относились получение и заполнение бланков официальных документов из суда, договоренность с бывшей подругой, подготовка к заседанию суда, явка на суд. Психотерапевт помог Стиву получить и заполнить анкеты, использовал ролевую игру для репетиции второго и третьего шагов, а также пошел с ним на суд.

Стиву удалось вернуть себе право видеться с дочерью. Далее он поставил перед собой цель дважды в неделю навещать дочь, что и соблюдал неукоснительно в оставшееся время вмешательства.

Что касается других типов социальной поддержки, Стив стал чаще общаться с супружеской парой, не употреблявшей наркотиков, уже в ходе вмешательства. Как было отмечено выше, время от времени он сталкивался с наркоманами, в компании которых в прошлом нюхал кокаин, однако такое бывало крайне редко. Кроме того, на новом месте работы (о котором речь ниже) он познакомился с несколькими женщинами, с одной из которых стал регулярно встречаться.

Трудоустройство/обучение

Стив обратился за помощью, работая полный рабочий день, что само по себе является хорошим прогностическим признаком. Однако его работа плохо оплачивалась и была связана с употреблением алкоголя. Он выразил желание найти работу, которая бы лучше оплачивалась, чтобы уменьшить продолжительность рабочей недели и больше времени проводить с дочерью, а также снизить риск употребления алкоголя. Таким образом, Стив стал участвовать в работе агентства по трудоустройству, три раза в неделю приходил в клинику и просматривал объявления о приеме на работу, с помощью персонала клиники составил резюме и сопроводительные письма, заполнял анкеты и репетировал интервью с работодателями. Стиву удалось получить работу, которая лучше оплачивалась и не повышала риск употребления алкоголя. Далее была поставлена задача сокращения

продолжительности рабочей недели. Стив также выразил озабоченность своими долгами, которые накопились за время длительной кокаиновой зависимости. Психотерапевт перешел к методике планирования бюджета, включая выделение денег на оплату самых неотложных займов, а также приобретение навыков контроля за личными расходами. Стив открыл сберегательный счет в ближайшем банке и переводил на него свою зарплату по договоренности с работодателем. Стив пользовался телефоном в офисе психотерапевта для переговоров об оплате долгов с некоторыми своими должниками. На протяжении терапии он систематически оплачивал свои долги, что психотерапевт каждую неделю отмечал на графике; к окончанию вмешательства он практически рассчитался со всеми долгами и оплачивал только текущие счета.

У Стива давно была мечта открыть собственное дело. Они с психотерапевтом провели предварительный анализ данной задачи (Sulzer-Azaroff & Meyer, 1991). Оба пришли к выводу, что имеет смысл начать с курсов бухгалтерского дела и пользования компьютером. Психотерапевт помог Стиву в сборе информации о проводимых в местном колледже курсах. Стив попросил руководство колледжа о материальной помощи для обучения, которую удалось получить при поддержке психотерапевта. К окончанию вмешательства Стив выбрал для себя подходящие курсы, но еще не приступил к обучению.

Наблюдение за психиатрической симптоматикой

Как вы помните, показатель Стива по Опроснику депрессии Бека составил 23 балла при первом визите. Этот показатель заметно снизился ко второй неделе терапии, а к окончанию вмешательства составил один балл.

Стив с психотерапевтом проработали часть руководства по лечению алкогольной зависимости в плане навыков совладания с гневом (Monti, Abrams, Kadden, & Cooney, 1989), *Treating Alcohol Dependence: A Stress Management Skills Training Guide*). Эта методика научила Стива выявлять ситуации, в которых он может разозлиться, помогла развить навыки совладания со стрессом, чтобы лучше справляться с этими триггерами, а также отработать эти навыки совладания со стрессом до полного ими овладения. Психотерапевт предложил Стиву вести записи о возникающих за пределами клиники провоцирующих ситуациях и его поведением в них. Каждую неделю психотерапевт анализировал эту информацию, хвалил Стива за успешное разрешение проблемных ситуаций, прорабатывал ошибки и неудачи, устраивал ролевые игры, когда в этом возникала необходимость.

Итоги терапевтических достижений

Стив добился значительных успехов в стабильном воздержании от кокаина, прекращении проблемного употребления алкоголя, расширении социальных контактов и обнаружении новых способов проведения досуга, получении хорошей работы, приобретении навыков контроля гневных проявлений, а также улучшении взаимоотношений с дочерью. Единственной областью, где прогресса добиться так и не удалось, было курение марихуаны и связанное с этим общение с наркоманами. Этот прогресс нашел отражение в изменении показателей выраженности пристрастия (AST), что представлено в табл. 10.7. Сложные показатели варьируют от 0 (полное отсутствие проблем за последние 30 дней) до 1 (выраженные проблемы). Показатели Стива отражают значительное улучшение.

Таблица 10.7. Показатели Стива по подшкале ASI и опроснику BDI при первом визите и в конце вмешательства (через 6 месяцев)

Показатель	В начале	В конце лечения
Подшкалы ASI:		
• медицинские вопросы	0,42	0,09
• трудоустройство	0,07	0,10
• алкоголь	0,13	0,00
• наркотики (кроме кокаина)	0,28	0,07
• кокаин	0,66	0,00
• проблемы с законом	0,00	0,00
• семья/общество	0,22	0,10
• психология	0,36	0,00
Опросник депрессии Бека	23	1

Проспективное наблюдение

После завершения 24-недельной методики вмешательства Стив принял участие в проспективном наблюдении продолжительностью шесть месяцев. Таким образом, у нас имеется довольно полная картина его успехов по части воздержания от наркотиков и достижения целей вмешательства. Стив сообщил о том, что в течение полугода вообще не употреблял кокаин, причем результаты анализа мочи полностью подтвердили это. Стив также сообщил, что избегает ходить в бары и встречаться с алкоголиками и наркоманами. У него было несколько эпизодов употребления алкоголя, но он ни разу не напился. Стив продолжал регулярно курить марихуану на протяжении периода проспективного наблюдения, не выражая желания отказываться от этого наркотика.

Стив продолжал регулярно навещать дочь и выразил удовлетворение от общения с ней. Новой работой он был недоволен, хотел найти более высокооплачиваемое место, ему оказали помощь в составлении нового резюме и поисках работы. (Неудовлетворенность работой была отчасти связана с тем, что его обвинили в краже. По словам Стива, между ним и хозяином возникли разногласия, не связанные с употреблением наркотиков или алкоголя.) Он перешел на новое место работы, которая предоставляла больше возможностей для продвижения. По словам Стива, его занятия в свободное время и круг общения соответствовали намеченному плану, он часто общался с друзьями, не употреблявшими наркотиков. Депрессивная симптоматика у Стива за период проспективного наблюдения не усилилась, проблемы с самообладанием в состоянии гнева больше не возникали.

Заключительные комментарии

В этой главе мы описали самую современную научную информацию об эффективном ведении пациента с кокаиновой зависимостью. При этом мы старались сделать акцент на принципах эффективного вмешательства при пагубном упо-

реблении запрещенных наркотиков, зависимости от них в целом и кокаиновой зависимости в частности. Основное внимание было уделено одному из эффективных подходов к вмешательству в ущерб многим другим. Мы отдаем себе отчет в том, что ограниченность ресурсов и другие практические проблемы не позволят многим клиницистам воспользоваться рекомендациями по проведению вмешательства, приведенными в данной главе. В частности, мы сознаем, что стоимость ваучерной программы выходит за пределы возможностей большинства местных амбулаторных клиник. Вместо того чтобы полностью отвергать разные варианты поощрения в таких клиниках, мы рекомендуем рассмотреть возможные альтернативы (см. подробное обсуждение этой темы: Kirby, Amass, & McLellan, 1999). Например, местные представители деловых кругов могут сделать пожертвования на оплату услуг и товаров, которые будут использоваться в качестве поощрения. Другим вариантом поощрения может стать посещение существующих в данной местности спортивных и развлекательных учреждений. Поощрительные программы, основанные на накоплении пациентами денежных средств, доказали свою эффективность при терапии других расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также поведенческих расстройств. Принимая во внимание возможные трудности с реализацией данного подхода, мы надеемся, что изложенные в данной главе сведения помогут понять важнейшие элементы эффективного вмешательства при кокаиновой зависимости. Мы также надеемся, что эта информация облегчит и сделает более эффективной работу клиницистов, которым приходится иметь дело с пациентами, страдающими кокаиновой зависимостью.

Благодарности

Подготовка этой главы проходила при частичной поддержке грантов Национального института по проблемам злоупотребления наркотиками (National Institute on Drug Abuse Grants No. DA09378 and No. DA07242).

Литература

- Altman, A., O'Brien, C. P., McLellan, A. T., August, D. S., Snider, E. C., Droba, M., Comish, J. W., & Hall, C. P. (1994). Effectiveness and costs of in-patient versus day hospital cocaine rehabilitation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 157-163.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N. H., & Besalel, V. A. (1980). *Job Club counselor's manual*. Baltimore: University Park Press.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Azrin, N. H., Master, B. J., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 364-382.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J., & Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803-810.
- Budney A. J., & Higgins, S. T. (1998). *National Institute on Drug Abuse therapy manuals for drug addiction: Manual 2. The community reinforcement plus vouchers approach* (NIH Publication No. 98-4308). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Budney, A. J., Higgins, S. T., & Wong, C.J. (1996). Marijuana use and treatment outcome in cocaine-dependent patients. *Journal of Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 1-8.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., Hughes, J. R., & Bickel, W. K. (1992). The scientific/clinical response to the cocaine epidemic: A MEDLINE search of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 143-149.
- Byck, R. (1987). Cocaine use and research: Three histories. In S. Fisher, A. Raskin, & E. H. Uhlenhuth (Eds.), *Cocaine: Clinical and behavioral aspects* (pp. 3-20). New York: Oxford University Press.
- Carroll, K. M. (1998). *National Institute on Drug Abuse therapy manuals for drug addiction: Manual LAcognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction* (NIH Publication No. 98-4309). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., & Rounsaville, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-727.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. H. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 989-997.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual — II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T.J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 959-972.
- Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kirby, K. C., & Marlowe, D. B. (1996). The accelerated intake: A method for increasing initial attendance to outpatient cocaine treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 387-389.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. C (1994). *Clinical behavior therapy* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Griffiths, R. R., Bigelow, G. E., & Henningfield, J. E. (1980). Similarities in animal and human drug taking behavior. In N. K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research* (pp. 1-90). Greenwich, CT: JAI Press.
- Hammer, R. P. (Ed.). (1995). *The neurobiology of cocaine: Cellular and molecular mechanisms*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Higgins, S. T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 57, A15-A27.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., & Badger, G. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *American Journal of Alcohol and Drug Dependence*, 20, 47-56.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G. J., Foerg, F. E., & Ogden, D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F. E., Donham, R., & Badger, G. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Badger, G. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, E., & Fenwick, J. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S. T., & Katz, J. L. (Eds.). (1998). *Cocaine abuse: Behavior, pharmacology, and clinical applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Higgins, S. T., & Silverman, K. (Eds.). (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency-management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Higgins, S. T., Wong, C. J., Badger, G. J., Haug Ogden, D. E., & Dantona, R. L. (2000). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and one year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Hunt, G. M., & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kelly, J. A., St. Lawrence, J., Hood, H., & Brasfield, T. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
- Kirby, K. C., Amass, L., & McLellan, A. T. (1999). Disseminating contingency management research to drug abuse treatment practitioners. In S. T. Higgins & K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency-management interventions* (pp. 327-344). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Lamb, R. J., & Piatt, J. J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 761-767.
- Konkol, R. J., & Olsen, G. D. (Eds.). (1996). *Prenatal cocaine exposure*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment of persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. E., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. New York: Simon & Schuster.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J., & Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- McCraday, B. S. (1986). *Behavioral marital therapy for alcohol dependence*. Unpublished treatment manual, Rutgers University.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, E., Barr, H. L., & O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Milby, J. B., Schumacher, J. E., Raczyński, J. M., Caldwell, E., Engle, M., Michael, M., & Carr, J. (1996). Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 39-47.
- Miller, W. R., & Munoz, R. E. (1982). *How to control your drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.
- Montoya, I. D., & Atkinson, J. S. (1996). Determinants of HIV seroprevalence rates among sites participating in a community based study of drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13, 169-176.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- National Institute of Justice. (1999). *1998 annual report on cocaine use among arrestees*, National Institute of Justice Research Report, 1999. Rockville, MD: National Institute of Justice Clearinghouse.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of addiction treatment: A research-based guide* (NIH Publication No. 99-4180). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Petry, N. (1999, June). *Low-cost contingency management with cocaine abusers*. Paper presented at the annual meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Acapulco, Mexico.
- Piotrowski, N. A., & Hall, S. M. (1999). Treatment of multiple drug abuse in the methadone clinic. In S. T. Higgins & K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency-management interventions* (pp. 183-202). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenthal, T. L., & Rosenthal, R. H. (1985). Clinical stress management. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 145-205). New York: Guilford Press.
- Rounsaville, B. J., Anton, S. E., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A., & Gawin, E. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161-166.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Shaner, A., Roberts, L. J., Eckman, T. A., Tucker, D. E., Tsuang, J. W., Wilkens, J. N., & Mintz, J. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services*, 48, 807-810.
- Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R., & Preston, K. L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Sisson, R., & Azrin, N. H. (1989). The community reinforcement approach. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 242-258). New York: Pergamon Press.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Z. Litten & J. P. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (pp. 41-72). Totowa, NJ: Humana Press.

Диалектическая поведенческая психотерапия при пограничном расстройстве личности¹

Маша М. Лайнен,
Брайан Н. Кохран,
Констанс А. Кёрер

В данной главе представлена одна из наиболее замечательных разработок в психотерапии. Некоторые психотерапевты готовы приступить к решению чрезвычайно трудной задачи - лечению индивидов с «пограничными» особенностями, которые остро нуждаются в психотерапевтической помощи. Такие пациенты создают много проблем для системы здравоохранения. За последние два десятилетия Лайнен с коллегами разработали психологический подход к индивидам с пограничным расстройством личности. Важно, что данное вмешательство оказалось эффективным по сравнению с альтернативными подходами. Если этот результат получит подтверждение в ходе дальнейших клинических исследований, данное вмешательство вскоре станет одним из главных на вооружении психотерапевта. Обращает на себя внимание, что этот подход сочетает в себе психодинамические, межличностные и когнитивно-поведенческие элементы. К этому коктейлю Лайнен добавила свой личный опыт изучения восточных философий и религий. Среди наиболее загадочных стратегий, включенных в данный подход, можно отметить «вход в парадокс» (entering the paradox) и «выход за пределы» (extending), которые заимствованы из айкидо - японской системы самообороны. Вместе с тем авторы сохранили верность эмпирическим основам подхода. Интересный случай из практики, представленный в контексте данной главы, иллюстрирует психотерапевтический опыт Лайнен и стратегию вмешательства, давая ценную информацию психотерапевтам, которые имеют дело с расстройствами личности. Удивительный и трагический исход показывает, как огромен груз клинической ответственности и какие практические вопросы могут возникнуть при неудачном вмешательстве.

ДэвидХ Барлоу

Клиницисты, как правило, едины во мнении, что клиенты с диагнозом пограничного расстройства личности (ПРЛ) представляют особые трудности. Действи-

¹ По МКБ-10 — F 60. — *Примеч. науч. ред.*

тельно, вмешательство у таких индивидов часто сопряжено с проблемами. Особенно сложны для восприятия некоторые поведенческие стереотипы, присущие данному состоянию, в том числе для профессиональных психотерапевтов (Shearman & Linehan, 1989). Возможно, наибольшую обеспокоенность вызывает высокая распространенность суицидального поведения у этой категории лиц. От 70 до 75% клиентов, удовлетворяющих критериям для ПРЛ, имеют в анамнезе как минимум один «парасуицидальный» акт (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar, & Davies, 1985), а именно намеренное, острое саморазрушающее поведение с суицидальными намерениями или без них, куда включаются попытки самоубийства и причинения себе физического ущерба. (Мы предпочитаем употреблять термин «клиенты, удовлетворяющие критериям для ПРЛ», чтобы подчеркнуть поведенческий подход к диагностическим критериям через стереотипы поведения, в отличие от медицинского подхода с его термином «клиенты с ПРЛ». Однако для краткости эта популяция в дальнейшем будет именоваться «клиентами с ПРЛ».) Угрозы самоубийства и кризисы часто встречаются и у тех лиц, которые никогда не прибегали к парасуицидальному поведению. Хотя подобное поведение обычно не имеет летальных исходов, проспективные исследования индивидов с ПРЛ показали, что частота самоубийств у них достигает 7-8%, а «удельный вес» самоубийц составляет 10% (см. обзор Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000). Среди всех индивидов, совершивших самоубийство, от 7 до 38% удовлетворяют критериям для ПРЛ при оценке личностных расстройств методом психологической аутопсии, причем наиболее высокая частота самоубийств характерна для молодых людей с данным расстройством (Brent et al, 1994; Isometsa et al, 1996, 1997; Lesage et al, 1994; Rich & Runeson, 1992). Индивиды с ПРЛ также испытывают трудности с выражением гнева. Нередко эмоции гнева направлены на психотерапевтов. Частое сочетание ПРЛ с состояниями оси I (расстройства настроения и тревожные расстройства) и другими личностными расстройствами еще больше осложняет проведение вмешательства.

Критерии для ПРЛ, как гласит четвертое издание «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (*DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) и Диагностическое интервью для пограничных личностей (*Diagnostic Interview for Borderlines, DIB*; Gunderson & Kolb, 1978; Gunderson, Kolb, & Austin, 1981; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) — наиболее часто используемый диагностический инструмент, — отражают навязчивый стереотип нестабильности и расстройства регуляции всех сфер жизнедеятельности. Если видоизменить эти определения и суммировать критерии в каждой сфере жизнедеятельности (Linehan, 1993a), можно сказать, что индивиды с ПРЛ обладают следующими характеристиками. Во-первых, они обычно испытывают эмоциональную нестабильность. Эмоциональные ответы являются реакцией на внешние события, и такие лица обычно страдают эпизодической депрессией, тревогой и раздражительностью, а также имеют проблемы с чувством гнева и его выражением. Во-вторых, индивидам с ПРЛ свойственны стереотипы расстройства регуляции поведения, что проявляется выраженной импульсивностью. Как отмечалось выше, важной особенностью таких индивидов является склонность к явно деструктивному поведению в отношении себя. Попытки нанести травму, убить себя, а также настоящие самоубийства встречаются в этой популяции довольно часто. В-третьих, индивиды с ПРЛ иногда переживают расстройства регуляции позна-

вательных функций. Если говорить коротко, непсихотические формы мыслительной и чувственной дисрегуляции типа деперсонализации, диссоциации, галлюцинаций (в том числе касающихся самих себя) в стрессовых ситуациях возникают довольно часто и обычно прекращаются с устранением стресса. В-четвертых, распространено нарушение регуляции чувства собственного «я». Индивиды с ПРЛ часто сообщают о том, что не ощущают своего «я», чувствуют внутреннюю пустоту, не «знают», кто они такие. Наконец, эти индивиды часто испытывают трудности в межличностном общении. Их взаимоотношения с окружающими могут быть хаотичными, интенсивными и часто сопровождаются различными проблемами. Несмотря на такие проблемы в отношениях, индивиды с ПРЛ часто затрудняются их разорвать. Напротив, они прилагают отчаянные усилия, чтобы удержать возле себя значимых других. Формат содержащегося в *DSM-IV* определения обуславливает значительную гетерогенность диагноза (действительно, необходимость удовлетворения пяти из девяти критериев для постановки диагноза дает возможность диагностировать ПРЛ 256 разными способами), а клинический опыт работы с этими клиентами подтверждает, что данная диагностическая категория представляет собой разнородную группу.

Пограничное расстройство личности хорошо представлено в клинической литературе по личностным расстройствам. Литературный поиск журнальных статей по категории личностных расстройств с 1990 г. по настоящее время показал, что приблизительно каждая пятая статья посвящена исключительно исследованиям ПРЛ. (Статьи были классифицированы как сфокусированные на ПРЛ, если в их заглавии содержался термин «пограничное расстройство личности»; для подтверждения темы статей использовалось их краткое содержание.) Подобный поиск в рамках журнала *Journal of Personality Disorders* показал еще больший удельный вес статей, посвященных ПРЛ, — приблизительно четверть. В настоящее время, следовательно, ПРЛ — наиболее широко исследуемое личностное расстройство. Несмотря на столь живой интерес, крайне мало эмпирических исследований на эту тему. Учитывая многочисленные трудности при проведении психотерапии с этими индивидами, даже в клинических условиях без дополнительных требований исследовательских проектов можно понять причины столь малого количества контролируемых психотерапевтических исследований. Следовательно, эффективность вмешательства с использованием многих психотерапевтических модальностей при лечении клиентов с ПРЛ пока не доказана. Недавно проведенный метаанализ психосоциальных вмешательств при личностных расстройствах позволил выявить только 15 исследований, посвященных расстройствам личности; четыре из этих 15 исследований фокусировались на ПРЛ (Perry, Banon, & Ianni, 1999).

Данная глава посвящена преимущественно описанию диалектической поведенческой терапии (ДПТ), сравнительно новому подходу к вмешательству при ПРЛ (Linehan, 1993a, 1993b). Его отличительная особенность состоит в том, что это одно из первых психосоциальных вмешательств, эффективность которых доказана в рандомизированном клиническом исследовании (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991). После этого были опубликованы результаты второго рандомизированного клинического исследования, а на профессиональных конференциях были изложены результаты двух других подобных проектов. Проведен ряд квазиэкспериментальных исследований (см. обзоры Koerner & Linehan,

2000, & Коеппег & Dimeff, 2000). Прежде чем описывать ДПТ, обсудим другие вмешательства при ПРЛ с их теоретическим обоснованием и свидетельствами эффективности (если таковые имеются). Далее будет дано более глубокое описание ДПТ — ее философских корней, теоретической подоплеки и протоколов вмешательства. В табл. 11.1 подытожены все известные в настоящее время подходы к вмешательству, включая ДПТ.

Таблица 11.1. Перечень вмешательств при ПРЛ

Подход к вмешательству	Этиологическая теория	Структура вмешательства	Основные техники	Данные об эффективности
Индивидуальная поддерживающая психотерапия и экспрессивная психотерапия (сфокусированная на переносе)	Пограничная личностная организация является основным конструктом; индивиды с размытой идентичностью используют «примитивные защиты»	Долгосрочная индивидуальная психотерапия	Экспрессивные и поддерживающие подходы к психотерапии; структурирование окружения за рамками психотерапии	В настоящее время отсутствуют
Психотерапия налаживания отношений (ПНО) по Марциали и Монро-Блум (<i>Marziali and Monroe-Blum's relationship management psychotherapy</i>)	Интернализированные конфликты ведут к ПРЛ	Групповая психотерапия	Участники группы выражают интернализированные конфликты в условиях, ограничивающих перенос	Нет данных в поддержку эффективности; в одном исследовании оставшиеся участники группы чувствовали себя лучше, чем выбывшие
Подход частичной госпитализации Бейтмена и Фонаги (<i>Bateman and Fonagy's partial hospitalization</i>)	ПРЛ является результатом ранних негативных переживаний с первичной фигурой присоединения	Частичная госпитализация предполагает групповую и индивидуальную терапию, групповые встречи и контролируемый прием лекарственных препаратов	Анализ стереотипов взаимодействия и бессознательных факторов, препятствующих изменению	Недавнее исследование подтвердило лучшие исходы для экспериментальной группы (по сравнению с контрольной, не подвергавшейся психотерапии) в отношении суицидального поведения, госпитализации и признаков психопатологии
Структурная оценка социального поведения Бенджамин (<i>Benja-</i>	Переживания, связанные с социальным научением, вызывают и поддер-	Измерение и классификация поведения при индивидуальной психо-	Подход структурной оценки социального поведения — реконструктив-	В настоящее время отсутствуют

Подход к вмешательству	Этиологическая теория	Структура вмешательства	Основные техники	Данные об эффективности
<i>min's Structural Assessment of Social Behavior, SASB)</i>	живают ПРЛ, в частности, связанные с фигурами раннего присоединения	терапии; планирование вмешательств на основе стереотипов поведения	ного научения (<i>SASB-Reconstructive Learning, SASB-RCL</i>), предполагающий изменение стереотипов взаимодействия с окружающими	
Психотерапия самоуправления Ленгли (<i>Langley's self-management therapy</i>)	Ленгли считает, что его психотерапия не имеет конкретной этиологической теории; ПРЛ считается расстройством «я» и чувства стыда	Индивидуальная психотерапия, цель которой «объединение противоположностей» в себе	Повышение компетентности через выполнение домашних заданий, психологическое просвещение и когнитивные вмешательства	В настоящее время отсутствуют
Психофармакологическое вмешательство	ПРЛ является результатом нарушения функционирования систем передачи нервных импульсов	Диагностика и медицинское ведение	Проведение фармакотерапии, часто в сочетании с психотерапией	Антипсихотические, антидепрессивные средства (ингибиторы МАО, ингибиторы обратного захвата серотонина), противосудорожные/стабилизаторы настроения оказывают некоторый положительный эффект
Когнитивная психотерапия	Содержание и процесс мышления при ПРЛ нарушены; события интерпретируются с помощью «схем»	Как правило, индивидуальная психотерапия с объемными домашними заданиями за рамками психотерапевтических сессий	Когнитивное реструктурирование; «практическое сотрудничество», когда психотерапевт и пациент исследуют неадаптивное мышление	Тёрнер (Turner) сообщил об улучшении познавательных процессов, снижении тревоги и депрессии при когнитивной психотерапии (групповом и индивидуальном вмешательстве)
Диалектическая поведенческая психотерапия (ДПТ)	Биосоциальная теория ПРЛ; чувство нарушения регуляции индивида возникает в контексте	Четыре этапа вмешательства, строящиеся вокруг групп «мишеней» вмешательства, начиная с конт-	Техники, сфокусированные на изменении (например, поведенческий анализ, экспозиция) и при-	Доказанная эффективность у множества пациентов с ПРЛ; ослабление суицидального поведения, уменьшение числа и про-

Таблица 11.1. Окончание

Подход к вмешательству	Этиологическая теория	Структура вмешательства	Основные техники	Данные об эффективности
	инвалидирующего окружения	роля суицидального поведения; психотерапия в разных модальностях	нятии (например, валидизация) пациента	должительности госпитализаций, досрочного прекращения психотерапии; повышение качества жизни

Обзор других подходов к вмешательству

Для вмешательства при ПРЛ применялись различные подходы. Хотя в наши задачи не входит подробная характеристика всего многообразия вмешательств при ПРЛ, мы считаем полезным коротко рассмотреть известные на сегодняшний день вмешательства, прежде чем детально описывать ДПТ.

Психодинамический подход

Психодинамические подходы, получившие наиболее широкое признание, включают в себя терапию Кернберга (Kernberg 1975, 1984; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Applebaum, 1989), Мастерсона и Кинсли (Masterson, 1976, 1981; Kinsley, 1982), Адлера и Буйи (Adler, 1981, 1985; Adler & Buie, 1979; Buie & Adler, 1982), Гундерсона (Gunderson, 1984), а также Беймана и Фонаги (Bateman & Fonagy (1999). Среди этих подходов выделяется теория Кернберга. Предложенный им подход «объектных отношений» — не только техника, но и теория; он оказал значительное влияние на литературу по психоанализу. Экспрессивная психотерапия клиентов с «пограничной организацией личности», или ПРЛ, психотерапия, сфокусированная на переносе, делает акцент на трех основных факторах: интерпретации, сохранении технической нейтральности и анализе переноса. Фокусируется психотерапия на выявлении и разрешении интрапсихического конфликта. Цели вмешательства включают усиление контроля импульсов и толерантности к тревоге, способность модулировать аффект, налаживание стабильных межличностных отношений.

Кроме того, Кернберг различал поддерживающую психотерапию для клиентов с более выраженным ПРЛ. Подобно экспрессивной психотерапии, поддерживающая психотерапия также делает акцент на важности межличностных взаимоотношений в психотерапии (перенос); однако интерпретации в начале вмешательства даются редко, а исследованию подвергаются только негативные реакции на психотерапевта и психотерапию (негативный перенос). Длительность экспрессивной и поддерживающей психотерапии составляет несколько лет, при этом основное внимание уделяется суицидальному поведению и поведению, мешающему психотерапии.

До настоящего времени не проводилось рандомизированных клинических исследований по оценке эффективности психодинамической индивидуальной психотерапии в целом и сфокусированной на переносе психотерапии Кернберга в частности. Натуралистические исследования, однако, заставляют усомниться

в обоснованности длительного психодинамического вмешательства; многие, если не сказать большинство, не выдерживают даже шести месяцев психотерапии (Kernberg et al., 1972; Stone, Stone, & Hurt, 1987; Waldinger & Gunderson, 1984).

Помимо психодинамически ориентированных индивидуальных вмешательств был разработан психодинамический групповой подход к лечению ПРЛ — психотерапия налаживания отношений, ПНО (*relationship management psychotherapy, RMP*; Marziali & Munroe-Blum, 1987; Munroe-Blum & Marziali, 1987). Отличие ПНО от традиционных психодинамических подходов заключается в акценте на ориентации клиента, а также на доступности психотерапевта за рамками группового формата. В условиях группы с клиентами работают индивидуально, поощряют выражать интернализированные конфликты вокруг собственных качеств, работают с обратной связью от других участников группы. Кроме того, групповой формат помогает снизить интенсивность переноса между клиентами и терапевтами, а также способствует созданию границ дозволенного поведения для лиц со слабым контролем импульсов. Предварительные результаты контролируемого клинического исследования, посвященного сравнению ПНО с общепринятым индивидуальным вмешательством, не выявили различий в исходе вмешательств при полугодовом проспективном наблюдении (Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1991; Munroe-Blum & Marziali, 1987, 1989). Однако клиенты, продолжившие групповую или индивидуальную психотерапию, добились более значительного улучшения по поведенческим признакам по сравнению с теми, кто досрочно прекратил психотерапию. Эти предварительные результаты следует трактовать с осторожностью, если говорить об эффективности ПНО.

Недавнее рандомизированное контролируемое исследование психоаналитически ориентированной психотерапии при частичной госпитализации дало первые доказательства в пользу психоаналитического вмешательства при ПРЛ. Это исследование (Bateman & Fonagy, 1999) заключалось в приписывании клиентов методом случайных чисел к стандартному психиатрическому вмешательству (главная особенность которого состояла в исключении индивидуальной психотерапии) — это была группа контроля — или к частичной госпитализации, программе со следующими целями:

- 1) привлечение пациентов к психоаналитически ориентированному вмешательству психоаналитическими методами;
- 2) уменьшение психопатологии, включая депрессию и тревогу;
- 3) ослабление суицидального поведения;
- 4) повышение социальной компетентности;
- 5) снижение частоты продолжительных госпитализаций.

Психотерапия основывалась на теории присоединения, т. е. ПРЛ рассматривалось как расстройство присоединения с фокусом на стереотипах взаимоотношений и бессознательных факторах, препятствующих изменениям. Экспериментальная группа раз в неделю посещала сессии индивидуальной психотерапии, которые проводили медсестры психиатрического отделения; раз в неделю проводились сессии экспрессивной психотерапии на основе психодрамы, три раза в неделю проходила групповая психотерапия, каждую неделю проходила общая встреча клиентов, раз в месяц с клиентами встречался кейз-администратор (специалист, ведущий того или иного клиента) и раз в месяц пересматривались на-

значения лекарственных препаратов. В конце вмешательства продолжительностью 18 месяцев группа клиентов, проходивших психоаналитически ориентированную частичную госпитализацию, продемонстрировала значительное снижение суицидального поведения (попыток самоубийств и самоповреждения), продолжительности госпитализаций, симптомов психопатологии (включая депрессию и тревогу) и социального функционирования по сравнению с контрольной группой. Исследователи отмечают, что их программа имела три особенности, которые, по их мнению, связаны с эффективностью вмешательства: логичное теоретическое обоснование вмешательства, фокус на межличностных отношениях и постоянство вмешательства во времени.

Интерперсональная психотерапия

Межличностные подходы к концептуализации и вмешательству при личностных расстройствах имеют сходство с традиционными психодинамическими подходами, но стоят особняком. Среди них наибольшее внимание уделяется структурному анализу социального поведения (*Structural Analysis of Social Behavior, SASB*) Лорны Бенджамин (Benjamin, 1974, 1979, 1996). Основанная на параметрах системы классификации межличностного поведения данная нозологическая система предлагает поддающуюся проверке теоретическую базу для понимания того, что расстройства личности в значительной степени закладываются и поддерживаются за счет переживаний, связанных с социальным научением.

Структурный анализ социального поведения пытается измерить межличностное и интрапсихическое поведение по трем осям: фокус поведения («я» или «другие»), взаимозависимость и аффилиация. По мнению Бенджамин, анализ *SASB* позволяет повысить надежность и клиническую ценность изложенных в руководстве *DSM* описаний личностных расстройств; он может быть использован для прогнозов поведения в ходе диадного взаимодействия, а также для планирования вмешательств на основе этих прогнозов (Benjamin, 1996). Подход с использованием структурного анализа социального поведения — реконструктивного научения (*SASB-Reconstructive Learning, SASB-RCL*) предполагает шесть этапов вмешательства:

- 1) налаживание отношений сотрудничества между клиентом и психотерапевтом;
- 2) проникновение в свойственные клиенту прошлые и настоящие интерактивные стереотипы;
- 3) укрепление стремления клиента избавиться от деструктивных желаний и страхов;
- 4) сопереживание клиенту в его скорби, связанной с решением отказаться от прежних стереотипов общения;
- 5) устранение паники клиента после принятия решения об изменении;
- 6) помощь клиенту в создании нового «я».

Центральные взаимодействия в процессе вмешательства включают признание чувств клиента в связи со свойственной ему в прошлом виктимизацией, а также проработку интернализованных ассоциаций с фигурами насильственного присоединения (*abusive attachment figure(s)*). До настоящего времени не получено данных об эффективности межличностного подхода Бенджамин.

Интегративный подход

Сравнительно недавней разработкой в области вмешательства при ПРЛ является психотерапия самоуправления (*self-management therapy*) Ленгли (Langley, 1994) — подход, сочетающий в себе элементы анализа «объектных отношений», психологического просвещения и исследования познавательных процессов в формате индивидуальной психотерапии. Ленгли выдвигает несколько ключевых, по его мнению, гипотез относительно понимания и вмешательства при ПРЛ:

- 1) развитие своего «я» в процессе раннего опыта общения с другими людьми при ПРЛ нарушено;
- 2) в основе расстройства лежит стыд;
- 3) все индивиды с ПРЛ непременно страдают текущим посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР).

С этой теоретической позиции концепция «я» (сходная с выдвинутой Kohut & Wolf, 1978) предполагает дифференциацию от «других» по мере развития. Психологическое состояние младенца или маленького ребенка таково, что он имеет общие переживания и смыслы с человеком, осуществляющим за ним основной уход; чересчур интенсивные или противоречивые переживания могут фрагментировать или «расщепить» «я» при ПРЛ. В отличие от психодинамических подходов, однако, психотерапия Ленгли фокусируется на развитии компетентности с помощью когнитивных вмешательств, психологического просвещения, психотерапевтических домашних заданий, создания «достаточно хорошего» стандарта для задач психотерапии (опровержение представлений клиента об успехе типа «или/или»). Благодаря этим вмешательствам психотерапия самоуправления призвана объединить «психологические противоположности» «я». На данный момент не существует эмпирических доказательств эффективности самоуправления при ПРЛ.

Психофармакологический подход

Недавно опубликованный обзор литературы, посвященный лекарственной терапии ПРЛ, освещает основную проблему в этой сфере: ПРЛ подразумевает нарушение регуляции в столь многих доменах, что вряд ли одно лекарство может с этим справиться (Dimeff, McDavid, & Linehan, 1999). Были изучены эффекты множества лекарственных препаратов, включая нейролептики (Cornelius, Soloff, George, Ulrich, & Perel, 1993; Cowdry & Gardner, 1988; Soloff et al., 1989, 1993), антидепрессанты (Cowdry & Gardner, 1988; Kavoussi, Liu, & Coccaro, 1994; Parsons et al., 1989; Salzman et al., 1995; Soloff et al., 1989), малые транквилизаторы (Faltus, 1984; Gardner & Cowdry, 1986), противосудорожные препараты (Cowdry & Gardner, 1988; Stein, Simeon, Frenkel, Islam, & Hollander, 1995) и карбонат лития (Links, Steiner, Boiago, & Irwin, 1990).

В целом результаты показывают, что несколько препаратов позволяют улучшить общее функционирование, уменьшить проявления депрессии, шизотипических симптомов и импульсивного агрессивного поведения (см. обзоры Dimeff et al., 1999; Gardner & Cowdry, 1989). Антипсихотические препараты уменьшают раздражительность, хотя эффекты в других доменах не постоянны. Как правило, их используют при выраженных проявлениях ПРЛ. Антипсихотики последнего поко-

ления пока не применялись у пациентов с ПРЛ, но можно надеяться на их эффективность в снижении раздражительности и психотических симптомов при отсутствии серьезного побочного действия. Для лечения ПРЛ применялись антидепрессанты, в частности ингибиторы моноаминооксидазы (МАО) благодаря своей эффективности при атипичной депрессии, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (Kavoussi et al., 1994; Salzman et al., 1995). Хотя препараты обеих этих лекарственных групп дали определенные положительные эффекты (в частности, заметно снизилась враждебность), рандомизированные клинические исследования не показали значимого улучшения настроения на фоне терапии антидепрессантами. Действительно, можно выдвинуть предположение о том, что ингибиторы МАО и СИОЗС помогают пациентам с ПРЛ при расстройствах аффекта, отклик на терапию антидепрессантами и сопутствующий диагноз депрессии у таких пациентов никак не связаны. Вальпроат, противосудорожный препарат и стабилизатор настроения, эффективно корригировал нарушения поведенческой регуляции у пациентов с ПРЛ, включая агрессивное и импульсивное поведение (Stein et al., 1995).

Таким образом, хотя некоторые лекарственные препараты и оказывают определенное положительное действие, следует с осторожностью применять фармакотерапию в данной популяции клиентов. Пациенты с ПРЛ склонны нарушать режим лечения, могут передозировать назначенные лекарства, не исключены и побочные действия препаратов. Учитывая все это, фармакотерапия при условии тщательного наблюдения может стать полезным и важным дополнением психотерапии при ПРЛ.

Когнитивно-поведенческий подход

Терапия ПРЛ все больше привлекает внимание теоретиков-когнитивистов. С позиции когнитивного подхода проблемы пациента с ПРЛ обусловлены содержанием и процессом его мышления. Подход Бека к терапии ПРЛ (Beck, Freeman & Associates, 1990) типичен для когнитивного направления в психотерапии, поскольку вмешательство фокусируется на реструктурировании мыслей и на развитии отношений сотрудничества, благодаря которым формируются более адаптивные представления о мире. К моменту написания этой главы данный подход не получил эмпирического подтверждения.

Когнитивно-поведенческие подходы Тернера (Turner, 1984; Turner & Hersen, 1981), Янга (Young, 1983, 1990; Young & Swift, 1988) и Претзера (Pretzer, 1990) пытаются разрешить некоторые трудности, которые встречаются при проведении традиционных когнитивных вмешательств в случаях ПРЛ. Тернер высказывает гипотезу, что неадаптивные схемы с течением времени подкрепляются, что служит причиной столь характерных для данного расстройства проблем. Его структурированное мультимодальное вмешательство включает в себя фармакотерапию в сочетании с параллельной индивидуальной психотерапией и групповым психологическим просвещением, во время которых используются специфические стратегии восполнения дефицита навыков межличностного общения и совладания с тревогой. Аналогичным образом Янг постулирует, что в детстве могут сформироваться устойчивые стереотипы мышления («ранние неадаптивные схемы»), что ведет к неадаптивному поведению, подкрепляющему эти схемы. Его когнитивная психотерапия, сфокусированная на схемах, включает разнообразные вме-

шательства, нацеленные на оспаривание и изменение этих ранних схем. Подход Претзера делает акцент на модификации стандартной когнитивной психотерапии с учетом трудностей, которые часто возникают при терапии клиентов с ПРЛ, в частности, налаживание отношений сотрудничества между психотерапевтом и клиентом, сохранение направления вмешательства, а также улучшение выполнения домашних заданий. В настоящее время в литературе отсутствует подробная информация о терапии Претзера и Янга, нет данных и о ее результативности. Однако Тернер опубликовал результаты терапии четырех своих клиентов и провел рандомизированное контролируемое исследование (Turner, 1989, 1992). Результаты представляются многообещающими, у клиентов наблюдалось постепенное уменьшение неадаптивных представлений и видов поведения, а также снижение тревоги и депрессии.

Диалектическая поведенческая терапия

ДПТ произошла от стандартной когнитивно-поведенческой психотерапии как вмешательство при ПРЛ, в частности, у склонных к повторным суицидам индивидов с тяжелыми нарушениями функционирования. Теоретическая направленность вмешательства представляет собой смесь трех теоретических подходов: поведенческой науки, диалектической философии и практики дзен. Поведенческая наука, технология изменения поведения, уравновешена принятием и толерантностью к пациенту (с использованием техник, заимствованных из дзен и западных медитативных практик); эти полюса сосуществуют в рамках диалектического подхода. Хотя диалектика вначале использовалась для описания этого равновесия, вскоре она стала руководящим принципом, благодаря чему психотерапия стала развиваться в совершенно неожиданных направлениях. ДПТ основана на бихевиористских теориях. Однако используемые в ней процедуры заметно переключаются с различными альтернативными школами, включая психодинамическую, клиент-центрированную, стратегическую и когнитивную терапии.

Эффективность

На сегодняшний день Лайнен с коллегами опубликовала результаты двух рандомизированных клинических исследований, посвященных сравнению ДПТ со стандартным вмешательством (*treatment as usual, TAU*) при ПРЛ. В первом исследовании (Linehan et al, 1991) проведено сопоставление ДПТ с *TAU* у парасуицидальных женщин с тяжелыми нарушениями функционирования, удовлетворяющих критериям *DSM-III-R* и Гундерсона (Gunderson) для ПРЛ. Вмешательство продолжалось один год, повторные оценки состояния участниц производились каждые четыре месяца. В большинстве случаев, а также спустя год участницы исследования, которым проводилась ДПТ, имели меньше парасуицидальных эпизодов и менее тяжелые с медицинской точки зрения обострения, реже госпитализировались в Психиатрические стационары, наблюдался значительно меньший процент отсева (16,7%) по сравнению с участницами, получавшими *TAU*. Исследование проводилось в два этапа, в каждом принимали участие примерно равное число клиентов. Анализ результатов второго этапа (Linehan, Tutek, & Heard, 1992), где диагностическая батарея была дополнена новыми методами оценки действенности терапии, показал, что участники, получавшие ДПТ, по сравнению с теми, кому

проводилось обычно лечение TAU, также сообщили об уменьшении чувства гнева, лучшей социальной адаптации, лучшей работоспособности и менее выраженных тревожных руминациях, при этом интервьюер считал их социальной адаптацией более хорошей, а общие нарушения функционирования менее выраженными по Шкале общей адаптации (*global adjustment scale*). Преимущества ДПТ по сравнению с TAU сохранялись на протяжении 6 и 12 месяцев проспективного наблюдения (Linehan, Heard, & Armstrong, 1993). Через шесть месяцев проспективного наблюдения те, кто получал ДПТ, имели значительно меньше парасуицидальных эпизодов, а также обращений к врачу, менее выраженное чувство гнева, лучшую социальную адаптацию (по данным самоотчета), а также лучшую работоспособность. Через 12 месяцев проспективного наблюдения частота повторных попыток самоубийства была значительно ниже для группы ДПТ (26%), чем для TAU (60%).

Лайнен с коллегами также опубликовали результаты второго рандомизированного клинического исследования по сравнению ДПТ с TAU у пациентов с двойным диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ и ПРЛ (Linehan, Schmidt, et al., 1999). Участники, удовлетворяющие критериям для ПРЛ, а также расстройствам употребления различных психоактивных веществ (включая амфетамин, анксиолитики, кокаин, коноплю, снотворные, опиаты или седативные препараты), методом случайных чисел были приписаны к ДПТ ($n = 12$) или TAU ($n = 16$) для годичного вмешательства (с повторными оценками каждые четыре месяца вплоть до 16 месяцев). Участники, приписанные к ДПТ, показали значительно более выраженное снижение употребления психоактивных веществ (что оценивалось с помощью структурированных интервью и анализов мочи) на протяжении годичного вмешательства и в период проспективного наблюдения по сравнению с субъектами из группы TAU. Кроме того, в группе ДПТ отсева был меньше (36% по сравнению с 73% при TAU). В период проспективного наблюдения пациенты из группы ДПТ добились более значительного улучшения общей и социальной адаптации, были меньше подвержены гневу, чем участники из группы TAU.

Проведены два дополнительных рандомизированных клинических исследования, посвященных сопоставлению ДПТ и TAU. Первое проведено под эгидой Управления по делам бывших военнослужащих (*Department of Veterans Affairs*, VA). Куне с коллегами (Koons et al., 1998) сравнили шестимесячный вариант ДПТ с обычным вмешательством в системе VA (преимущественно когнитивно-поведенческой направленности). Участники были меньше склонны к самоубийствам и реже госпитализировались, чем в исследовании Лайнен с коллегами (Linehan et al., 1991). Приписанные к ДПТ показали более выраженное снижение суицидальной идеации, депрессии, безнадежности и гнева, чем участники из группы TAU. При ДПТ наблюдалась тенденция к большей эффективности в уменьшении частоты госпитализации и продолжительности пребывания в стационаре (однако в обеих группах частота поступления в стационар и до вмешательства была невысокой). Обращает на себя внимание тот факт, что в обеих группах процент отсева был низок, и в обеих группах заметно уменьшилась депрессия, при этом 60% из группы ДПТ и 20% из группы TAU [показали клинически значимое изменение по Опроснику депрессии Бека.

Второе дополнительное рандомизированное клиническое исследование было проведено Ван-Ден Бошем и коллегами (van den Bosch, 1999) в Голландии

(*Jellenik Institute*). Исследователи сопоставляли годовую ДПТ и *TAU* у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами. Вмешательство продолжалось в течение года и проводилось в клинике для злоупотребляющих психоактивными веществами, причем многие пациенты удовлетворяли критериям для ПРЛ. Через год клиенты из группы ДПТ заметно снизили употребление психоактивных веществ по сравнению с группой *TAU*.

Результаты всех описанных исследований показали меньшую эффективность *TAU* в устранении проблемного поведения. В популяциях клиентов с ПРЛ, страдающих тяжелыми нарушениями, ДПТ способствует уменьшению частоты попыток самоубийства и употребления психоактивных веществ, снижает отсев, улучшает общее функционирование. При менее тяжелых нарушениях у пациентов с ПРЛ ДПТ приводит к конкретным улучшениям, касающимся суицидальной идеации, депрессии и безнадежности, даже в сравнении с обычной терапией *TAU*, которая также дает клинически значимые изменения депрессии. Проспективное наблюдение (где оно проводилось) показывает, что достигнутые результаты могут сохраняться до одного года после завершения вмешательства. В целом результаты говорят о том, что ДПТ является эффективным и многообещающим вмешательством у клиентов с ПРЛ, в частности, что касается парасуицидального поведения и удержания клиентов в терапии.

Философская основа: диалектика

Термин «диалектика» применительно к поведенческой терапии относится к фундаментальной природе реальности и к методу убедительного диалога и взаимодействия (Wells, 1972, цит. по: Kegan, 1982, о доказательствах смещения к диалектическим подходам во всех науках за последние 150 лет; позднее Peng & Nisbett, 1999, обсуждали западное и восточное диалектическое мышление.) Как мировоззрение или философская позиция диалектика направляет клинициста в выдвижении теоретических гипотез относительно проблем клиента и вмешательства при них. С другой стороны, как диалог и взаимодействие, диалектика имеет отношение к подходу или стратегиям, которые использует психотерапевт, чтобы вызвать изменения. Следовательно, центральный аспект ДПТ — ряд психотерапевтических диалектических стратегий. Они описаны ниже.

Диалектика как мировоззрение

Диалектическое мировоззрение делает акцент на целостности, взаимосвязанности и процессе (изменении) как фундаментальных характеристиках реальности. Аналогично контекстуальным и системным теориям диалектическая позиция предполагает, что анализ частей системы имеет ограниченную ценность, если не учитывается место каждой части в целом. Хотя диалектика фокусируется на целом, она также делает акцент на его комплексности. Таким образом, диалектика полагает, что реальность несводима к какому-то своему компоненту; т. е. в каждой вещи или системе, какой бы малой она ни была, существуют полярности. В диалектике полярные силы называются «тезис» и «антитезис», а возникающее в результате состояние изменения является «синтезом» этих сил. Трансакционное напряжение между этими силами в каждой системе (положительное и отрицательное, хорошее и плохое, дети и родители, клиент и психотерапевт, индивид и среда и т. д.), а также их последующая интеграция и являются причинами изме-

нения. Вместе с тем новое состояние, возникающее вследствие изменения через интеграцию, также включает в себя полярные силы; таким образом, изменения происходят непрерывно и составляют сущность жизни. Чрезвычайно важная идея диалектики состоит в том, что все суждения содержат в себе собственные опровержения. Или, как отметил Голдберг (Goldberg, 1980, p. 295-296):

Я полагаю, что истина парадоксальна, что каждое проявление мудрости содержит в себе собственное противоречие, что истины сосуществуют в полном согласии. Противоречивые истины не обязательно исключают друг друга или главенствуют друг над другом, они располагаются на одной линии, приглашая к экспериментальной проверке.

Диалектическое убеждение

С позиции диалога и взаимодействия диалектика предполагает изменение путем убеждения и использования противоречий, присущих психотерапевтическим отношениям, вместо того чтобы прибегать к формальной безличной логике. Через психотерапевтическое противопоставление противоречивых позиций клиент и психотерапевт могут выйти на новые смыслы в рамках старых смыслов, приблизившись к существу рассматриваемой проблемы. Суть диалектической точки зрения состоит в том, чтобы никогда не принимать противоположность за окончательную истину или бесспорный факт. Следовательно, вопрос, который задают себе клиент и психотерапевт, звучит так: «Что осталось за пределами нашего понимания?» Диалектика как убеждение представлена специфическими диалектическими стратегиями, описанными ниже.

Как станет ясно при обсуждении стратегий консультирования, диалектический диалог имеет большое значение во время консультативных встреч психотерапевтов. Возможно, больше любых других факторов внимание к диалектике может снизить вероятность того, что терапевты психодинамического направления называют «расхождением мнений» (*staff splitting*), т. е. частого явления расхождения психотерапевтов во мнениях (иногда вплоть до жарких споров) о том, как следует обращаться с конкретным клиентом с ПРЛ. Такое «расхождение» между терапевтами происходит оттого, что некоторые полагают, что им (а иногда исключительно им одним) открылась истина о данном клиенте или клинической проблеме.

Диалектическое представление о случаях расстройства

Диалектические взгляды оказывают заметное влияние на представление о случаях расстройств при ДПТ. Во-первых, согласно диалектике, психологическое расстройство лучше всего представлять как системную дисфункцию. Системная дисфункция характеризуется:

- 1) определением расстройства по отношению к нормальному функционированию,
- 2) наличием непрерывного перехода между здоровьем и расстройством,
- 3) пониманием многофакторности этиологии расстройства (Hollandsworth, 1990).

Аналогичным образом биосоциальная теория ПРЛ Лайнен, изложенная ниже, предполагает, что ПРЛ является нарушением нормального функционирования и что это расстройство лучше всего описывается как системная дисфункция регуля-

ции эмоций. Согласно данной теории, патогенез ПРЛ происходит под действием многих факторов, в том числе определенной конституциональной предрасположенности, приводящей к различиям в индивидуальной подверженности нарушениям эмоциональной регуляции, а также последствий взаимодействия индивида с окружающей средой. Систематический подход дает стороннику данной теории преимущество использования приемов и достижений из многих отраслей и дисциплин.

Вторая диалектическая предпосылка, лежащая в основе биосоциальной теории ПРЛ Лайнен, заключается в том, что взаимодействие между индивидом и окружающей средой представляет собой процесс взаимного влияния и положение дел в каждый конкретный момент является результатом этого взаимодействия. В рамках теории социального научения это называется принципом «реципрокного детерминизма». Помимо фокусирования на взаимном влиянии представление о взаимодействии индивида и среды также подчеркивает постоянство изменений. Миллон (МШоп, 1987) тоже обратил на это внимание, говоря о тщетности поиска «причины» ПРЛ в каком-либо единичном событии или временном периоде.

Интерактивные и транзактные подходы, такие как подход предрасположенности к стрессу в психопатологии, привлекают внимание к роли дисфункционального окружения в провокации расстройств у восприимчивого индивида. Транзактный подход, однако, делает акцент на ряде моментов, которые легко не заметить при интерактивном подходе предрасположенности к стрессу. Например, индивид А может вести себя так, что индивид Б будет испытывать стресс только потому, что индивид Б вызывает стресс у индивида А. Возьмем ребенка, с которым произошел несчастный случай и который нуждается в постоянном внимании родителей, чтобы выжить. Или обратимся к клиенту, который в силу постоянной потребности в профилактике самоубийства отнимает много сил и времени у обслуживающего персонала клиники. Оба этих окружения практически лишены возможности адекватно реагировать на усиление стресса. Оба могут временно начать винить жертву, если появятся дополнительные требования к окружению. Хотя система (например, семья или психотерапевтическая среда) может быть предрасположена к дисфункциональной реакции, подобных реакций удастся избежать в отсутствие экспозиции к стрессу данного конкретного индивида. Транзактный, или диалектический, подход к психопатологии позволяет больше сопереживать, потому что он несовместим с приписыванием вины. Речь, в частности, идет о ярлыке «пограничный», бытующем в среде специалистов по психическому здоровью (примеры злоупотребления этим диагнозом описаны у Reiser & Levenson, 1984).

Заключительное замечание в нашем обсуждении касается определения поведения и следствий расширенного толкования поведения. Теория Лайнен и бихевиористы в целом подразумевают под «поведением» все, что делает организм, в том числе действия и ответы на раздражение (Merriam-Webster's New Universal Unabridged Dictionary, 1983, p. 100). По традиции бихевиористы разделяют поведение на двигательное, когнитивное/вербальное и физиологическое, каждое из которых может быть общим или частным. Здесь напрашивается несколько комментариев. Во-первых, разделение поведения на эти три категории весьма спорно, это сделано скорее для упрощения, чем в угоду фактам о том, что эти способы реагирования действительно представляют собой функционально самостоятельные системы. Это, в частности, касается регуляции эмоций, особенно при учете

данных исследований о том, что системы реагирования отчасти перекрываются, отчасти независимы, но вряд ли можно говорить о полной самостоятельности. Здесь уместно отметить, что в отличие от биологических и когнитивных теорий ПРЛ биосоциальная теория предполагает отсутствие оснований для объяснения расстройства исходя из того или иного конкретного вида поведения. Напротив, с биосоциальной позиции основной вопрос заключается в том, при каких условиях данное взаимодействие между видами поведения или системами реагирования имеет место и при каких условиях эти взаимодействия начинают играть роль в этиологии и поддержании ПРЛ.

Биосоциальная теория

Нарушение регуляции эмоций

Биосоциальная теория Лайнен предполагает, что ПРЛ преимущественно является дисфункцией системы регуляции эмоций. Поведенческие стереотипы при ПРЛ функционально связаны или являются неизбежными следствиями этого фундаментального нарушения регуляции нескольких, возможно всех, эмоций, включая положительные и отрицательные. С точки зрения Лайнен, эта эмоциональная дисфункция и является базовой патологией, поэтому нельзя считать ее просто симптоматической или заложенной в определении. Это системное нарушение регуляции является следствием сочетания эмоциональной уязвимости с трудностями модуляции эмоциональных реакций. Эмоциональная уязвимость есть повышенная чувствительность к эмоциональным раздражителям, интенсивные эмоциональные реакции и замедленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию. Недостаточная модуляция эмоций может быть обусловлена трудностями:

- 1) в торможении дисфункционального поведения под влиянием настроения;
- 2) в организации поведения в интересах решения стоящих задач, независимо от текущего настроения;
- 3) в увеличении или снижении физиологического возбуждения по мере необходимости;
- 4) в умении отвлечься от пробуждающих эмоции раздражителей;
- 5) в переживании эмоций без немедленного ухода в себя или проявления выраженных вторичных негативных эмоций (см. подробное обсуждение у Gottman & Katz, 1990).

Хотя механизмы первичных нарушений регуляции остаются невыясненными, скорее всего, решающее значение в этом играют биологические факторы. Сивер и Девис (Siever & Davis, 1991) высказали предположение, что нарушения регуляции эмоций у пациентов с ПРЛ связаны с нестабильностью и гиперреактивностью катехоламиновой системы. Этиология подобных нарушений регуляции варьируется от генетических влияний и пренатальных факторов до травмирующих событий детства, оказавших влияние на развитие мозга и нервной системы.

Инвалидизирующее окружение

Большинство индивидов с изначальной характерологической предрасположенностью к нарушению регуляции эмоций не страдают ПРЛ. Следовательно, как

гласит теория, необходима особая среда развития. Главным элементом развития, по теории Лайнеhan, является инвалидизирующее окружение (*invalidating environment*) (Linehan, 1987a, 1987b, 1989, 1993a). Инвалидизирующее окружение отличается склонностью отрицать и/или беспорядочно и неадекватно реагировать на личные переживания, в частности, на переживания, не сопровождающиеся легко поддающимися интерпретации общими проявлениями (например, плохое самочувствие в отсутствие высокой температуры). Частные переживания, особенно эмоциональные переживания и интерпретация событий, часто не считаются валидными реакциями на события; подвергаются наказанию, опопшляются, отвергаются или воспринимаются равнодушно; и/или приписываются социально неприемлемым характеристикам, таким как гиперреактивность, неспособность реалистично взглянуть на вещи, недостаточная мотивация, мотивация к причинению ущерба или манипуляции, недостаток дисциплины или отсутствие позитивной (или, напротив, негативной) установки. Словесные описания частных переживаний, свойственные уязвимым индивидам, часто считаются неточными (например, «Ты так злишься, потому что не желаешь с этим смириться»). В инвалидизирующих семьях принято сдерживать эмоциональные проявления, чрезмерно упрощать решение проблем, а также нетерпимо относиться к проявлениям негативного аффекта. Эмоциональная боль приписывается отсутствию мотивации, дисциплины или усилий. Индивиды в инвалидизирующем окружении также склонны прибегать к наказанию при попытках контролировать поведение. Подобный сценарий усугубляет эмоциональную уязвимость и нарушение регуляции индивида с ПРЛ, поведенческие реакции которого, в свою очередь, оказывают ответное влияние на инвалидизирующее окружение. Высокая распространенность сексуального насилия над детьми в данной популяции (Bryer, Nelson, Miller, & Kroll, 1987; Herman, 1986; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Wagner, Linehan, & Wasson, 1989) заставляет предположить, что сексуальное насилие может служить прототипом инвалидизирующих переживаний у детей. Взаимосвязь раннего сексуального насилия с ПРЛ, однако, довольно противоречива и вызывает различные интерпретации. С одной стороны, группа авторов (Silk, Lee, Hill, & Lohr, 1995) сообщила о том, что число поведенческих критериев ПРЛ коррелирует с выраженностью сексуального насилия в детском возрасте у группы пациентов с ПРЛ. С другой стороны, в недавно опубликованном обзоре (Fossati, Ma-deddu, & Maffei, 1999) говорится, что сексуальное насилие не является важным фактором риска ПРЛ.

Результатами подобного стереотипа взаимодействия являются нарушение эмоциональной регуляции и поведенческие паттерны, свойственные взрослому человеку с пограничным расстройством. Такой индивид не знает, как назвать эмоциональное возбуждение и как с ним справиться, как пережить эмоциональный дистресс, когда доверять своим эмоциональным реакциям как отражениям обобщенной интерпретации событий (Linehan, 1993a). В более благоприятном окружении внешняя валидизация частных переживаний, внутренние переживания приводят к формированию устойчивой идентичности. В семье индивида с ПРЛ, однако, частные переживания вызывают хаотичные реакции и встречаются равнодушно. В результате индивид учится не доверять своему внутреннему состоянию, пытается искать в окружении подсказки, как себя вести, что думать и чувствовать. Склонность полагаться на других исключает возможность развития

согласованного представления о своем «я». Эмоциональная дисфункция также мешает налаживанию и поддержанию стабильных межличностных отношений, которые основываются на устойчивом представлении о себе и способности управлять своими эмоциями. Склонность инвалидирующей семьи к опошлению или игнорированию проявления негативных эмоций также формирует стиль самовыражения, который впоследствии проявляется у взрослого человека с ПРЛ, — стиль, в котором причудливо сочетаются подавление и вытеснение эмоциональных переживаний с крайними поведенческими проявлениями. Такое поведение, как передозировка, нанесение резаных ран, ожогов, обладает важными свойствами регуляции аффекта; кроме того, оно довольно эффективно помогает получить помощь со стороны окружения, которое в противном случае игнорирует усилия по устранению сильной эмоциональной боли. С этой точки зрения свойственное ПРЛ дисфункциональное поведение можно рассматривать как неадаптивное раз- решение выраженного болезненного негативного аффекта.

Диалектические дилеммы

Поведенческие стереотипы пациента с ПРЛ описаны Лайнен (Linehan, 1993a) как набор из трех измерений поведения, определяемых противоположными полюсами. На одном конце каждого измерения находится поведение, которое подвержено наибольшему биологическому влиянию через нарушение эмоциональной регуляции; на другом конце находится поведение, которое получило социальное подкрепление со стороны инвалидирующего окружения. Лайнен описывает шесть видов поведения в этих измерениях и считает их вторичными мишенями вмешательства (другие мишени вмешательства обсуждаются ниже). Одна диалектическая дилемма представлена биологически обусловленной эмоциональной уязвимостью, с одной стороны (например, чувства утраты контроля над собой или падения в бездну), и социально обусловленного самообвинения, с другой стороны (например, ненависть и негодование по отношению к себе, отрицание своих достижений). В этом измерении поведения пациент с ПРЛ часто флуктуирует между приписыванием себе вины за эмоциональную боль и страдания и обвинением окружения в несправедливом к себе отношении; суицидальное поведение одинаково распространено на каждом из полюсов в виде направленной на себя враждебности или поведения, свидетельствующего о потребности в помощи. Второе измерение поведения — это биологическая склонность к «активной пассивности» (беспомощном подходе к решению проблем, требовании к другим принять решение) в отличие от так называемого социально опосредованного поведения показной компетентности (поведение в различных контекстах, часто более эффективное, чем действительная компетентность пациента). На любом полюсе этого измерения у пациента возникают чувства гнева, вины или стыда, а у психотерапевта появляется склонность неверно оценивать способности пациента. Третье измерение поведения — биологически опосредованная склонность пациента воспринимать жизнь как серию жестоких кризисов в отличие от социально обусловленного поведения «подавленной скорби» (т. е. неспособности переживать эмоции, связанные со значительной травмой или утратой). Пациент воспринимает каждый из полюсов так, что усиливается движение к противоположному; например, попытки подавить эмоциональные переживания, связанные с кризисом, могут привести к проблемному поведению, усугубляющему существующий

кризис. Как и в случае других диалектических дилемм, психотерапевт с пациентом должны выработать сбалансированную позицию, соответствующую синтезу полярностей.

Этапы психотерапии и цели вмешательства

Теоретически ДПТ предназначена для лечения пациентов с ПРЛ любой выраженности и происходит поэтапно. На этапе, предваряющем вмешательство, происходит подготовка клиента к психотерапии, он дает согласие продвигаться к целям вмешательства. Ориентация на конкретные цели и стратегии вмешательства, согласие двигаться к этим целям — вот основные моменты данного этапа, но они не утрачивают своего значения на всех этапах терапии. На этапе 1 психотерапии основной фокус делается на стабилизации пациента и достижении поведенческого контроля. Бесконтрольное поведение — проблемное, обусловленное выраженностью ПРЛ (например, у клиента с активными психотическими проявлениями) или сочетанием нескольких диагнозов (например, суицидальность у клиента с ПРЛ и сопутствующим паническим расстройством или депрессией). В целом критерии перевода пациента на этап 1 основаны на уровне текущего функционирования наряду с неспособностью пациента работать над другими целями, пока поведение и функционирование не будут поддаваться контролю. Как указывает Минц (Mintz, 1968), говоря о вмешательстве при суицидальных наклонностях, для мертвого пациента все формы психотерапии неэффективны. На последующих этапах цели вмешательства состоят в том, чтобы заменить «тихое отчаяние» нетравматичным эмоциональным переживанием (этап 2); достичь «обычного» счастья и несчастья, ослабить текущие расстройства и жизненные проблемы (этап 3); преодолеть ощущение несовершенства и достичь радости (этап 4). В итоге вмешательство ориентировано в первую очередь на установление контроля над действиями и только после этого на то, чтобы помочь пациенту чувствовать себя лучше, разрешить проблемы в жизни, избавиться от остаточных симптомов расстройства, обрести радость (и для некоторых — ощущение трансцендентности). Все известные на сегодняшний день исследования фокусировались на пациентах с выраженными проявлениями или множественными расстройствами, которые начинали вмешательство на первом этапе.

Предвмешательство: ориентация и приверженность терапии

Конкретные задачи ориентации двойственны. Во-первых, клиент и психотерапевт должны прийти к взаимно согласованному решению работать вместе. Как правило, первые одна — три сессии отводятся для того, чтобы клиент с психотерапевтом исследовали возможности для этого. Диагностическое собеседование, сбор анамнеза, формальный поведенческий анализ видов поведения, которые должны стать приоритетными мишенями терапии, могут проводиться во время начальных психотерапевтических сессий последовательно или параллельно.

Во-вторых, клиент с психотерапевтом должны оговорить свои ожидания в отношении друг друга на начальных этапах психотерапии. В случае необходимости психотерапевт старается модифицировать дисфункциональные убеждения клиента относительно процесса психотерапии. Обсуждаются вопросы выраженности и частоты ожидаемых изменений, цели вмешательства и его процедуры, а также различные мифы, которые могут иметься у клиента относительно процесса

психотерапии в целом. Кроме того, излагается диалектический/биосоциальный взгляд на ПРЛ.

Ориентация затрагивает несколько других моментов. Во-первых, ДПТ описывается как поддерживающая психотерапия, предполагающая налаженные отношения сотрудничества между клиентом и психотерапевтом. ДПТ не является программой профилактики самоубийства, это программа повышения качества жизни, где клиент и психотерапевт выступают одной командой, чтобы сделать жизнь стоящей. Во-вторых, ДПТ описывается как когнитивно-поведенческая психотерапия с основным акцентом на анализе проблемного поведения и замещении его адаптивным поведением, а также на изменении неэффективных убеждений и стереотипов ригидного мышления. В-третьих, клиенту сообщают, что ДПТ — психотерапия, ориентированная на приобретение навыков, с особым акцентом на тренинге поведенческих навыков. Стратегии ориентации и приверженности терапии, уравновешенные стратегиями валидации, описанными ниже, являются наиболее важными на данном этапе вмешательства.

Этап 1: достижение базовой компетентности

Главный фокус первого этапа психотерапии — налаживание достаточно стабильного и функционального образа жизни. Конкретные задачи в порядке важности: уменьшить частоту и выраженность суицидального поведения, поведения, препятствующего терапии и снижающего качество жизни, а также обрести поведенческие навыки. Эти задачи решаются последовательно, по мере появления видов поведения, требующих первоочередного внимания. У клиентов с выраженной дисфункцией и суицидальными наклонностями заметных успехов в решении задач этого этапа удастся достичь через год и более.

Помимо перечисленных мишеней терапии универсальной задачей всех этапов вмешательства остается поощрение диалектического поведения. В отличие от мишеней психотерапии, однако, эта задача почти никогда не обсуждается с клиентом, в основном из-за абстрактной природы и сложности концепции. Диалектическое мышление побуждает клиентов видеть реальность во всем ее многообразии, одновременно иметь противоположные мысли и учиться их интегрировать, спокойно себя чувствовать в условиях непоследовательности и противоречий. Для индивидов с ПРЛ, которые склонны к крайностям и двойственности мышления и поведения, это действительно непростая задача.

Диалектический акцент в равной мере применим и к стереотипам поведения, когда клиента поощряют интегрировать и уравновешивать эмоциональные и поведенческие реакции. В частности, диалектическое напряжение возникает в сферах приобретения навыков/самопринятия, решения проблем/принятия проблем, регуляции аффекта/толерантности к аффекту. Крайние поведенческие проявления, будь то эмоциональные, когнитивные или собственно поведенческие реакции, постоянно встречают противодействие, одновременно клиента обучают более адаптивным реакциям.

Суицидальное поведение. Естественно, сохранение жизни клиента — приоритетная задача любой психотерапии. Следовательно, главной целью ДПТ служит ослабление суицидального кризисного поведения (любого поведения, которое ставит клиента на грань самоубийства или угрожает это сделать, включая правдоподобные угрозы самоубийства, планирование, подготовку, добывание подходя-

щих средств, сильное намерение совершить самоубийство). Мишени и приоритеты в ДПТ обязательно провозглашаются (а не существуют подспудно, как во многих других психотерапевтических подходах), просто потому что суицидальное поведение и риск самоубийства вызывают глубочайшую обеспокоенность клиентов с ПРЛ. Аналогичным образом любое острое, намеренное самоповреждение (т. е. все случаи парасуицидального поведения) также привлекает первоочередное внимание. Это связано как с риском парасуицидального поведения (которое является наиболее важным предиктором последующего самоубийства), так и с внутренним конфликтом между игнорированием саморазрушающего поведения и самопомощи в виде психотерапии. Аналогичным образом ДПТ также направлена на суицидальную идеацию и ожидания клиента в отношении ценности и отдаленных последствий суицидального поведения, хотя эти виды поведения не обязательно становятся непосредственными мишенями.

Виды поведения, препятствующие психотерапии. Вторым приоритетом ДПТ является привлечение клиентов и психотерапевтов к совместной работе и сотрудничеству. И вновь в большинстве психотерапевтических подходов это обычно второй скрытый приоритет. Однако хронический характер большинства проблем у клиентов с ПРЛ, их склонность к досрочному прекращению психотерапии, а также высокая вероятность профессионального выгорания психотерапевта и ятрогенного поведения при терапии ПРЛ требуют явного внимания у этой популяции. Поведение клиента и психотерапевта, угрожающее отношениям или психотерапевтическому прогрессу, прорабатывается непосредственно, безотлагательно, последовательно, постоянно и, что особенно важно, до того, как психотерапевт или клиент окончательно потеряют терпение. На психотерапевтических сессиях рассматриваются такие виды поведения клиента, из-за которых он сам или другие клиенты не получают пользы от психотерапии (в условиях группы или среды), а также те виды поведения, который выходят за границы приемлемости для психотерапевта и вызывают его выгорание. С подачи клиента на терапевтических сессиях, а также на консультативных встречах с коллегами рассматриваются также некоторые виды ятрогенного поведения психотерапевта или такие, которые причиняют клиенту ненужные страдания, затрудняют прогресс.

Виды поведения, снижающие качество жизни. Третья мишень на этапе 1 — ослабление поведенческих стереотипов, которые серьезно мешают клиенту достичь приемлемого качества жизни. Типичные для этой категории виды поведения включают в себя злоупотребление психоактивными веществами; тяжелые расстройства пищевого поведения; рискованное бесконтрольное сексуальное поведение; выраженные финансовые затруднения (бесконтрольное расходование средств или азартные игры, неспособность вести свои финансовые дела); преступное поведение, которое с высокой вероятностью может повлечь тюремное заключение; дисфункциональное поведение, связанное с работой или учебой (стереотип ухода с работы или из школы, увольнение с работы или исключение из школы, неучастие в продуктивной деятельности); дисфункциональное поведение в семье (проживание со склонным к жестокому обращению партнером, отсутствие постоянного места жительства); стереотипы, связанные с психическим здоровьем (постоянные госпитализации, неспособность принимать необходимые лекарственные препараты или пагубное их употребление); проблемы со здоровьем (неспособность справиться с серьезными заболеваниями). Цель состоит в том,

чтобы клиент стал вести стабильный образ жизни, соответствующий разумным стандартам безопасности и адекватного функционирования.

Поведенческие навыки. Четвертая цель этапа 1 — обретение клиентом необходимых навыков в сферах толерантности к дистрессу, регуляции эмоций, межличностного общения, самоуправления, а также способности осознанно реагировать, не давая оценок (навыки созерцания). В нашей амбулаторной программе основная нагрузка тренинга навыков лежит на еженедельной группе навыков ДПТ. Специально назначенный психотерапевт наблюдает за приобретением и использованием навыков с течением времени и оказывает клиенту помощь в применении навыков в конкретных проблемных ситуациях.

Навыки созерцания считаются в ДПТ центральными и называются «ядерными» умениями. Эти навыки представляют собой поведенческую трансляцию медитативной (в том числе дзен) практики и включают в себя наблюдение, описание, спонтанное участие, безоценочность суждений, фокусирование сознания и фокусирование на эффективности. В отличие от стандартных поведенческих и когнитивных подходов, которые обычно фокусируются на изменении вызывающих страдание эмоций и событий, основной акцент в ДПТ делается на умении искусно переносить боль. Представляя естественное развитие навыков созерцания, навыки толерантности к дистрессу отражают способность переживать собственные мысли, эмоции и поведение без оценки и попыток их изменить или контролировать. Навыки регуляции эмоций имеют целью снижение этого эмоционального дистресса через экспозицию к первичным эмоциям в безоценочной атмосфере. Навыки регуляции эмоций включают в себя идентификацию аффекта и его обозначение, созерцание (т. е. безоценочное переживание) текущей эмоции, выявление препятствий к изменению эмоций, увеличение числа положительных эмоциональных событий, а также поведенческую экспрессивность в противовес эмоции. Тренинг межличностных умений развивает способность ставить цели в конфликтных ситуациях и видеть приоритет этих целей по отношению к поддержанию хороших отношений и самоуважения, а также обучает стратегиям, повышающим шансы достижения этих целей без ущерба для отношений и самоуважения. Преподаваемые в сочетании с другими поведенческими умениями навыки самоуправления включают в себя знание фундаментальных принципов научения и изменения поведения, способность ставить перед собой реалистичные цели, способность проводить анализ собственного поведения, а также способность проводить в жизнь планы преодоления непредвиденных ситуаций.

Этап 2: снижение посттравматического стресса

На этапе 1 ДПТ в режиме «здесь-и-теперь» корректируются дисфункциональные поведенческие и эмоциональные стереотипы. Хотя может быть исследована взаимосвязь между текущим поведением и предшествующими травматическими событиями (включая имевшие место в детстве), вмешательство отчетливо фокусируется на анализе взаимосвязи текущих мыслей, чувств и видов поведения, а также на принятии и изменении существующих стереотипов. Второй этап психотерапии нацелен на эмоциональную переработку предшествующих травматических событий через повторную экспозицию к связанным с ними сигналам в условиях психотерапии. Таким образом, главная цель этапа 2 — ослабить посттравматический стресс. На языке психодинамической психотерапии этап 1 представляет собой

«контейнирование» {*containment*}, а этап 2 — «вскрытие» {*uncovering*). Важными представляются, в частности, четыре мишени: вспоминание и принятие фактов ранних травматических событий; ослабление стигматизации и самообвинений, обычно присущих определенным типам травм; ослабление синдромов отрицания и навязчивых реакций, которые распространены у индивидов, переживших тяжелую травму; разрешение диалектического напряжения, связанного с возложением вины за травму.

Движение к этапу 2 начинается лишь тогда, когда предыдущие виды поведения-«мишени» полностью находятся под контролем. Подобно большинству специалистов, занимающихся ПТСР и последствиями жестокого обращения в детстве, ДПТ-психотерапевт не поощряет систематической экспозиции к травматическим стрессовым сигналам (или пошаговое «вскрытие») до того, как клиент успешно завершит этап 1. Прежде всего клиенты должны уметь противостоять стремлению к суициду и/или парасуициду; воздерживаться от выраженного дисфункционального поведения, такого как злоупотребление психоактивными веществами, неконтрольное сексуальное поведение или денежные траты; вести относительно стабильный образ жизни, включая постоянное место жительства и продуктивную ежедневную деятельность; приобрести минимальные навыки межличностного общения, регуляции эмоций, толерантности к дистрессу; ощущать безопасность в рамках психотерапевтических отношений сотрудничества. Иначе говоря, клиенты должны уметь справляться с эмоциями, связанными с психотерапевтической экспозицией к травматическим сигналам.

Этап 3: разрешение жизненных проблем и повышение самоуважения

На третьем этапе ДПТ нацелена на страдания и жизненные проблемы клиента. На этом этапе клиент уже проделал работу, необходимую для разрешения проблем, на предыдущих двух этапах или никогда не подвергался сильным страданиям, чтобы испытывать в этом нужду. Хотя проблемы на этом этапе продолжают оставаться серьезными, индивид удовлетворительно функционирует в основных сферах жизни. Перед клиентом стоит задача достичь уровня обычного счастья и несчастья, а также независимого самоуважения. К концу этапа клиенту помогают научиться ценить себя и верить в себя. Мишенями здесь являются способность оценивать собственное поведение, не становясь на защитную позицию, доверять собственным реакциям, иметь самооценку, не зависящую от мнения окружающих. В конечном счете психотерапевт должен отступить и настойчиво подкреплять самостоятельные попытки клиента по самооценке, самопомощи и решению проблем. Хотя не ставится цель полного избавления клиентов от клинической симптоматики, важно, чтобы они обрели достаточную веру в себя и могли бы общаться и зависеть от окружающих без снижения самооценки.

Этап 4: обретение способности радоваться

Заключительный этап вмешательства при ДПТ нацелен на преодоление чувства несовершенства и обретение способности радоваться. Задачи вмешательства — расширение осознания, удовлетворение духовных потребностей, движение к переживанию процесса. Для индивидов на этапе 4 особенно полезными могут оказаться долгосрочная инсайт-ориентированная психотерапия, духовные практики или другие организованные экзистенциальные вмешательства и/или жизненные переживания.

Структурирование вмешательства: функции и формы

Функции вмешательства

Вмешательство при ДПТ строится вокруг пяти основных функций, в частности:

- 1) повышения поведенческих возможностей за счет расширения поведенческого репертуара;
- 2) усиления мотивации пациента к изменению за счет уменьшения подкрепления дисфункционального поведения и высоковероятных реакций (когниций, эмоций, действий), которые мешают эффективному поведению;
- 3) обеспечения генерализации новых видов поведения из психотерапевтического к естественному окружению;
- 4) усиления мотивации и увеличения возможностей психотерапевта для проведения эффективного вмешательства;
- 5) структурирования окружения, чтобы подкреплялось эффективное поведение, а не дисфункциональное.

Формы и функции вмешательства: кто, что и когда делает

Ответственность за выполнение функций и достижение целей вмешательства в ДПТ распределяется по различным формам вмешательства, причем фокус и акцент варьируются в зависимости от формы психотерапии. Индивидуальный психотерапевт (который всегда играет в ДПТ главенствующую роль) имеет в виду определенные мишени, а также совместно с клиентом несет ответственность за организацию достижения целей вмешательства. При тренинге умений ставятся совсем другие задачи; во время телефонных звонков существует своя иерархия мишеней. При проведении консультаций/супервизии мишенью является поведение психотерапевтов. Психотерапевты, занятые более чем одной формой психотерапии (например, индивидуальной, групповой и телефонной психотерапией), должны придерживаться функций и порядка мишеней, специфичных для данной формы, и плавно переключаться с одной иерархии на другую при изменении формы вмешательства.

Индивидуальная психотерапия

ДПТ предполагает, что эффективное вмешательство должно учитывать возможности и недостатки поведенческих навыков, а также мотивационные и поведенческие аспекты, препятствующие использованию навыков при реакциях. Хотя существует множество способов реализовать эти принципы, в нашей клинике индивидуальный психотерапевт несет ответственность за обнаружение и устранение дефицита навыков и мотивационных проблем, а также за организацию других форм терапии с целью разрешения проблем в каждой области. Индивидуальные амбулаторные психотерапевтические сессии обычно назначаются один раз в неделю по 50-90 минут, хотя в период кризиса или в начале психотерапии они могут проводиться дважды в неделю.

Приоритеты конкретных мишеней в рамках индивидуальной психотерапии такие же, как общие приоритеты ДПТ, о которых шла речь выше. Психотерапевти-

ческий фокус на индивидуальных психотерапевтических сессиях зависит от мишени вмешательства, имеющей на данный момент наивысший приоритет. Этот порядок не меняется на протяжении всей психотерапии; вместе с тем актуальность мишеней подвержена изменению. Актуальность определяется недавним повседневным поведением клиента (с момента последней сессии) или текущим поведением на последней психотерапевтической сессии; проблемы, которые не обнаруживают себя в данный момент, считаются неактуальными. Если достигнут удовлетворительный прогресс в достижении одной из целей, конкретное поведение перестало представлять проблему или в настоящее время не проявляется, психотерапевт переключает внимание на следующую по порядку мишень вмешательства.

Следствие такого перераспределения приоритетов состоит в том, что при возникновении опасного суицидального поведения или парасуицидальных эпизодов, мешающих психотерапии или серьезно нарушающих качество жизни, часть сессии посвящается этим темам. Если подобные виды поведения в данный момент отсутствуют, тогда темы обсуждения на этапах 1 и 3 устанавливаются клиентом. Психотерапевтический фокус (в рамках любой обсуждаемой темы) зависит от этапа вмешательства, навыков, которые планируется улучшить, и вторичных мишеней. На этапе 1, например, любая проблемная или тематическая область может быть представлена в терминах межличностных аспектов и необходимых навыков, возможностей для регуляции эмоций и/или необходимости в толерантности к дистрессу. На этапе 3, независимо от темы обсуждения, психотерапевт фокусируется на том, чтобы помочь клиенту обрести независимое самоуважение, самооценку и самопринятие как на сессии, так и в повседневной жизни. (Конечно, эти мишени актуальны на протяжении всего вмешательства, однако на этапе 3 психотерапевт немного отступает и меньше делает за клиента, чем на предыдущих этапах.) Во время этапа 2 основной фокус делается на структурированной экспозиции к травматическим сигналам.

Для клиентов с выраженной дисфункцией вполне возможно, что раннее вмешательство будет фокусироваться исключительно на верхней части иерархии. Например, если в течение предшествующей недели имело место парасуицидальное поведение, ему уделяется первоочередное внимание в ущерб поведению, мешающему психотерапии. В свою очередь, фокусирование на поведении, мешающем психотерапии, имеет приоритет перед работой над улучшением качества жизни. Хотя часто на сессии имеется возможность работать над несколькими мишенями (включая предложенные клиентом), первоочередные мишени всегда имеют преимущество. Оценка актуальности поведения-«мишени» облегчается благодаря использованию дневниковых карт. Эти карты заполняются в течение как минимум первых двух этапов психотерапии и приносятся на еженедельные сессии. Если карта не заполнена или клиент забыл ее принести, это считается поведением, мешающим психотерапии. Ежедневные карты содержат записи о парасуицидальном поведении, суицидальной идеации, стремлении к парасуициду, «страданиях», употреблении психоактивных веществ (легальных или запрещенных), а также об использовании поведенческих навыков. Другие виды поведения-«мишени» (например, эпизоды булимии, ежедневная продуктивная деятельность, флэшбек-эффекты и т. д.) также могут фиксироваться на свободном пространстве карты. Психотерапевт, проводящий ДПТ, должен создать стереотип анализа

карт в начале каждой сессии. Если, судя по карте, имел место парасуицидальный эпизод, он подлежит обсуждению. Если зафиксирована выраженная суицидальная идеация, ее следует оценить, чтобы судить о риске самоубийства у клиента. Появление стереотипа злоупотребления психоактивными веществами или пагубной зависимости расценивают как угрозу качеству жизни.

Работа над намеченными видами поведения требует координированного набора стратегий вмешательства, которые описаны в данной главе. Существенно, что каждая сессия обязательно включает в себя структурированное и неструктурированное решение проблем (включая простые интерпретации со стороны психотерапевта), а также неструктурированную валидизацию. Количество времени, которое отводится психотерапевтом на каждую из этих процедур, решение проблем и валидизацию, зависит: 1) от безотлагательности требуемых изменений поведения или решения проблем; 2) от безотлагательности потребности клиента в валидации, понимании и принятии без признаков потребности изменений.

Тренинг умений

Необходимость кризисного вмешательства и внимание к другим вопросам сильно затрудняют приобретение навыков в рамках индивидуальной психотерапии. Таким образом, специальный компонент вмешательства непосредственно нацелен на приобретение поведенческих навыков. В нашей клинике это обычно проводится в форме самостоятельных еженедельных групповых тренинговых сессий продолжительностью 2-2,5 часа, которые клиенты должны посещать в течение первого года вмешательства. Тренинг навыков может также проводиться индивидуально, хотя часто труднее фокусироваться на обучении новым навыкам в формате индивидуальной терапии по сравнению с групповой. После того как клиент дважды пройдет все тренинговые модули (в течение одного года), дальнейшее участие в тренинге навыков становится личным делом и определяется потребностями конкретного клиента.

Тренинг навыков в ДПТ происходит в формате психологического просвещения. В отличие от индивидуальной психотерапии, где на повестке дня обычно стоит конкретная проблема, требующая разрешения, тематика тренинга определяется навыком, который предстоит освоить. Таким образом, главными задачами являются приобретение и закрепление навыков. Хотя прекращение опасного поведения клиента, представляющего серьезную угрозу жизни (например, потенциальное самоубийство или убийство), а также продолжению психотерапии (например, неявка на сессию, нападения на других клиентов во время группового тренинга навыков), по-прежнему служат объектом первоочередного внимания, менее выраженные виды поведения, мешающего терапии (например, отказ разговаривать в групповой обстановке, непрерывная ходьба во время сессий, критика психотерапевта и/или психотерапии), не привлекают столь пристального внимания при тренинге навыков, как во время индивидуальной психотерапии. Если заниматься проработкой подобного поведения, не останется времени на обучение поведенческим навыкам. В целом поведение, мешающее психотерапии, находится в режиме угашения, пока клиента «протаскивают» через тренинг навыков и одновременно успокаивают. В ДПТ все клиенты, проходящие тренинг навыков, должны одновременно участвовать в индивидуальной психотерапии. На протя-

жении всего времени каждый клиент должен прорабатывать другие свои проблемные виды поведения со своим основным психотерапевтом; при возникновении серьезного риска самоубийства психотерапевт, проводящий тренинг навыков (если это не основной психотерапевт), адресует данную проблему основному психотерапевту.

Хотя все описанные ниже стратегии применяются в индивидуальной психотерапии и тренинге навыков, их сочетание намеренно разнится. Приобретение навыков, закрепление и генерализация стратегий являются доминирующими подходами в тренинге навыков. Кроме того, тренинг навыков высокоструктурирован, гораздо в большей степени, чем психотерапевтический компонент. Половина каждой сессии отводится на проверку домашнего задания по практическому применению освоенных навыков, а другая половина посвящена описанию новых умений. За исключением случаев, когда проблемы межличностного общения серьезно мешают продвижению вперед, темы для обсуждения на тренинге навыков обычно определяются психотерапевтом.

Консультация по навыкам

Индивидуальная консультация по навыкам была введена в ДПТ в качестве новой формы терапии у клиентов с пагубным употреблением психоактивных веществ. Эта форма терапии выполняет функции повышения возможностей и генерализации умения решать проблемы естественного окружения за счет закрепляющих навыки упражнений, включая обзор домашнего задания, репетиции поведения, обратную связь и разучивание. Эта форма терапии обычно проводится одним из лидеров группы тренинга навыков, в результате налаживаются отношения пациента как минимум с одним из лидеров группы и улучшается посещаемость групповых занятий.

Консультация по телефону

Телефонные звонки между сессиями (или другие внутерапевтические контакты, когда ДПТ проводится в других условиях, например в стационарах) являются неотъемлемой частью ДПТ. Они выполняют три важных функции:

- 1) помогают заучить навыки и способствуют их генерализации;
- 2) с их помощью проводится экстренное кризисное вмешательство с одновременным разрывом связи между суицидальным поведением и вниманием психотерапевта;
- 3) создают контекст для восстановления психотерапевтической взаимосвязи без необходимости для клиента дожидаться очередной сессии.

Первоочередное внимание уделяется звонкам с просьбой о помощи, хотя фокус телефонной сессии может варьироваться в зависимости от сложности проблемы, которую надо разрешить, и времени, которым располагает психотерапевт для телефонных переговоров. В несложных и понятных ситуациях, когда сравнительно легко определить, что клиенту можно или нужно сделать, внимание уделяется главным образом помощи клиенту в использовании поведенческих навыков (вместо дисфункционального поведения) для решения проблемы. Напротив, в случае сложных или превосходящих возможности клиента проблем в фокусе оказывается уменьшение и толерантность к дистрессу, а также подавление дис-

функционального поведения, направленного на решение проблемы, до очередной психотерапевтической сессии. В последнем случае преодоление проблемы, послужившей причиной кризиса, не является задачей телефонных сессий.

За исключением необходимости предпринять конкретные шаги для спасения жизни клиента при угрозе самоубийства, все звонки с просьбой о помощи встречают максимально сходную реакцию. Это делается для того, чтобы разорвать связь между суицидальным поведением (идеацией, парасуицидом или кризисным поведением) и длительным телефонным контактом. Для этого психотерапевт может выбрать один из вариантов: отказаться отвечать на любые звонки (включая звонки в критических ситуациях при угрозе самоубийства) или же настаивать на том, чтобы клиент, позвонивший во время суицидального кризиса, звонил также в других критических или проблемных ситуациях. Как отмечает Лайнен (Linehan, 1993a), специалисты по суицидальному поведению в один голос утверждают, что склонные к суициду клиенты должны иметь возможность в случае необходимости связаться со своим психотерапевтом. Таким образом, при ДПТ делается выбор в пользу второго варианта, и клиента поощряют (иногда весьма настойчиво) звонить в случае кризисов, не связанных с суицидом. При ДПТ слишком редкие или частые звонки психотерапевту считаются поведением, мешающим психотерапии.

Главной задачей телефонных звонков своему психотерапевту является восстановление взаимосвязи. Клиенты с ПРЛ часто испытывают отсроченные эмоциональные реакции на взаимодействие, имевшее место во время психотерапевтических сессий. С позиции ДПТ неразумно заставлять клиентов ждать целую неделю, прежде чем они разберутся со своими чувствами; лучше позвонить и кратко поговорить «по душам». В этих ситуациях задача психотерапевта — успокоить и ободрить клиента. Глубинный анализ следует отложить до очередной сессии.

Психотерапевт, проводящий обучение навыкам, использует телефонные звонки по единственной причине: чтобы удержать клиента в психотерапии (включая, конечно, сохранение его жизни, когда в этом есть необходимость). Все другие проблемы решаются основным психотерапевтом, и суицидальные кризисы как можно скорее передаются под его наблюдение.

Структурирование окружения

Одним из существенных компонентов ДПТ служит внимание к непредвиденным обстоятельствам, которые могут возникнуть на протяжении программы вмешательства. Цель — убедиться, что предписанные клиенту правила и действия персонала подкрепляют использование поведенческих навыков, а не дисфункционального поведения. Это особенно важно в отношении суицидального поведения. Суть в том, что если клиенты могут получить необходимую помощь, лишь прибегнув к суицидальному или другому дезадаптивному поведению, сомнительно, что данное вмешательство будет эффективным. Для ДПТ, например, характерно составление контрактов с клиентами на продолжение психотерапии после определенного момента времени (скажем, через год), если их состояние будет улучшаться, в противном случае они подлежат направлению в другие программы вмешательства. Чрезвычайно важно как можно чаще «пробегаться» по всей программе вмешательства, чтобы проверить, не подкрепляется ли неадаптивное поведение.

Команда консультантов/супервизоров

В ДПТ считается, что эффективное вмешательство при ПРЛ возможно, если уделять столько же внимания поведению и переживаниям психотерапевта во время психотерапии, сколько уделяется клиенту. Терапия клиентов с ПРЛ — задача чрезвычайно сложная, при этом трудно бывает оставаться в психотерапевтических рамках ДПТ. Таким образом, обязательной составляющей психотерапии является работа с психотерапевтом. Каждый психотерапевт обязан взаимодействовать с консультантами/супервизорами, с одним человеком или целой группой. Консультативные встречи по ДПТ проводятся еженедельно, их посещают психотерапевты, проводящие в настоящее время ДПТ у клиентов с ПРЛ. Задачи консультирования/супервизии состоят в том, чтобы удерживать психотерапевта в терапевтических рамках и рассмотреть проблемы, возникающие по ходу вмешательства. Таким образом, главная цель — соблюдение принципов ДПТ каждым участником консультативной группы. Команда консультантов по ДПТ считается неотъемлемой частью данного подхода; иначе говоря, это групповая психотерапия для терапевтов. Каждый участник группы одновременно является клиентом и психотерапевтом.

Условия

ДПТ адаптирована для целого ряда условий, включая амбулаторные учреждения, стационары, дневные стационары и случаи неотложной госпитализации. Конкретные обстоятельства диктуют необходимость адаптации вмешательства к потребностям клиента и психотерапевта, а также имеющимся ресурсам. Следовательно, разделение труда меняется в зависимости от конкретной ситуации. Например, хотя тренинг навыков в нашей клинике принято проводить в формате групповой психотерапии, условия частной практики или небольшой клиники не позволяют этого делать ввиду отсутствия ресурсов или клиентов для организации группы. В подобном случае индивидуальный психотерапевт может встречаться с клиентом дважды в неделю: один раз — для индивидуальной психотерапии, а второй — для проведения тренинга. Другой возможностью является проведение удлиненной еженедельной сессии, примерно половина которой отводится на тренинг навыков (для этой цели может быть приглашен второй психотерапевт).

В нашей клинике индивидуальная психотерапия проводится в офисе психотерапевта, а групповые тренинги навыков — в классной комнате клиники. Иногда обстоятельства требуют перемещения в другие условия. Например, клиентов, проходящих хирургические или другие медицинские процедуры, посещают в стационаре или на дому после выписки. С некоторыми клиентами-подростками, которые сомневаются в необходимости психотерапии, приходится встречаться вне офиса, например в кафе, кегельбанах и машинах, особенно для налаживания контакта на первых порах.

Характеристики клиента

Для успеха ДПТ клиент должен обладать определенными характеристиками. Основными из них являются добровольное участие и готовность уделить терапии определенное время (обычно от шести месяцев до одного года). Эффективное проведение ДПТ предполагает наличие устойчивых отношений между психоте-

рапевтом и клиентом. Вначале психотерапевту необходимо приложить усилия, чтобы стать главным источником подкрепления в жизни клиента, а затем использовать свое влияние для индукции изменений у клиента. Поддержание отношений может быть использовано в качестве положительного подкрепления, только если клиент желает продолжать вмешательство; управление непредвиденными обстоятельствами, таким образом, серьезно нарушается, если клиент приходит не по своей воле. Вмешательство по решению суда может быть проведено, если клиенты дадут согласие на продолжение психотерапии, даже если решение будет отменено. Наш опыт показывает, что лучше работать с проживающими в данной местности. Клиенты, проживающие далеко и вынужденные тратить много времени на поездки, с большей вероятностью прекратят терапию досрочно. Для групповой психотерапии важно, чтобы клиент мог контролировать явное агрессивное поведение в отношении других людей. ДПТ разрабатывалась и оценивалась в популяции клиентов с ПРЛ, имеющих, вероятно, наиболее выраженные нарушения; все клиенты, проходившие вмешательство, имели в анамнезе неоднократные парасуициды. Однако вмешательство отличается гибкостью и может принести пользу лицам с менее серьезными нарушениями.

Характеристики психотерапевта

В отличие от других аспектов психотерапии, особенности психотерапевта, облегчающие проведение ДПТ, привлекали мало внимания. Однако недавно полученные данные свидетельствуют о том, что эффективная психотерапия клиентов с ПРЛ предполагает равновесие стратегий принятия и изменения (Shearin & Linehan, 1992). Это исследование также показало, что необвинительное восприятие психотерапевтом клиента также ассоциировано с менее выраженным суицидальным поведением.

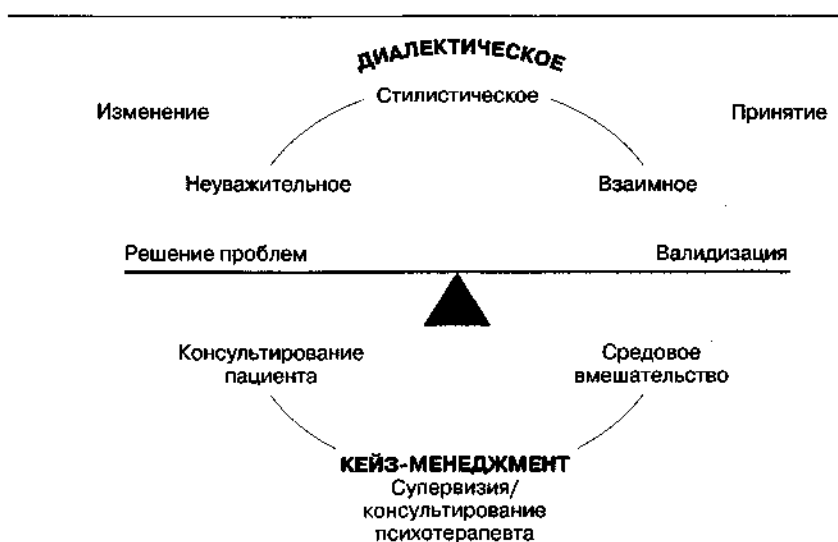
Лайнен (Linehan, 1993a) описывает необходимые психотерапевту характеристики в терминах трех биполярных измерений, которые следует уравнивать в ходе психотерапии. Первое измерение отражает баланс ориентации на принятие и ориентации на изменение. Во-первых, психотерапевт должен уметь подавлять оценочные установки (часто в весьма сложных обстоятельствах) и выражать принятие клиента, самого себя и психотерапевтических отношений, существующих в настоящий момент. Тем не менее психотерапевт продолжает сознавать, что психотерапевтические отношения возникли в связи с необходимостью изменения, а сам он несет ответственность за использование психотерапевтического влияния.

Во-вторых, психотерапевт должен уравнивать «направленную сосредоточенность» и «гибкость сопереживания». Направленная сосредоточенность — вера в себя, психотерапию, клиента. Гибкое сопереживание — умение воспринимать информацию о клиенте и соответственно менять свою позицию. Вполне вероятно, что гибкость отражает готовность исправлять свои неизбежные психотерапевтические ошибки.

Наконец, психотерапевт, занимающийся ДПТ, должен уметь сочетать выраженное «вскармливание» с «доброжелательной требовательностью». Вскармливание подразумевает обучение, помощь, придание клиенту сил, в то время как доброжелательная требовательность предполагает признание имеющихся способностей, подкрепление адаптивного поведения, отказ делать что-либо за клиента.

если клиент может это сделать для себя сам. А главное, умение требовать подразумевает веру в способность клиента к изменению; эффективный психотерапевт должен видеть своего клиента сильным.

Термин «стратегии вмешательства» при ДПТ относится к роли и фокусу внимания психотерапевта, а также к согласованному набору процедур, которые предназначены для достижения конкретных целей вмешательства. Хотя стратегии ДПТ обычно состоят из ряда шагов, применение стратегии не обязательно требует всех шагов. Гораздо важнее, что психотерапевт руководствуется основной идеей стратегии, не просто проводит клиента через ряд положенных процедур.



Форма 11.1. Стратегии вмешательства при ДПТ. Из Linehan (1993a). Copyright 1993 by The Guilford Press. Воспроизведено с разрешения (схема)

ДПТ использует пять наборов стратегий вмешательства для достижения ранее описанных поведенческих целей:

- 1) диалектические стратегии;
- 2) ядерные стратегии;
- 3) стилистические стратегии;
- 4) стратегии ведения клиента и
- 5) интегрированные стратегии.

Стратегии ДПТ представлены в форме 11.1. В рамках индивидуальной сессии и с данным клиентом может быть сделан акцент на те или иные стратегии, причем потребуются далеко не все стратегии. Далее приведено краткое обсуждение первых четырех типов стратегий вмешательства при ДПТ. Более подробное изложение содержится в руководстве по проведению вмешательства (Linehan, 1993a).

Диалектические стратегии

Диалектические стратегии пронизывают всю психотерапию, именно их использование позволяет говорить о «диалектическом» подходе. Существует три типа диалектических стратегий: стратегии структурирования психотерапевтом взаимодействий; стратегии определения и обучения поведенческим навыкам; некоторые специфические стратегии, применяемые по ходу вмешательства.

Диалектика взаимоотношений: баланс стратегий вмешательства

Диалектические стратегии в самом общем смысле этого слова связаны с тем, как психотерапевт уравнивает диалектическое напряжение в рамках психотерапевтических отношений. Как было отмечено выше, основной принцип диалектики в любой психотерапии, включая терапию клиента с ПРЛ, состоит в принятии того, что есть, и усилиях по его изменению. Диалектическая психотерапевтическая позиция заключается в постоянном внимании к сочетанию принятия с изменением, гибкости со стабильностью, вскармливания с требовательностью, фокусирования на возможностях с фокусированием на недостатках и ограничениях. Задача состоит в объединении противоположностей как в психотерапии, так и в жизни клиента, а также в создании условий для синтеза. Предполагается, что изменение можно вызвать, делая акцент на принятии, а принятие — акцентируя изменение. Переключение внимания на противоположности иногда происходит во времени (например, в течение всего взаимодействия), а не одновременно или в каждой части взаимодействия. Хотя большинство психотерапевтических подходов, включая когнитивные и поведенческие вмешательства, обращаются к вопросам равновесия, помещение концепции равновесия в центр вмешательства гарантирует, что психотерапевт не забудет о его важности.

Стратегии, делающие акцент на принятии, весьма сходны (иногда до идентичности) с теми, которые применяются в клиент-центрированной психотерапии, и пропагандируемые стратегиями *{management outreach strategies}*, которые используются в общей психиатрии. Стратегии, нацеленные на изменение, заимствованы преимущественно из когнитивной и поведенческой терапии, хотя конкретное их применение в ДПТ заметно перекликается со стратегическим и психодинамическим подходами. Такое разделение искусственно, поскольку в известной мере каждая стратегия нацелена на принятие и изменение. Действительно, лучшие подходы — те, которые сочетают в себе принятие и изменение. Общий акцент на равновесии (как в рамках психотерапии, так и за ее пределами) сходен с принципами системной и гештальт-терапии.

Обучение диалектическому поведению

Поведенческие крайности (когнитивные, эмоциональные или собственно поведенческие) и ригидность служат сигналами о том, что синтеза достичь не удалось, поэтому могут считаться недиалектическими. Напротив, надо стремиться к «среднему пути» *{middlepath}*, как в буддизме. Продвигаясь к озарению, важно не быть захваченным какой-либо крайностью и всегда следовать средним путем (Kyokai, 1966). Акцент на равновесии сходен с подходом, принятым в профилактике рецидивов, предложенной Марлаттом с коллегами (например, Marlatt & Gordon, 1985), при лечении наркотической зависимости. Таким образом, психотерапевт помога-

ет клиенту перейти от «или-или» к «и-и». Главное здесь — не обесценивать первую идею или полярность при утверждении второй.

Специфические диалектические стратегии

Существует восемь специфических диалектических стратегий вмешательства:

- 1) «вход в парадокс» и его использование;
- 2) использование метафор;
- 3) игра в «адвоката дьявола»;
- 4) «выход за пределы» (*extending*);
- 5) обращение к «мудрости» клиента (*wise mind*);
- 6) приготовление из лимонов лимонада (превращение недостатков в достоинства);
- 7) допущение естественного изменения (и непоследовательности даже в психотерапевтической среде);
- 8) диалектическая оценка с помощью вопроса «Что выпало из нашего внимания?».

В связи с ограниченностью места эти стратегии описаны ниже лишь выборочно. Подробное описание заинтересованный читатель найдет в руководстве по проведению ДПТ (Linehan, 1993a).

«*Вход в парадокс*». Это мощная техника, поскольку она содержит элемент неожиданности. Психотерапевт представляет парадокс, не объясняя его, и освещает парадоксальные противоречия в поведении, психотерапевтическом процессе и реальности в целом. Сущность стратегии состоит в отказе психотерапевта представить разумное объяснение; попытки клиента рассуждать логически встречаются молчанием, вопросом или историей, призванными пролить некоторый свет на ждущую своего решения загадку. Клиента подталкивают в поисках понимания двигаться к синтезу полярностей и разрешать дилемму самостоятельно.

Лайнен (Linehan, 1993a) описала ряд типичных парадоксов и соответствующего им диалектического напряжения, с которыми пришлось столкнуться в ходе психотерапии. Клиенты свободны в выборе собственного поведения, но они не могут продолжать психотерапию, если не работают над его изменением. Клиентов учат обретать большую независимость за счет приобретения навыков обращения за помощью к окружающим. Клиенты имеют право убить себя, но если им не удастся убедить психотерапевта, что самоубийство неотвратимо, их могут упрятать под замок. Клиенты не несут ответственности за то, какие они есть, но они ответственны за то, какими станут. Обращаясь к этим парадоксальным реалиям, клиент и психотерапевт борются и избавляются от ригидных стереотипов мышления, эмоций и поведения, чтобы дать дорогу более спонтанным и гибким стереотипам.

Использование метафор: притчи, мифы, аналогии и рассказы. Использование метафор, рассказов, притч и мифов имеет в ДПТ большое значение и дает альтернативные средства обучения диалектическому мышлению. Рассказы обычно интереснее, и их легче запомнить, они побуждают к поиску других смыслов обсуждаемого события. В целом идея метафоры состоит в том, чтобы взять то, что клиенту понятно, и использовать это в качестве аналогии непонятного. Творческое использование метафор способствует пониманию, предлагает решения проблем,

позволяет по-новому взглянуть на проблемы клиентов и психотерапевтического процесса.

Игра в «адвоката дьявола». Техника «адвоката дьявола» сходна с дискуссионным подходом, который применяется в рационально-эмотивной терапии и терапии когнитивного реструктурирования в качестве метода обращения к дисфункциональным убеждениям или проблемным правилам поведения клиента. Используя данную стратегию, психотерапевт высказывает утверждение в форме предположения, представляющее собой крайний вариант одного из дисфункциональных убеждений клиента, а затем выступает в роли адвоката дьявола, стараясь противодействовать попыткам клиента опровергнуть это крайнее утверждение или правило. Например, клиент может заявить: «Я такой толстый, что мне лучше умереть». Психотерапевт выступает в поддержку этого дисфункционального убеждения, например предположив, что если это верно для клиента, это должно быть верным и для окружающих; следовательно, все тучные люди должны бы умереть. Психотерапевт может развить эту тему дальше: «В связи с тем, что представление о тучности у разных людей разное, огромное число людей могут быть сочтены кем-то тучными. Значит, всем им лучше умереть!» или «О боже! У меня два лишних килограмма. Вероятно, мне тоже лучше умереть». Всякие возражения со стороны клиента следует оспаривать, прибегая к дальнейшим преувеличениям, пока ошибочность убеждения не станет очевидна.

Техника «адвоката дьявола» часто применяется на нескольких первых сессиях, чтобы заручиться поддержкой клиента продолжить терапию. Психотерапевт делится с клиентом соображениями о том, что психотерапия будет болезненной и трудной, поэтому неясно, как обосновать ее необходимость (и, следовательно, участие во вмешательстве). Как правило, в результате клиент занимает противоположную позицию, т. е. стремится к терапевтическим изменениям. Для успешной реализации этой техники необходимо, чтобы доводы психотерапевта представлялись достаточно разумными, чтобы вызвать у клиента возражения, причем излагаться эти доводы должны с честным видом, исподволь и наивно.

«Выход за пределы». Термин «выход за пределы» заимствован из айкидо, японской системы самообороны. В этом контексте выход за пределы происходит, когда изучающий айкидо ожидает, пока движение противника достигнет своего естественного завершения, а затем немного отдаляет конечную точку этого движения, делая противника уязвимым и лишая равновесия. В ДПТ выход за пределы заключается в том, что психотерапевт воспринимает сообщение клиента более серьезно, чем того ожидает клиент. Эта стратегия является эмоциональным эквивалентом техники «адвокат дьявола». Она, в частности, эффективна, когда клиент угрожает ужасными последствиями события или проблемы. Возьмем, к примеру, конкретного клиента, который угрожает самоубийством, если не будет назначена дополнительная встреча с психотерапевтом на следующий день. Когда попытки найти подходящее для обоих время провалились, между психотерапевтом (Т) и клиентом (К) происходит такой диалог.

К: Я должен встретиться с вами завтра, иначе я убью себя. Я больше не могу страдать в одиночестве.

Т: Гм, не думал, что вы так расстроены! Нам надо немедленно что-то предпринять, если вы так страдаете, что готовы себя убить. Как вы относитесь к госпитализации? Это как раз то, что нужно.

К: Я не пойду в больницу! Почему вы не хотите просто встретиться со мной?

Т: Как можно говорить о таких обычных вещах, как назначение сессии, когда ваша жизнь в опасности? Как именно вы собираетесь себя убить?

К: Вы же знаете. Почему бы вам не отменить или не перенести какую-нибудь из ваших встреч? Вы можете отложить встречу с одним из ваших студентов на более позднее время. Я больше не могу терпеть такие страдания!

Т: Я очень за вас беспокоюсь. Может быть, направить к вам «скорую помощь»?

Тот аспект диалога, который психотерапевт воспринимает серьезно (самоубийство как возможное следствие невозможности провести сессию), — вовсе не то, к чему хочет привлечь внимание клиент (потребность во встрече на следующий день). Психотерапевт воспринимает последствия серьезно и распространяет эту серьезность еще дальше. Клиент хочет, чтобы проблема воспринималась со всей серьезностью, и действительно усугубляет ее серьезность.

Приготовление из лимонов лимонада. Приготовление из лимонов лимонада сходно с принципом психодинамической терапии использовать сопротивление клиента; психотерапевтические проблемы рассматриваются как возможность по мочь клиенту. Стратегия предполагает обращение к действительно проблемным вопросам и извлечение из них пользы. Проблемы предоставляют возможность практиковаться в навыках; страдания позволяют окружающим выразить эмпатию; слабость становится силой. Опасность применения данной стратегии состоит в том, что ее часто путают с инвалидирующим рефреймингом, который часто слышат клиенты с ПРЛ. Психотерапевту следует избегать чрезмерного упрощения проблем клиента и воздерживаться от заявлений о том, что лимоны в жизни клиента в действительности являются лимонадом. Признавая глубину проблем, психотерапевт помогает клиенту найти положительные особенности ситуации и, следовательно, увидеть свет в конце туннеля.

Ядерные стратегии: валидизация

Стратегии валидизации и решения проблем наряду с диалектическими стратегиями составляют ядро ДПТ и основу вмешательства. Ядерные стратегии ДПТ перечислены в форме 11.2. Стратегии валидизации, по сути дела, являются стратегиями принятия, в то время как стратегии решения проблем — это стратегии изменения. Как валидирующие стратегии, так и стратегии, направленные на решение проблем, применяются при каждом взаимодействии с клиентом, хотя относительная частота их применения зависит от конкретного клиента и текущей ситуации, от уязвимых мест клиента. Многие тупики вмешательства объясняются явным преобладанием одного типа стратегии над другим. В этом разделе пойдет речь о стратегиях валидизации, а подходы к решению проблем будут описаны ниже. Клиенты с ПРЛ производят впечатление людей, испытывающих сильную эмоциональную боль. Они молят, а иногда даже требуют, чтобы психотерапевт что-либо предпринял для изменения положения дел. Может возникнуть искушение сосредоточить силы на изменении клиента за счет модификации его иррациональных убеждений, мыслей или схем; критики межличностного поведения или мотивов, ответственных за проблемы в общении; назначения лекарственных препаратов для изменения аномальной биологии; снижения чрезмерной эмоциональной реактивности и т. д. Во многих отношениях подобное фокусирование делает то же самое, что и инвалидирующее окружение, подтверждая худшие опасения

клиента: главная проблема заключается именно в клиенте, и он не может доверять собственным реакциям на события. Неверие и сомнения в правильности собственных реакций, однако, являются негативными чувствами и могут привести к возникновению сильного страха, гнева, стыда или их сочетанию. Таким образом, направленность психотерапии, ориентированной исключительно на изменения, будет негативной, поскольку в результате усиливается самообесценивание.



Форма 11.2. Ядерные стратегии ДПП (схема)

Валидизация (согласно Оксфордскому словарю; Simpson & Weiner, 1989) означает «действия по обоснованию или... укреплению, подкреплению, подтверждению; установлению или ратификации». Акт валидизации есть «поддержка или подтверждение с вескими основаниями... доказательство истинности или валидности чего-либо» (Webster's Dictionary, 1991). Сообщить о валидности реакции — значит сказать, что она «обоснована или оправдана: одновременно имеет смысл и отношение к делу... логически верна... адекватна в данной ситуации [или эффективна]... заслуживает серьезного внимания и [обычно] принятия» (Webster's Dictionary, 1991). Быть «валидным» — значит иметь поддержку со стороны объективной истины или общепризнанного авторитета» (Webster's Dictionary, 1991); «быть основанным на фактах или установленных принципах, а также применимым к данному случаю или обстоятельствам» (Simpson & Weiner, 1989); быть

«обоснованным и сильным», «ценным или стоящим», «эффективным» (Simpson & Weiner, 1989). Именно эти смыслы ассоциируются с данным термином при его употреблении в контексте психотерапии при ДПТ.

Суть валидации состоит в следующем: психотерапевт сообщает клиенту, что его реакции (ответы) имеют смысл и вполне понятны в контексте жизненных обстоятельств или ситуации. Психотерапевт активно принимает клиента и сообщает ему о своем принятии. Психотерапевт серьезно относится к реакциям клиента, не обесценивает их и не превращает в банальность. Стратегии валидации требуют от психотерапевта поиска, распознавания и отражения клиенту валидности его реакций на события. Детей, которые плохо себя ведут, родителям приходится «ловить» на хорошем поведении, чтобы подкрепить его; аналогичным образом психотерапевт должен обнаруживать валидность в реакциях клиента, иногда усиливать ее, а затем подкреплять (Linehan, 1993a, p. 222-223).

Здесь важно отметить два момента. Во-первых, валидизация означает признание того, что валидно. Она не делает это валидным. При этом не валидное не валидизируется. Психотерапевт наблюдает, переживает и подтверждает, но не создает валидности. Во-вторых, «валидный» и «научный» не являются синонимами. Наука — один из способов определить, что является валидным, логическим, принципиально обоснованным и/или общепринятым как авторитетное или нормативное знание. Однако аутентичные переживания или опасения конкретных событий (во всяком случае, когда окружающие чувствуют то же самое или когда переживания согласуются с другими, более очевидными событиями) также дают основание говорить о валидности.

Валидизацию можно рассматривать на любом из шести уровней. Каждый уровень является более полным, чем предшествующий, при этом каждый зависит от одного или нескольких предшествующих уровней. Первые два уровня валидации включают действия, которые обычно определяют как эмпатию, а третий и четвертый уровни сходны с эмпатической интерпретацией в том смысле, в каком эти термины употребляются в литературе по психотерапии. Хотя мы уверены в том, что большинство психотерапевтов используют и поддерживают уровни 5 и 6 валидации, в литературе о них упоминается крайне редко. В ДПТ, однако, они имеют определяющее значение и должны присутствовать в каждом взаимодействии с клиентом. Эти уровни наиболее подробно описаны в работе Лайнен (Linehan, 1997), а приведенные ниже определения заимствованы оттуда.

Валидизация [уровень 1] предполагает слушание и наблюдение за тем, что клиент говорит, чувствует и делает, а также приложение активных усилий для понимания сказанного и увиденного. Сущность этой процедуры заключается в том, что психотерапевт проявляет интерес к клиенту. Психотерапевт уделяет внимание всему, что клиент говорит и делает. Психотерапевт замечает нюансы реакций в процессе взаимодействия. Валидизация [на уровне 1] подразумевает, что клиент сам по себе, а также его присутствие, слова, реакции на сессии обладают «способностью привлекать серьезное внимание и [обычно] вызывать принятие» (см. определения валидации выше) (p. 360-361).

Второй уровень валидации — это точная рефлексия собственных чувств, мыслей, убеждений и поведения клиента. Психотерапевт передает своим поведением, что понимает клиента, слышит то, что он сказал, видит то, что он делает, как реагирует. Валидизация на втором уровне утверждает, удостоверяет, что человек такой, какой он есть в действительности (p. 362).

[На уровне 3] валидации психотерапевт сообщает клиенту свое понимание аспектов переживаний и реакций на события, о которых клиент прямо не сообщал. [На уровне 3] психотерапевт «читает» поведение клиента и делает вывод о том, что клиент чувствует, чего хочет, о чем думает, что делает, опираясь на то, что происходит с клиентом. Устанавливается связь между событием-предпосылкой и поведением без получения сведений о самом поведении. Эмоции и смыслы, которые клиент не выразил, психотерапевт озвучивает (р. 364).

[На уровне 4] поведение валидируется с точки зрения его причин. Валидизация основывается на идее, что любое поведение вызывается происходящими событиями и, следовательно, в принципе понятно. Поведение оправдывается тем, что клиенту показывают его причину. Хотя для выявления всех возможных причин может не быть достаточной информации, чувства, мысли и действия клиента имеют смысл в контексте его текущих переживаний, физиологии и жизненных обстоятельств. Как минимум всегда можно оправдать поведение в терминах достаточных причин, т. е. что обязательно вызывает такое поведение и имеет место в данном случае (р. 367).

[На уровне 5] психотерапевт сообщает, что поведение оправданно, разумно, обоснованно, осмысленно и/или эффективно в терминах текущих событий, нормативного биологического функционирования и/или основных жизненных целей клиента. Психотерапевт отыскивает и рефлексировать мудрость или валидность реакции клиента и сообщает о том, что реакция эта понятна. Психотерапевт находит в окружении подходящие факты, которые поддерживают поведение клиента. Психотерапевт не позволяет отвлечься на дисфункциональность некоторых стереотипов реакций клиента и замечает те аспекты реагирования, которые адекватны или соответствуют контексту. Таким образом, психотерапевт отыскивает реакции клиента по присущим им аккуратности, адекватности или разумности (а также комментирует дисфункциональность большинства реакций в случае необходимости) (р. 370-371).

[На уровне 6] задача состоит в том, чтобы признавать человека таким, какой он есть, видеть и реагировать на его сильные стороны и возможности, проявляя последовательное эмпатическое понимание к реально существующим трудностям и недостаткам. Психотерапевт верит в клиента, в его способность к изменению и движению к конечным жизненным целям. Клиенту отвечают, как человеку равного статуса, заслуживающему равного уважения. Валидизация на высшем уровне есть валидизация индивида как «сущего». Психотерапевт видит больше, чем роль, больше, чем «клиента» или «расстройство». Валидизация на уровне [6] противоположна снисходительному обращению с клиентом как с хрупким созданием. Реакция на индивида предполагает, что он способен вести себя эффективно и разумно, а не является несостоятельным. Если [уровни 1-5] представляют собой последовательные шаги валидации, отличающиеся лишь количественно, то [уровень 6] отражает изменение уровня и типа валидации (р. 377).

Стратегии ободрения представляют другую форму валидации и являются основными стратегиями преодоления активной пассивности и склонности к безнадёжности у клиентов с ПРЛ. Ободряя, психотерапевты выражают убежденность в том, что клиенты делают все, от них зависящее, и валидируют способность клиентов в конце концов преодолеть свои трудности (тип валидации, который при правильном проведении одновременно обесценивает восприятие клиентами собственной беспомощности). Кроме того, психотерапевты выражают веру в психотерапевтические отношения, дают заверения, отмечают малейшие признаки улучшения. В рамках ДПТ ободрение используется в каждом психотерапевтическом взаимодействии. Хотя активное ободрение со стороны психотера-

певтов должно ослабевать по мере того, как клиенты учатся доверять себе и своим реакциям, стратегии ободрения всегда остаются существенным компонентом сильного психотерапевтического альянса.

Ядерные стратегии: решение проблем

Ранее мы обсуждали, что терапевтические подходы, преимущественно фокусирующиеся на изменении клиента, обычно переживаются клиентами с ПРЛ как инвалидирующие. Вместе с тем терапевтические подходы, сфокусированные исключительно на валидации, не менее проблематичны. Призывы к принятию текущей ситуации приносят мало утешения индивиду, который считает свою жизнь полной невыносимых страданий. В рамках ДПТ стратегии решения проблем являются «ядерными» стратегиями изменения, цель которых — поощрять активный подход к решению проблем. Для клиентов с ПРЛ, однако, применение этих стратегий сопряжено с трудностями. Психотерапевт должен иметь в виду, что в этой популяции неизбежны проблемы. При работе с клиентами, страдающими ПРЛ, особенно важными представляются сочувственное понимание и вмешательства, нацеленные на создание положительного настроения. Уже описанные стратегии валидации, а также стратегии неуважительного общения, о которых пойдет речь ниже, могут оказаться здесь весьма полезными.

В рамках ДПТ решение проблем представляет собой двухэтапный процесс, который сначала направлен на понимание и принятие избранной проблемы, а затем на выработку альтернативных решений. Первый этап предполагает:

- 1) поведенческий анализ;
- 2) проникновение в суть повторяющихся поведенческих контекстуальных стереотипов;
- 3) проведение психологического просвещения относительно принципов поведения, норм и т. д.

Второй этап направлен на собственно изменение посредством:

- 4) анализа возможных решений проблем;
- 5) ориентации клиента на психотерапевтические процедуры, способные привести к желаемым изменениям;
- 6) стратегий, разработанных для повышения готовности к выполнению этих процедур.

Следующие разделы посвящены поведенческому анализу, анализу решений и процедурам решения проблем.

Поведенческий анализ

Поведенческий анализ — одна из наиболее важных стратегий ДПТ. Это также наиболее трудная процедура. Цель поведенческого анализа состоит в том, что сначала надо выбрать проблему, затем эмпирически определить ее причины, препятствия на пути к ее разрешению, а также имеющиеся для ее разрешения средства. Поведенческий анализ затрагивает четыре основных вопроса.

1. Подкрепляются ли неэффективные виды поведения, имеют ли эффективные виды поведения негативные следствия, откладываются ли вознаграждения?

2. Обладает ли клиент необходимыми поведенческими умениями для регуляции своих эмоций, для эффективной реакции на конфликт и управления собственным поведением?
3. Имеются ли стереотипы избегания, не блокируются ли эффективные виды поведения необоснованными страхами и чувством вины?
4. Сознает ли клиент возникновение в своем окружении непредвиденных обстоятельств, или же эффективные виды поведения тормозятся ошибочными убеждениями либо предположениями?

Ответы на эти вопросы помогут психотерапевту в выборе адекватных процедур вмешательства, например стратегии контроля обстоятельств, тренинг поведенческих навыков, экспозиция или когнитивная модификация. Таким образом, ценность анализа заключается в том, чтобы помочь психотерапевту всесторонне оценить и понять проблему, выработать на нее эффективный психотерапевтический отклик.

Первый шаг в проведении поведенческого анализа — помочь клиенту идентифицировать проблему, которую предстоит проанализировать, и описать ее в поведенческих терминах. Определение проблемы обычно происходит в результате обсуждения событий предшествующей недели, часто в контексте анализа карточек с дневниковыми записями. Обращение к фактам, которые в настоящее время отсутствуют, является, вероятно, наиболее распространенной ошибкой на этом этапе. Вслед за определением проблемы проводится детальный, пошаговый анализ цепи событий, приведших к данному поведению и последовавших за ним.

При анализе цепи событий психотерапевт составляет своеобразную карту того маршрута, которым клиент пришел к дисфункциональным реакциям, в том числе отмечая начало пути и указывая возможные альтернативные, более адаптивные маршруты к той же цели. Дополнительные задачи состоят в том, чтобы идентифицировать события, которые автоматически вызывают неадаптивное поведение, недостаток поведенческих навыков, связанный с поддержанием проблемных реакций, внешние и внутренние события, мешающие проявлению более адекватных видов поведения. Главная цель — выяснить функцию поведения или, другими словами, какую проблемы призвано решать данное поведение.

Анализ цепи событий всегда начинается с конкретного внешнего события. Выявить такое событие бывает трудно, поскольку клиенты часто не могут указать что-либо в своем окружении, что дало толчок проблемной реакции. Тем не менее важно получить описание событий, совпадающих по времени с возникновением проблемы. Затем психотерапевт пытается установить внешние и поведенческие события, предшествовавшие каждому звену цепи. Здесь психотерапевт должен выступить в роли внимательного наблюдателя, анализируя каждый мельчайший поведенческий акт. Психотерапевт спрашивает клиента: «Что произошло потом?» или «Как вы перешли от этого к тому?» Хотя самому клиенту эти взаимосвязи могут представляться очевидными, психотерапевт должен проявлять осторожность и не делать скоропалительных выводов. Например, клиентка, пытавшаяся совершить самоубийство, как-то раз заявила, что решила убить себя, потому что ее жизнь полна страданий и не стоит того, чтобы жить. С позиции клиентки это вполне убедительное обоснование попытки самоубийства. Для психотерапевта, однако, лишение себя жизни потому, что жизнь полна страда-

ний, представляется одним из возможных решений. Человек, решивший, что его жизнь полна страданий, может прийти к выводу, что ее надо изменить. Или же можно посчитать, что смерть сопряжена с еще большими страданиями, поэтому лучше остаться в живых. В этом примере тщательный расспрос позволил выяснить, что клиентка действительно полагала, что умереть лучше, чем жить. Оспаривание этого убеждения стало ключом к прекращению ее настойчивых попыток самоубийства.

Не менее важно отметить, какие последствия поддерживают проблемную реакцию. Аналогичным образом психотерапевт должен обращать внимание на следствия, которые способствуют ослаблению проблемного поведения. Как и в случае событий-предпосылок, психотерапевт исследует средовые и поведенческие последствия, получает детальные описания эмоций, телесных ощущений, действий, мыслей и допущений. Необходимо иметь хотя бы минимальные представления о правилах научения и принципах подкрепления.

Заключительный шаг в поведенческом анализе — выдвижение и проверка гипотезы о событиях, имеющих отношение к возникновению и поддержанию проблемного поведения. Согласно биосоциальной теории, в развитии ПРЛ играют роль несколько важных факторов. Например, ДПТ фокусируется на интенсивных или негативных эмоциональных состояниях; устранение негативного аффекта обычно считается одним из важнейших мотивов дисфункционального поведения при ПРЛ. Теория также предполагает наличие характерных поведенческих стереотипов, таких как недостаточно развитое диалектическое мышление или поведенческие навыки, которые с высокой вероятностью способствуют возникновению и поддержанию проблемных реакций.

Анализ решений

После того как проблема выявлена и проанализирована, начинается ее разрешение, т. е. активный поиск и выявление альтернативных решений. Иногда решения предлагаются уже во время поведенческого анализа, указания этих альтернативных решений может оказаться достаточно. В другой раз возникает необходимость в более полном анализе решений. Задача состоит в том, чтобы методом «мозгового штурма» выработать максимальное число возможных решений. Далее предстоит оценить решения с точки зрения ожидаемых исходов. Заключительный шаг при анализе решений — это выбор решения, которое окажется в той или иной степени эффективным. В процессе оценки психотерапевт руководит выбором конкретного поведенческого решения. Здесь предпочтительно, чтобы психотерапевт обращал внимание на долгосрочные, а не сиюминутные результаты, при этом выбранное решение должно быть максимально выгодно клиенту, а не его окружению.

Процедуры решения проблем

В ДПТ используются четыре процедуры, направленные на решение проблем и заимствованные непосредственно из литературы по когнитивному и поведенческому вмешательству. Тренинг умений и навыков, процедуры преодоления непредвиденных обстоятельств, экспозиция и когнитивная модификация считаются основными средствами изменения, поскольку оказывают влияние на направленность изменений. Хотя они описываются у Лайнен (Linehan, 1993a) как само-

стоятельные процедуры, в клинической практике их иногда бывает трудно разграничить. Эффективность одной психотерапевтической цепочки связана с тем, что клиент осваивает новые навыки (тренинг навыков), изменяются предпосылки поведения клиента (процедуры преодоления непредвиденных обстоятельств), проводится экспозиция к раздражителям, ранее, но не сейчас ассоциировавшимся с угрозой (экспозиционные процедуры), меняются дисфункциональные убеждения клиента или схематичная переработка событий (когнитивная модификация). В отличие от многих программ когнитивного и поведенческого вмешательства, описанных в литературе, эти процедуры (за некоторыми исключениями, о которых пойдет речь ниже) применяются в неструктурированной манере, в контексте психотерапевтического диалога. Таким образом, хотя психотерапевт должен быть осведомлен о принципах, влияющих на эффективность каждой процедуры, он обычно использует их, непосредственно реагируя на события во время сессии. Исключение представляет тренинг навыков, где доминируют соответствующие процедуры, и этап 2, где велик удельный вес процедур экспозиции.

Тренинг навыков. На протяжении всей ДПТ делается акцент на приобретении новых навыков. Как во время индивидуальной, так и групповой психотерапии терапевт использует любую возможность для активного приобретения клиентом поведенческих навыков. Термин «навык» в данном случае является синонимом «умения» и включает в себя в широком смысле когнитивные, эмоциональные и собственно поведенческие умения, а также их интеграцию, необходимую для эффективного функционирования. Тренинг навыков становится актуальным, когда решение предполагает наличие навыков, которые отсутствуют в поведенческом репертуаре клиента, или когда индивид не может интегрировать разрозненные виды поведения. Тренинг навыков в ДПТ включает в себя три типа процедур:

- 1) приобретение навыков (обучение, рекомендации);
- 2) закрепление навыков (поощрение *in vivo* и в рамках сессии, ролевая игра, обратная связь);
- 3) генерализация навыков (телефонные звонки по поводу использования навыков, запись психотерапевтических сессий на аудиокассеты, чтобы можно было прослушивать между сессиями, домашние задания).

Процедуры управления непредвиденными обстоятельствами. Каждая реакция в межличностном взаимодействии служит потенциальным подкреплением, наказанием или лишением подкрепления. Для управления непредвиденными обстоятельствами психотерапевтам следует строить свое поведение так, чтобы подкреплять желательное поведение клиентов, угашать неадаптивное поведение или способствовать возникновению негативных последствий. Наиболее важным фактором воздействия на большинство клиентов с ПРЛ является поведение психотерапевта в общении с таким клиентом. Умение психотерапевта оказать влияние на поведение клиента непосредственно связано с близостью отношений между ними. Таким образом, процедуры по преодолению непредвиденных обстоятельств наименее действенны на ранних этапах вмешательства (за исключением, вероятно, тех случаев, когда психотерапевт — единственная авторитетная фигура). Первое требование к эффективному управлению непредвиденными обстоятельствами состоит в том, что психотерапевт обращает внимание на поведение

клиента и подкрепляет те его виды, которые способствуют достижению целей ДПТ. Не менее важно, чтобы психотерапевт старался не подкреплять видов поведения, которые следует угащать. В теории это представляется очевидным, но на практике бывает довольно трудно. Проблемное поведение клиентов с ПРЛ часто довольно эффективно способствует получению подкрепления или прекращению страданий. Действительно, те самые виды поведения, которые требуют угащания, время от времени получают подкрепление со стороны специалистов по психическому здоровью, членов семьи и друзей.

Управление непредвиденными обстоятельствами иногда требует использования негативных последствий, что сходно с «установлением границ» в других терапевтических подходах. Здесь важно учитывать три момента. Во-первых, наказание должно «соответствовать преступлению», причем клиент должен иметь возможность прекратить наказание. Например, в ДПТ после парасуицидального акта проводится подробный поведенческий анализ; такой анализ обычно становится для клиентов неприятной процедурой. Однако после его завершения клиенты обретают способность предлагать другие темы для обсуждения. Во-вторых, психотерапевты должны прибегать к наказанию с большой осторожностью, в малых дозах и кратковременно, а после улучшения поведения клиента немедленно должна быть восстановлена дружеская атмосфера. В-третьих, наказание должно быть достаточно сильным, чтобы оказать соответствующее воздействие. Хотя самое сильное наказание — прекращение психотерапии, предпочтительная стратегия состоит во временном отстранении клиентов от психотерапии. Этот подход применяется, когда все другие приемы управления непредвиденными обстоятельствами не дали эффекта или когда ситуация стала настолько серьезной, что вышла за приемлемые для психотерапевта профессиональные или личностные границы. При использовании данной стратегии психотерапевт четко определяет, какое именно поведение должно быть изменено, и сообщает клиенту, что он может вернуться, когда требуемое условие будет выполнено. Психотерапевт периодически поддерживает с клиентом контакт по телефону или письменно, помогает ему советом. (Грубо говоря, психотерапевт вышвыривает клиента, а затем манит обратно.)

Охрана границ представляет собой особый случай управления непредвиденными обстоятельствами и включает в себя применение проблем-решающих стратегий к тому поведению клиента, которое угрожает или выходит за границы приемлемости для психотерапевта. Подобное поведение нарушает способность или препятствует желанию психотерапевта проводить терапию, следовательно, относится к антитерапевтическим. Психотерапевты должны взять на себя ответственность за охрану своих собственных личностных границ, четко сообщая клиентам о приемлемости или неприемлемости конкретного поведения. В противном случае произойдет профессиональное выгорание психотерапевта, терапия будет прекращена или будет нанесен иной ущерб клиентам.

ДПТ отдает предпочтение естественным, а не случайным границам. Таким образом, границы будут сильно варьироваться у разных психотерапевтов и даже у одного и того же психотерапевта в зависимости от времени и обстоятельств. Границы устанавливаются для блага психотерапевта, а не клиента. В результате клиенты могут спорить о том, каковы их собственные интересы, однако они не могут судить о том, что хорошо для их психотерапевтов.

Когнитивная модификация. Важнейшее сообщение, которое передается клиентам при ДПТ, заключается в том, что когнитивные искажения с равной вероятностью могут быть вызваны эмоциональным возбуждением и быть основной причиной такого возбуждения. Суть в том, что источником страданий клиента служит чрезвычайно стрессовое жизненное событие, а не искажение событий, которые в действительности вполне невинны. Хотя при этом используется прямое когнитивное реструктурирование вроде процедур Бека с коллегами и Эллиса (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck et al, 1990; Ellis, 1962, 1973), оно не играет решающей роли в ДПТ. Напротив, постоянно используются стратегии прояснения обстоятельств (*contingency clarification*), освещающая взаимосвязь событий «здесь и сейчас». Акцент делается на выявлении непосредственных и отсроченных последствий поведения клиента (как для него самого, так и для окружающих), прояснении эффектов конкретных ситуаций для реакций клиента, а также исследовании вероятных обстоятельств, с которыми клиентам предстоит столкнуться в будущем. Происходит ориентация клиента на ДПТ в целом, а также на процедуры вмешательства по мере их применения.

Экспозиция. Все направленные на изменение процедуры в ДПТ можно представить себе как стратегии экспозиции. Многие принципы экспозиции, применяемые в ДПТ, были разработаны исследователями техник экспозиции (Foa & Kozak, 1986; Foa, Steketee, Grayson, 1985). Эти стратегии действуют за счет переобусловливания дисфункциональных связей, формирующихся между раздражителями (например, аверсивный стимул, госпитализация могут оказаться связанными с положительным стимулом, больничным уходом; поэтому пациент впоследствии может стремиться к госпитализации), или между реакцией и стимулом (например, адаптивная реакция, здоровое выражение эмоций влекут за собой аверсивное последствие, отвержение со стороны любимого человека; пациент впоследствии будет стараться подавить эмоции). Как отмечалось ранее, психотерапевт, проводящий ДПТ, занимается анализом цепи событий для выявления сигнального, проблемного поведения (включая эмоции), а также последствий поведения. Работая в рамках поведенческой психотерапии, психотерапевт действует в соответствии с тремя рекомендациями по проведению ДПТ. Во-первых, экспозиция к сигналу, предшествующему проблемному поведению, не следует подкреплять (например, если пациент опасается, что обсуждение парасуицидального поведения приведет к отвержению со стороны психотерапевта, психотерапевт не должен подкреплять страхи клиента, осуждая его). Во-вторых, дисфункциональные реакции блокируются в порядке иерархии, т. е. первичной и вторичной мишени вмешательства (например, парасуицидальное поведение, связанное со стыдом, блокируется, если заручиться согласием пациента выбросить припрятанные лекарства). В-третьих, подкрепляются действия, противоположные дисфункциональному поведению (например, психотерапевт подкрепляет желание пациента обсудить болезненные, связанные со стыдом виды парасуицидального поведения).

Психотерапевтическая экспозиция проводится неформально на протяжении всей психотерапии и формально — на этапе 2, когда клиент систематически подвергается экспозиции к сигналам предшествующих травматических событий. Проводя экспозицию при ДПТ, психотерапевт сначала ориентирует пациента на техники, а также сообщает, что экспозиция к травмирующим сигналам часто переживается как болезненная и пугающая. Психотерапевт, таким образом, не

устраняет сигнал к эмоциональному возбуждению и в то же время блокирует стремления к действиям (включая реакцию избегания) и экспрессии проблемных эмоций. Кроме того, при ДПТ психотерапевт помогает пациенту обрести контроль над неприятными событиями. Главное в процедурах экспозиции — научить клиента контролировать событие. Крайне важно, чтобы клиент имел возможность дозировать или прекращать экспозицию, когда эмоции станут невыносимыми. Психотерапевт и клиент должны сотрудничать в разработке положительных, адаптивных способов произвольного прекращения клиентом экспозиции после того, как достигнуто некоторое снижение выраженности проблемной эмоции.

Стилевые стратегии

В ДПТ уравниваются два совершенно разных стиля общения. Первый стиль, взаимное (реципрокное) общение, сходен со стилем, присущим клиент-центрированной психотерапии. Второй — неуважительное общение — напоминает стиль Витакера (Whitaker, 1975), описанный в работах по стратегической психотерапии. Стратегии реципрокного общения предназначены для уменьшения субъективно воспринимаемого различия во властных функциях и делают психотерапевта более уязвимым для клиента. Кроме того, эти стратегии закладывают основы равноправного взаимодействия в межличностных отношениях. Неуважительное общение обычно более рискованное дело, чем реципрокность. Однако оно может способствовать решению проблем или привести к прорыву после продолжительного застоя. Для эффективного использования неуважительное общение должно уравнивать реципрокность, оба типа общения являются составными частями общего стиля терапии. Без равновесия ни одна из этих стратегий не может считаться присущей ДПТ.

Реципрокное общение

Отзывчивость, самораскрытие и искренность — основные принципы реципрокной коммуникации. Отзывчивость предполагает серьезное отношение к предлагаемой клиентом повестке дня и желаниям. Это дружеский стиль общения с выражением теплоты и заинтересованности в психотерапевтическом взаимодействии. Поощряются самораскрытие и вовлеченность в дела клиента. Часто имеют место непосредственные, личностные реакции на клиента и его поведение. Например, психотерапевт, которого клиент обвиняет в холодности, говорит: «Когда вы требуете от меня теплоты, это меня отталкивает, и проявлять теплоту становится труднее». Аналогичным образом, когда клиентка повторно не заполняет дневниковые карточки, постоянно моля психотерапевта о помощи, психотерапевт отвечает: «Вы продолжаете просить меня о помощи, но сами не делаете того, что, по моему убеждению, могло бы вам помочь. Я чувствую разочарование, потому что я хочу вам помочь, но чувствую, что вы этому противитесь». Подобные утверждения служат как для валидации, так и для вызова. Они представляют собой пример управления непредвиденными обстоятельствами, потому что заявления психотерапевта в адрес клиента обычно воспринимаются как поощрение или наказание, а также служат примером прояснения обстоятельств, поскольку внимание клиента обращается на последствия его межличностного поведения. Самораскрытие специалиста или информация личного характера используются для валидации и приближения к адаптивным и нормативным реакциям.

Неуважительное общение

Неуважительное общение используется, чтобы вывести клиента из равновесия, привлечь его внимание, изложить альтернативную точку зрения или переключить аффективную реакцию. Это в высшей степени полезная стратегия, когда клиента трудно расшевелить или когда психотерапевт с клиентом зашли в тупик. С помощью логики при этом оригинальном подходе создается сеть, из которой клиенту не выбраться. Хотя подобное общение представляет собой реакцию на поведение клиента, практически всегда клиент ждет другой реакции. Психотерапевт освещает какой-либо второстепенный аспект сообщения клиента или «переформулирует» его необычным образом. Например, если клиент говорит: «Я собираюсь себя убить», — психотерапевт может ответить: «Я считал, что вы не хотите досрочно прекращать психотерапию». Неуважительное общение имеет констатационный, почти бездушный оттенок, что совсем не вяжется с теплой отзывчивостью реципрокной коммуникации. Юмор, некоторая наивность и простодушие являются неотъемлемыми чертами этого стиля. Конфронтационный тон также относится к неуважительному стилю общения, психотерапевт выражает свое «фи» на реакции, которые не являются адаптивными. Например, психотерапевт может сказать: «Вы что, с ума сошли?» или «Вы ни минуты не сомневались в том, что я сочту вашу идею абсурдной, правда?» Неуважительно разговаривающий психотерапевт вполне может начать блефовать. Клиент, который заявляет: «Я прекращаю психотерапию», — может услышать от психотерапевта: «Вам дать направление к другому врачу?» Суть трюка заключается в том, чтобы правильно выбрать время для блефа с одновременным обеспечением безопасности; важно дать клиенту возможность выйти из положения.

Стратегии кейз- менеджмента

Когда в окружении клиента существуют проблемы, мешающие его функционированию или прогрессу, психотерапевт переходит к стратегиям кейз-менеджмента (стратегиям ведения данного случая). Стратегии эти не новы и переключают ядерные стратегии на проблемы кейз-менеджмента. Существует три группы этих стратегий: стратегия консультанта клиента, вмешательство с привлечением окружения, супервизия/консультация.

Стратегия консультанта клиента

Стратегия консультанта клиента обманчиво проста в теоретическом отношении и крайне трудна на практике. По сути дела, как явствует из названия, стратегия предполагает, что психотерапевт является консультантом клиента, а не его окружения. Если говорить в общем, при ДПТ психотерапевты не пытаются приспособить окружение к своим клиентам и не обращаются за консультациями к другим специалистам на тему, как обращаться со своими клиентами, в отсутствие клиентов. Согласно этой философии, клиент, а не психотерапевт, служит посредником между психотерапевтом и другими специалистами. Задача психотерапевта — консультироваться с клиентом о том, как эффективно взаимодействовать с его окружением, а не наоборот, консультироваться с окружением, как лучше общаться с клиентом. Стратегия консультанта клиента является наиболее предпочтительной стратегией кейз-менеджмента и, возможно, новаторским аспектом ДПТ.

Стратегия консультанта клиента создавалась с учетом трех задач. Во-первых, клиенты должны сами научиться управлять своей жизнью и заботиться о себе, эффективно взаимодействуя со своим окружением, включая медицинских работников. С позиции стратегии консультанта клиента надо верить в способности клиентов и хотеть научить их заботиться о себе. Во-вторых, эта стратегия разрабатывалась для устранения противоречий между психотерапевтами и другими индивидами, взаимодействующими с клиентами во время ДПТ. Противоречия возникают, когда разные индивиды в окружении клиента придерживаются разных мнений о том, как следует обращаться с клиентом. Пребывая в роли консультанта клиента, психотерапевт остается в стороне от этих споров. Наконец, стратегия консультанта клиента предполагает уважительное отношение к клиентам, поскольку несет сообщение о том, что они заслуживают доверия и способны самостоятельно осуществить вмешательство.

По традиции работники здравоохранения склонны обмениваться информацией, полезной для лечения того или иного клиента. Таким образом, обычное применение стратегии консультанта клиента требует переориентации специалистов. Хотя консультации специалистов не возбраняются, при этом непременно должен присутствовать клиент (и даже быть инициатором такой встречи), что сопряжено с дополнительными затратами времени и другим ходом самой встречи. По нашему опыту, однако, если специалисты ориентированы на применение данной стратегии, все происходит довольно гладко, а в долгосрочном прогнозе позволяет даже экономить время.

Вмешательство с привлечением окружения

Как отмечено выше, ДПТ нацелена на обучение клиента эффективному взаимодействию со своим окружением. Стратегия консультанта клиента, таким образом, является ведущей стратегией кейз-менеджмента, ее следует применять максимально широко. Тем не менее бывают случаи, когда требуется вмешательство психотерапевта. В целом вмешательство с привлечением окружения применяется вместо стратегии консультанта клиента, если из-за невмешательства психотерапевта клиент может серьезно пострадать. Общее правило для вмешательства с привлечением окружения состоит в том, оно проводится, когда клиентам недостает умений, которые еще только предстоит освоить, или вообще невозможно это сделать.

Супервизия/консультация

Супервизия/консультация с психотерапевтами — скорее неотъемлемая, чем вспомогательная составляющая ДПТ. Стратегия консультанта психотерапевта уравновешивает стратегию консультанта клиента, о которой шла речь выше. С этой позиции ДПТ можно определить как терапевтическую систему, в которой:

- 1) психотерапевты проводят ДПТ с клиентами;
- 2) супервизоры и/или команда консультантов проводит ДПТ с психотерапевтами.

Супервизоры и/или команда консультантов диалектически уравновешивают психотерапевтов в их взаимодействии с клиентами.

Выделяют три основные функции консультирования психотерапевта в ДПТ. Во-первых, команда супервизоров или консультантов помогает каждому индивидуальному психотерапевту поддерживать терапевтические отношения. Задача

состоит в ободрении и поддержке психотерапевта. Во-вторых, команда супервизоров или консультантов уравнивает психотерапевта в его взаимодействии с клиентом. С этой целью консультанты могут приблизиться к психотерапевту, способствуя усилению его позиции, или же отдалиться от него, требуя сблизиться с клиентом для сохранения равновесия. В-третьих, в рамках программного проведения ДПТ команда создает контекст вмешательства. В чистом виде ДПТ представляет собой транзактную взаимосвязь между и внутри сообщества клиентов с ПРЛ и сообществом специалистов по психическому здоровью.

ДПТ у клиентов с пагубным употреблением психоактивных веществ

За прошедшие несколько лет ДПТ была адаптирована для клиентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, в частности при сочетании этих расстройств с ПРЛ. Применение ДПТ для лечения злоупотребления психоактивными веществами и зависимости привело к выработке диалектического отношения к проблеме рецидива, так называемой «диалектической абстиненции». Эта концепция объединяет основные подходы к профилактике рецидивов (Marlatt & Gordon, 1985) при терапии расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, а также терапевтическую философию полного воздержания. С одной стороны, психотерапия фокусируется на полном воздержании до проблемного употребления психоактивных веществ; с другой, если пациент «срывается», вмешательство переключается на полное принятие, безоценочное решение проблем и профилактику рецидивов в будущем (после чего следует возврат к курсу на полное воздержание). Другие модификации стандартной ДПТ включают конкретные мишени, связанные с пагубным употреблением психоактивных веществ (например, снижение влечения к ним); усиленные стратегии «присоединения» для упрочения связей пациента с терапевтической командой; модифицированные навыки, необходимые клиентам, злоупотребляющим психоактивными веществами (например, «сжигание мостов» к сообществу наркоманов); усиленное использование естественных и искусственных подкреплений при воздержании.

Случай из практики

Предыстория

Синди, когда она пришла на первую встречу, было 30 лет; американка европейского происхождения, бездетная, она с мужем проживала в пригородном районе для среднего класса. Выпускница колледжа, она два года проучилась в медицинской школе. Синди была направлена к одному из нас (М. М. Л.) психиатром, у которого лечилась в течение полутора лет, но который желал ограничиться лишь фармакотерапией после недавней госпитализации пациентки в связи с покушением на самоубийство. За два года до обращения к нам Синди попадала в психиатрическую больницу не менее 10 раз (один раз она провела там полгода) в связи с суицидальными мыслями; неоднократно совершала парасуицидальные действия, в том числе 10 раз пила отбеливатель *Clorox*, наносила себе глубокие

резанные раны, ожоги; три попытки самоубийства были достаточно серьезными, в том числе один раз пациентка перерезала артерию на шее. В момент обращения Синди отвечала критериям *DSM-III-R* для ППЛ (American Psychiatric Association, 1987), а также критериям Гундерсона (Gunderson, 1984). Кроме того, она принимала ряд психотропных препаратов.

До 27 лет Синди вполне удовлетворительно справлялась с работой и учебой, брак был удачным для обоих партнеров, хотя муж жаловался на склонность Синди к вспышкам гнева. Когда Синди училась на втором курсе медицинской школы, ее однокурсница, с которой они были едва знакомы, совершила самоубийство. Синди утверждала, что, узнав про самоубийство, она тут же решила убить себя, хотя плохо представляла себе, что заставило ее прийти к такому решению. Через несколько недель она ушла из медицинской школы и впала в тяжелую депрессию, начала предпринимать попытки самоубийства. Хотя Синди говорила, что до самоубийства однокурсницы психологических проблем у нее практически не было, дополнительный расспрос позволил выявить в анамнезе тяжелую нервную анорексию, булимию, злоупотребление алкоголем и лекарственными препаратами начиная с 14 лет. Действительно, с мужем пациентка познакомилась в обществе «Анонимных алкоголиков» (АА) еще во время учебы в колледже. Тем не менее до самоубийства однокурсницы Синди относительно успешно справлялась со своими делами.

Вмешательство

На первое интервью Синди пришла вместе с мужем, который заявил, что, по мнению его самого и родственников Синди, жена должна лечиться в стационаре. Следовательно, он и семья Синди всерьез рассматривали возможность длительного пребывания в стационаре. Однако сама Синди настаивала на амбулаторном лечении, хотя ни один психотерапевт, кроме М. М. Л., не соглашался проводить вмешательство амбулаторно. Психотерапевт дала согласие на психотерапию Синди, полагаясь на изысканную клиенткой готовность к поведенческим изменениям и участие в терапии не менее одного года. (Впоследствии неоднократно подчеркивалось, что при этом клиентка одновременно давала согласие не совершать самоубийства.) Таким образом, психотерапевт приступила к созданию прочного психотерапевтического альянса, согласившись принять клиентку, когда все другие специалисты от нее отказались. Вместе с тем психотерапевт отметила, что принятие в психотерапию не дается даром. Имелось в виду, что психотерапевт принимает клиентку такой, какая она есть в данный момент, одновременно давая понять, что в основе терапевтического альянса лежит готовность клиентки к изменению.

На четвертой терапевтической сессии Синди сообщила, что не может больше жить. Когда ей напомнили про обещание оставаться в живых в течение одного года психотерапии, она ответила, что ситуация изменилась и она ничего не может с этим поделать. После этой сессии практически каждая индивидуальная сессия на протяжении шести месяцев была посвящена тому, стоит ли (и как) оставаться в живых или лучше совершить самоубийство. Синди стала приходить на сессии в зеркальных солнцезащитных очках, резко опускалась в свое кресло или просила разрешения сесть на пол. Вопросы психотерапевта часто вызывали минималь-

ные комментарии или длительное молчание. В ответ на попытки психотерапевта обсудить предшествующее парасуицидальное поведение Синди начинала злиться и отстраняться (заметно снижая темп психотерапии). Кроме того, у клиентки наблюдались выраженные диссоциативные реакции, в том числе во время психотерапевтических сессий. На фоне этих реакций Синди не могла сконцентрировать внимание, не слышала многое из того, что говорилось. На вопрос психотерапевта Синди описывала свои переживания как ощущение «чуждаковатости» и отдаленности. Клиентка заявила, что не может больше заниматься многими делами, например вождением автомобиля, работой или учебой. В целом клиентка считала себя некомпетентной во всех сферах.

Благодаря дневниковым картам, которые Синди заполняла еженедельно (а если забывала, то делала это в начале сессии), психотерапевт внимательно следила за проявлениями у Синди суицидальной идеации, страданий, стремлений нанести себе ущерб, а также реальных парасуицидальных действий. Важным фокусом психотерапии вскоре стал поведенческий анализ, направленный на выявление цепи событий, предшествующих и следующих после парасуицидального поведения клиентки. Всякий раз психотерапевт представляла клиентке парасуицидальное поведение как ожидаемое, учитывая выраженность такого поведения (которое, однако, непременно удастся победить), повторно отмечая, что психотерапия будет прекращена, если клиентка совершит самоубийство, поэтому есть смысл поработать как следует, пока она еще жива.

На протяжении нескольких месяцев при поведенческом анализе выявлялся повторяющийся поведенческий стереотип, который предшествовал парасуициду. Для Синди цепь событий часто начиналась с межличностного взаимодействия (почти всегда со своим мужем), в результате которого она ощущала угрозу, подвергалась критике, чувствовала себя нелюбимой. Эти чувства часто приводили к потребности нанести себе повреждение или убить себя в зависимости от сопутствующих ощущений безнадежности, гнева, печали. Решения нанести себе повреждение или предпринять попытку самоубийства часто сопровождалась мыслью: «Я тебе покажу». Иногда доминировали безнадежность и желание избавиться от боли и страданий. После сознательного решения нанести себе повреждение или предпринять попытку самоубийства Синди немедленно диссоциировала и в какой-то момент наносила себе резаную рану или ожог, обычно в режиме «автопилота». Следовательно, Синди часто с трудом припоминала подробности своих действий. Однажды она настолько сильно обожгла себе ногу (а затем испачкала ее грязью, чтобы убедить врача уделить ей больше внимания), что потребовалась пластическая операция. Поведенческий анализ показал, что диссоциация во время сессий обычно следовала после того, как Синди казалось, что психотерапевт не одобряет, не поддерживает, особенно когда психотерапевт говорила о возможности изменений. Диссоциация во время сессий незамедлительно привлекала внимание психотерапевта.

Спустя несколько месяцев после начала психотерапии стал вырисовываться устойчивый стереотип суицидального поведения, требовавшего госпитализации. Клиентка сообщала о выраженной суицидальной идеации, выражала сомнения в том, что ей удастся противостоять желанию себя убить, требовала госпитализации в конкретную больницу; или без предупреждения наносила себе резаные раны и ожоги и требовала госпитализации для медицинского вмешательства. По-

пытки убедить Синди продолжить амбулаторное лечение или выписаться из больницы до того, как ее состояние улучшится, обычно приводили к усилению суицидальности, после чего психиатр, который лечил ее лекарственными препаратами, настаивал на ее госпитализации или персонал больницы давал согласие на продление ее пребывания. Наблюдение за данным поведенческим стереотипом заставило психотерапевта высказать предположение о том, что госпитализация сама по себе подкрепляла суицидальное поведение, и следовательно, надо приложить усилия по изменению обстоятельств, сопутствующих суицидальному поведению. Применяя стратегии психологического просвещения и прояснения обстоятельств, психотерапевт попыталась помочь Синди понять, как госпитализация способствует тому самому поведению, которое они намереваются искоренить.

Эта тема стала поводом для разногласий в психотерапии, причем клиентка сочла позицию психотерапевта недоброжелательной, обвинив ее в непонимании уникальных переживаний. По мнению клиентки, выраженность ее эмоциональных страданий настолько повышала вероятность самоубийства, что госпитализация была просто необходима для обеспечения ее безопасности. Синди подкрепляла свою позицию напоминаниями о трудностях с диссоциативными реакциями, которые считала крайне неприятными и которые, по ее мнению, лишали ее возможности нормально функционировать большую часть времени. С позиции психотерапевта отсроченный риск самоубийства вследствие повторных госпитализаций после суицидального поведения был выше по сравнению с непосредственным риском при воздержании от пребывания в больнице.

Такая разница во мнениях часто приводила к разногласиям во время сессий. Постепенно стало ясно, что Синди считала прямым нападением любые объяснения своего поведения, исходя из действующих подкреплений; иначе говоря, если госпитализация подкрепляла суицидальное поведение, значит, психотерапевт полагает, будто Синди всегда пыталась совершить самоубийство, чтобы попасть в больницу. Конечно, это было не так (как минимум не во всех случаях), однако все попытки объяснить теорию подкрепления в других терминах терпели неудачу. Психотерапевт компенсировала это тем, что предположительно правильно делала три вещи. Во-первых, повторно валидизировала переживания клиенткой почти нестерпимой боли. Во-вторых, неоднократно обращалась к диссоциативному поведению Синди, объясняя его как автоматическую реакцию на выраженный болевой аффект (или его угрозу). В-третьих, часто уделяла внимание качеству взаимодействия с клиенткой, укрепляла с ней отношения и удерживала клиентку в терапии, хотя это было для нее источником еще более сильных эмоциональных страданий.

К пятому месяцу психотерапевт стала беспокоиться о том, что текущий режим вмешательства может непреднамеренно привести к гибели клиентки (посредством самоубийства). На этом этапе границы эффективного вмешательства для психотерапевта были нарушены, поэтому она приняла решение перейти к стратегии консультанта клиента в связи с госпитализацией Синди. Для начала следовало вовлечь Синди в обсуждение нового плана вмешательства с представителями предпочитаемой ею клиники и лечащего психиатра. Синди отказалась, потому что не разделяла мнения о прекращении неограниченного доступа к стационарному лечению. Психотерапевт сумела уговорить ее провести консультативную встречу со всеми заинтересованными сторонами и с некоторым нажимом заста-

вила Синди сделать все необходимые телефонные звонки для организации такой встречи (включая приглашения своего страхового агента, который отвечал за оплату вмешательства).

Во время консультативной встречи психотерапевт изложила свою гипотезу о том, что факт госпитализации подкрепляет суицидальное поведение Синди. Кроме того, она помогла Синди выступить с возражениями в свой адрес. Воспользовавшись реципрокной коммуникацией и управлением непредвиденными обстоятельствами, психотерапевт заявила, что просто не может проводить терапию, поскольку клиентка может погибнуть (поэтому ей придется смириться с тем, что представляется ей неправильным — «поступить иначе было бы неэтичным»), и потребовала разработки новых мер для разрыва функциональной взаимосвязи между суицидальным поведением и госпитализацией. Был разработан план, согласно которому клиентка могла попасть в больницу не только в связи с попытками самоубийства. В соответствии с новым планом Синди могла попасть в больницу и оставаться там до трех дней, после чего всегда следовала выписка. Если ей удастся убедить персонал клиники в том, что в случае выписки возможно самоубийство, тогда в целях обеспечения безопасности клиентки следовал перевод в менее предпочитаемую клинику. Парасуицидальное поведение более не служило основанием для госпитализации, за исключением случаев оказания медицинской помощи на соматическом отделении. Хотя среди участников встречи были некоторые разногласия относительно функциональной взаимосвязи между суицидальным поведением и госпитализацией, данный план был принят.

После этой встречи муж Синди заявил, что не хочет больше жить с женой из-за ее повторяющихся попыток самоубийства; постоянная угроза обнаружить ее мертвой вынуждает его подать на развод. Психотерапия сфокусировалась на том, чтобы помочь Синди горевать об этом событии и наладить собственную жизнь. Синди разрывалась между чувством ярости оттого, что ее бросает муж в трудную минуту (или «в состоянии болезни», как она говорила), и отчаянием, что вряд ли сможет жить одна. Она решила, что единственно полезным будет «дать выход своим чувствам». В результате последовали сессии, наполненные рыданиями, причем психотерапевт валидизировала страдания Синди, фокусировалась на ее переживании сиюминутного аффекта, не пытаясь усилить или подавить его, ободряла Синди, говоря о возможности справиться без госпитализации. Вследствие выраженной дисфункциональности Синди с психотерапевтом приняли решение о проведении вмешательства в стационарных условиях в течение трех месяцев. Избранное учреждение было ориентировано на приобретение навыков совладания со стрессом в групповом формате, но без индивидуальной психотерапии. Синди встречалась со своим психотерапевтом раз в неделю и разговаривала с ней по телефону несколько раз в неделю на протяжении всего этого периода. После соответствующего обучения Синди нашла себе подругу для совместного проживания и вернулась в собственный дом по окончании этих трех месяцев (девять месяцев психотерапии).

За время вмешательства был применен целый ряд стратегий с целью преодоления парасуицидального и мешающего психотерапии поведения. Глубинный анализ поведенческих цепей и анализ решений позволили психотерапевту (в некоторых случаях — и клиентке) обнаружить факторы, оказывающие влияние на текущее суицидальное поведение. Для Синди, как для большинства клиентов,

проведение этих видов анализа было трудным, поскольку в результате возникали сильные чувства стыда, вины или гнева. Таким образом, поведенческий анализ одновременно служил экспозицией, заставляя клиентку переживать болезненный аффект. Кроме того, он служил когнитивной стратегией, помогая изменить ожидания Синди относительно преимуществ и недостатков суицидального поведения, особенно когда психотерапевт повторно высказывала утверждения типа: «Как вы отнесетесь к тому, что я разозлюсь на вас и стану угрожать самоубийством, если вы не изменитесь?» Наконец, поведенческий анализ послужил в качестве подхода к управлению обстоятельствами, поскольку возможность клиентки обсуждать интересные для себя темы на психотерапевтических сессиях зависела от успешного завершения анализа поведенческих цепей и решений.

Синди с самого начала психотерапии отличалась острым восприятием собственных потребностей и желаний, одновременно проявляя склонность к крайне опасным парасуицидальным поступкам. Как уже упоминалось, некоторые такие действия были серьезными попытками покончить счеты с жизнью, в то время как другие служили для привлечения внимания и заботы значимых других. Эта клиентка также отличалась повышенной чувствительностью ко всяким попыткам внести изменение в ее поведение, что обычно воспринималось как признание ее некомпетентности и малоценности. Хотя Синди сначала выразила готовность участвовать в еженедельных групповых тренингах навыков в течение первого года психотерапии, посещаемость занятий была плохой, клиентка обычно пропускала сессии целиком (но не более трех подряд) или уходила во время перерыва. Попытки психотерапевта обсудить эту тему заканчивались тем, что Синди говорила о невозможности вести машину в темноте из-за плохого сумеречного зрения. Хотя пропуск занятий по освоению навыков считался поведением, мешающим психотерапии, и часто привлекал внимание терапевта, эта тема не стала основным фокусом вмешательства в связи с выраженным суицидальным поведением, которое имело более высокий приоритет. Усилия психотерапевта по обучению клиентки необходимым навыкам на индивидуальных психотерапевтических сессиях также не дали особого эффекта и предварялись получением устного согласия клиентки на решение проблем. Стилистическая стратегия неуважительной коммуникации сыграла в психотерапевтическом процессе заметную роль. Неуважительное отношение психотерапевта часто «встряхивало» клиентку, что приводило к ослаблению дихотомического мышления и неадаптивных убеждений. В результате повышалась готовность Синди к исследованию новых и адаптивных поведенческих решений. Наконец, стратегии взаимодействия послужили инструментом укрепления психотерапевтического альянса, защищали его от проявлений суицидального и/или диссоциативного поведения. Речь идет в том числе о телефонных звонках психотерапевта Синди в перерывах между сессиями, чтобы узнать, как дела, обмен телефонными номерами во время поездок, отправка клиентке почтовых сообщений при отъезде психотерапевта из города.

К двенадцатому месяцу психотерапии парасуицидальное поведение Синди, а также стремление к такому поведению заметно уменьшились. Кроме того, существенно снизились частота и продолжительность госпитализаций, после восьмого месяца терапии клиентка ни разу не попадала в больницу. Проживая дома с подругой, Синди вернулась в медицинскую школу. Отчасти этот поступок был продиктован желанием изменить свою жизнь, чтобы вернуть любовь и уважение

мужа или хотя бы его дружеское расположение. Хотя психотерапия по-прежнему фокусировалась на изменении обстоятельств суицидального поведения, уменьшении эмоциональных страданий и самоподавления, повышении толерантности к дистрессу, внимание было уделено также ведению трезвого образа жизни и рациональному питанию. В первые месяцы проживания дома без мужа Синди несколько раз напивалась, постепенно стала хуже питаться. Такое поведение тут же стало мишенью терапии. Пристальное внимание психотерапевта к этим проблемам показало Синди, что серьезно воспринимаются не только ее попытки самоубийства, но и другие трудности. Психотерапия сфокусировалась также на расширении социальных контактов. Как и в случае суицидального поведения, работа над этими вопросами служила способом разрешения сопутствующих проблем. Кризисные ситуации возникали все реже, внимание было переключено на анализ семейных стереотипов, включая переживания пренебрежения и обесценивания, которые могли в дальнейшем вызвать у Синди проблемы. По словам Синди, у нее в анамнезе не было сексуального или физического насилия. Таким образом, основной задачей этапа 2 (который плавно вытекал из этапа 1) стало понимание личной истории клиентки и ее взаимосвязи с текущими проблемами¹.

В других случаях, особенно при наличии эпизодов сексуального и/или физического насилия в детстве, переход к этапу 2, когда задачи этапа 1 не решены, обычно приводит к возобновлению проблемного поведения. Например, другая клиентка того же психотерапевта (М. М. Л.), Терри, подвергалась сильным побоям со стороны матери в течение всего детства и сексуальным домогательствам отца начиная с пятилетнего возраста. Сначала сексуальные домогательства не были сопряжены с физическим насилием, однако примерно с 12 лет отец стал избивать девочку. До начала психотерапии Терри никому не рассказывала о злоупотреблениях в семье. После успешного решения задач этапа 1 психотерапевт продолжила экспонировать Терри к травматичным переживаниям, расспрашивая о деталях жестокого обращения. Экспозиционные сессии перемежались с работой над текущими проблемами в жизни Терри. После одной из экспозиционных сессий, посвященных сексуальному насилию, Терри вернулась к ранее существовавшему проблемному поведению, что проявлялось отстраненностью и молчанием на сессиях, суицидальной идеацией и отказом принимать лекарственные препараты. Появление подобного поведения вызвало необходимость прекратить соответствующее этапу 2 обсуждение сексуальных домогательств и вновь вернуться к мишеням этапа 1. Три сессии были посвящены поведенческому анализу текущего суицидального, мешающего психотерапии и снижающего качество жизни поведения Терри; в конце концов удалось обнаружить связь такого поведения со страхами того, как психотерапевт относится к детским эмоциональным реакциям на поведение отца, а также с периодическими визитами к отцу и отношением к нему в настоящем. Такой подход «шаг вперед, два шага назад» типичен в психотерапии клиентов с ПРЛ и, в частности, характеризует переход между этапом 1 и этапом 2.

Как уже говорилось, этап 3 нацелен на самоуважение клиента, независимое от мнения окружающих. Бетти, которая также проходила терапию у М. М. Л., успешно преодолела этапы 1 и 2, став компетентной медсестрой, в обязанности которой входило проведение тренинга и супервизии. Психотерапия в случае с Бетти фокусировалась на поддержании ее самооценки в глазах авторитетных значимых других (например, ее начальницы), которые постоянно критиковали

Бетти. Компоненты вмешательства включали напоминание клиентке о ее склонности менять собственное мнение в зависимости от мнения окружающих; настойчивые попытки научить Бетти самоутверждению и самоуспокоению; мысленные упражнения, при которых клиентка представляла себя противостоящей авторитетным фигурам. Основной фокус психотерапии делается на межличностном поведении клиента на психотерапевтической сессии, при этом уделяется внимание связи этого поведения с общением с другими важными людьми. Таким образом, вмешательство на этом этапе сходно с функциональным аналитическим психотерапевтическим подходом, который разработали Кёленберг и Цай (Kohlenberg, Tsai, 1991). В целом этот третий этап психотерапии включал движение к более равноправным отношениям между клиенткой и психотерапевтом, когда делается акцент на отстаивании клиенткой своей позиции и оправдании действий. Данный подход предполагал, что психотерапевт подкрепляет убеждения клиентки, а также несколько отступает назад и воздерживается от валидации, характерной для этапов 1 и 2. Кроме того, психотерапевтические сессии становятся реже, один раз в две недели, периодически обсуждается тема завершения терапии.

Этап 4 ДПТ нацелен на ощущение незавершенности, мешающее испытывать радость. Салли приступила к этапу 1 вмешательства с тем же психотерапевтом (М. М. Л.) 15 лет назад. Этап 1 длился два года; затем последовал годичный перерыв, после чего вмешательство возобновилось (несколько лет проводились сначала две, потом одна сессия в месяц), а в настоящее время встречи происходили 4-5 раз в год. Салли была 30 лет замужем за безработным, который, несмотря на свою преданность и лояльность, ее не поддерживал (не валидизировал). Умный и сообразительный, муж Салли обычно терял работу из-за своей нечуткости в межличностных отношениях. Сама клиентка в течение многих лет работала на одном месте, с детьми. Сын, с которым у нее были наиболее близкие отношения, погиб в авиакатастрофе два года назад; мать умерла в прошлом году; отец был серьезно болен. Несмотря на стабильный брак, постоянную работу, приносящую удовлетворение, воспитание двух успешных сыновей, хорошую физическую форму, Салли утратила смысл жизни. В прошлом она увлекалась медитативными практиками, испытывала удовлетворение и радость. С момента гибели сына она забросила свои занятия. Последние два года прошли в печали, а теперь клиентка была готова к этапу 4. Мы планируем активную практику и отслеживание прогресса в полном принятии (или «избавлении от эго», по терминологии дзен) самостоятельно или при поддержке группы.

Стенограммы

Следующие (составные) стенограммы представляют собой реальные примеры хода психотерапии на протяжении нескольких сессий с различными пациентами. В частности, данные диалоги между терапевтом (Т) и клиентом (К) были выбраны с той целью, чтобы дать читателю представление о применении широкого спектра стратегий вмешательства при ДПТ.

Задачами сессии в следующей стенограмме были ориентация клиента и получение его согласия на терапию. Использовались такие стратегии, как валидизация, решение проблем (инсайт, ориентация и согласие на терапию), диалектическая стратегия («адвокат дьявола») и интегрированная (налаживание отношений).

Получение согласия клиента на терапию — самый важный первый шаг в начале психотерапии у клиентов с ПРЛ. Как видно из приведенной стенограммы, диалектическая техника «адвоката дьявола» может быть весьма эффективной, если использовать ее для получения согласия. На этой первой психотерапевтической сессии основной задачей психотерапевта является получение согласия клиента на терапию, а также согласие исключить суицидальное поведение. Терапевт на чинает с ориентации клиента на цель этой первой сессии.

Т: Итак, вы немного волнуетесь из-за встречи со мной?

К: Да, есть немного.

Т: Ну, это вполне понятно. В течение последующих пятидесяти минут или около того мы будем иметь возможность познакомиться поближе и решить, хотим ли мы работать вместе. Мне бы хотелось вкратце обсудить программу терапии и узнать, что вас сюда привело. Итак, расскажите мне, чего вы ждете от психотерапии со мной и зачем вы сюда обратились?

К: Я хочу, чтобы мне стало лучше.

Т: Что именно с вами не так?

К: Я запуталась (*смеется*).

Т: Как это?

К: Гм, не знаю, я разучилась справляться с повседневными делами. Я даже не в состоянии... Я просто запуталась. Я не знаю, как из всего этого выбраться.

Т: Уточните, пожалуйста, что вы имеете в виду.

К: Ну, все, что я делаю в последнее время, дается мне с трудом. Я не справляюсь с работой, сейчас я на больничном. Кроме того, все устали оттого, что я так долго нахожусь в больнице. И мне кажется, что мой психиатр хочет от меня избавиться, потому что я причиняю себе вред.

Т: Как часто случается ваше саморазрушающее поведение?

К: Примерно один-два раза в месяц. Я использую зажигалку или сигареты, иногда бритву.

Т: У вас много шрамов?

К: (*утвердительно кивает*).

Т: Ваш психиатр сообщил, что вы также пили жидкость *Clorox*. Почему вы об этом не упомянули?

К: Просто это не пришло мне в голову.

Т: Вам часто что-либо не приходит в голову?

К: Не знаю. Возможно.

Т: Поэтому мне, вероятно, придется быть очень догадливой.

К: Гм.

Т: К сожалению, я не очень догадлива. Поэтому нам придется научить вас, как заставить мысли приходить вам в голову. Чего именно вы ждете от психотерапии со мной? Перестать причинять себе вред, перестать пытаться себя убить, того и другого?

К: Того и другого. Мне надоело все это.

Т: В каких еще вопросах вы надеетесь получить помощь?

К: Ну, я не знаю, как обращаться с деньгами, еще я не умею общаться с людьми. У меня нет друзей; люди не любят со мной общаться. Раньше я страдала алкоголизмом и анорексией/булимией. У меня осталась склонность ко всему этому.

Т: Не кажется ли вам, что кое-что из вашего нынешнего саморазрушающего поведения просто заменило алкоголизм и анорексию/булимию?

К: Не знаю. Я об этом не задумывалась. Я только знаю, что не умею обращаться с собой, знаете, мне все это надо проработать, это меня явно тревожит, иначе зачем бы мне было пытаться себя убить.

Т: Итак, с вашей точки зрения, одна из ваших проблем в том, что вы не знаете, как справиться с делами. Со множеством дел.

К: Да, иногда я даже знаю, что надо делать, но почему-то не делаю.

Т: Гм.

К: Понимаете, я знаю, что деньги надо экономить, что надо вести учет расходов и доходов, иногда я это делаю, но все время влезаю в долги. Мне это почему-то трудно, словно я знаю, что этого не надо делать, но все равно делаю.

Т: Мне кажется, проблема отчасти заключается в том, что в действительности вам известно, как делать дела; вы просто не знаете, как заставить себя делать дела, которые вы знаете, как надо делать.

К: Вот именно.

Т: Вероятно, вы относитесь к тому типу людей, которые делают все под настроение?

К: Да. Я все делаю под настроение.

Т: Таким образом, вы легко поддаетесь переменам настроения.

К: Да. Я не убираю в доме два месяца, затем меня обуревают стремление к чистоте, и вот уже в моем доме ни пятнышка. Это продолжается две-три недели, все сверкает чистотой, а потом опять зарастает грязью.

Т: Итак, одна из наших с вами задач — найти способ, как разорвать связь между вашими действиями и вашим настроением?

К: Верно.

Психотерапевт прибегла к инсайту, чтобы продемонстрировать клиентке явную взаимосвязь между ее эмоциями и поведением. Затем следует переход к получению согласия на терапию с помощью диалектической стратегии «адвоката дьявола».

Т: Конечно, это будет ужасно трудно, правда? Зачем вам это нужно? Зачем испытывать такие страдания?

К: Ну, мне бы этого хотелось, потому что кругом сплошная неопределенность. Понимаете, гораздо хуже, если знаешь, что делать, как я, но не делаешь. Из-за этого я еще больше расстраиваюсь.

Т: Зачем вам вообще делать то, к чему у вас не лежит душа?

К: Потому что я должна это делать. Потому что иначе мне не выжить.

Т: Мне кажется, это довольно легко.

К: Да, но я не могу себе позволить тратить деньги на развлечения и всякие глупости...

Т: Ну, вероятно, нужны какие-то границы, но если говорить в целом, зачем вам заниматься уборкой в доме, если вы не в настроении?

К: Потому что мне неприятно жить в грязи. Я ничего не могу найти, я теряю счета и поэтому не могу их оплатить. Потом меня начинают преследовать кредиторы. Я не могу со всем этим справиться, наношу себе повреждения и оказываюсь в больнице. Мне хотелось бы со всем этим покончить. Но мне кажется, что все это не имеет значения: если я не в настроении делать уборку, я не стану этим заниматься.

Т: Таким образом, в вашей жизни происходят неприятные вещи, потому что у вас недостаточно мотивации, чтобы поступать вопреки своему настроению?

К: Ну, очевидно нет (*смеется*), потому что этого не происходит.

Т: Не кажется ли вам, что это серьезная проблема? Вряд ли это удастся так просто разрешить. Как если бы вы захотели войти, а я бы взмахнула волшебной палочкой, и вам бы все удалось. Внезапно вы захотели бы делать все то, чего только что не хотели.

К: Да.

Т: Лично мне представляется, что если вы не в настроении, если вы легко поддаетесь настроению, с этим чрезвычайно трудно справиться. Фактически я считаю это одной из наиболее сложных проблем в психотерапии.

К: Точно.

Т: Мне кажется, попробовать можно, но это будет ужасно трудно. Вопрос состоит в том, готовы ли вы пройти через этот ад, чтобы добиться своего, или не готовы. Я формулирую это как вопрос.

К: Ну, если от этого я стану счастливее, то готова.

Т: Вы уверены?

К: Да, я мучаюсь с одиннадцати лет. Мне все это надоело. Это действительно так, отступать мне некуда. Либо я это сделаю, либо мне придется умереть. Выбор невелик.

Т: Почему бы вам не умереть?

К: Ну, если другого выхода не будет, придется.

Т: Гм, почему бы не сделать этого сейчас?

К: Потому что это моя последняя надежда. Если у меня остался последний шанс, почему бы не попытаться им воспользоваться?

Т: Итак, другими словами, вам все равно, вы не против остаться в живых, если справитесь со своими проблемами.

К: Если справлюсь, то да.

Т: Хорошо, это ваша сильная сторона. Мы можем из этого исходить. Вспоминайте об этом, когда будет трудно. А теперь мне хотелось бы рассказать вам об этой программе и своем отношении к тому, что вы причиняете себе вред, а потом мы посмотрим, захотите ли вы работать со мной.

Как показано в приведенном фрагменте, психотерапевт с успехом использовала стратегию «адвоката дьявола» и сумела заручиться согласием клиентки. Затем психотерапевт «приоткрыла карты», дав краткое описание программы и ее задач.

Т: Теперь главное — понять, что это не программа профилактики самоубийств; наша задача не в этом. Это программа улучшения качества жизни. Жизнь, полная страданий, не заслуживает того, чтобы жить. Если мы примем решение работать вместе, я помогу вам попытаться улучшить свою жизнь, поэтому мне так важно, что вы не собираетесь умирать или причинять себе вред. Вам следует знать и о том, что я рассматриваю суицидальное поведение, включая употребление жидкости *Clorox*, как направленное на решение проблем. То же самое я думаю об алкоголизме. Единственное различие состоит в том, что нанесение себе ран, ожогов, к сожалению, помогает. В противном случае никто не стал бы этого делать больше одного раза. Но это помогает лишь ненадолго. Поэтому перестать наносить себе раны — все равно что бросить пить. Как вы считаете, это будет трудно сделать?

К: Прекратить пьянство не так уж трудно.

Т: Ну, судя по моему опыту, отказаться от саморазрушающего поведения обычно довольно сложно. Нам обеим придется поработать, но вам надо будет потрудиться гораздо больше. Как я уже вам говорила, если вы дадите свое согласие, то на один год. Индивидуальная психотерапия со мной раз в неделю, групповой тренинг навыков раз в неделю. Вопрос стоит так: готовы ли вы участвовать в этой программе на протяжении года?

К: Я уже сказала, — что устала от этой неразберихи. Поэтому я сюда и пришла.

Т: Таким образом, вы согласны проходить психотерапию в течение года, верно?

К: Да.

Т: И вы осознаете, что такое согласие, если хорошенько подумать, означает запрет на самоубийство в течение этого года?

К: Если рассуждать логически, то да.

Т: Итак, нам надо четко это уяснить, потому что психотерапия не поможет, если вы убьете себя. Основная наша цель, независимо от вашего настроения, состоит в том, чтобы вы не пытались себя убить.

К: Ясно.

Т: Именно это я считаю нашей главной задачей, не единственной, но главной, над которой предстоит поработать. А также получение вашего согласия, осознанно-го, конечно, и соблюдение этой договоренности о том, чтобы оставаться в живых и не причинять себе вреда, не предпринимать попыток самоубийства, независимо от вашего настроения. Я еще раз спрашиваю: согласны ли вы на это?

К: Да, согласна.

Психотерапевту, таким образом, удалось заручиться согласием клиентки по-работать над суицидальным поведением. Чтобы закрепить успех, она вновь прибегла к стратегии «адвоката дьявола».

Т: Почему вы пошли на это?

К: Не знаю. *(Смеется.)*

Т: Я имею в виду, не лучше ли было проходить психотерапию, где можно себя убить, если захочется? К: Не знаю. Я хочу сказать, что не думала об этом. Т:

Гм. К: Я не хочу... Я хочу дожить до такого момента, когда меня не будут вынуждать жить. Т: Иначе говоря, вы согласились со мной, потому что я вас заставила это сделать? К: Вы продолжаете меня расспрашивать. Т: Что вы думаете по этому поводу? К: Честно говоря, я не знаю.

Необходимый и важный навык для психотерапевта, проводящего ДПТ, — умение почувствовать, когда клиент доведен до предела, а также сопутствующий навык — уметь отступить и воздержаться, хотя бы временно, от дальнейшего прессинга. В этих примерах продолжение давления со стороны психотерапевта, скорее всего дало бы обратный эффект. Замешательство клиентки было замечено психотерапевтом, которая почувствовала, что дальнейшее давление приведет к ослаблению желания клиентки пройти терапию. Следовательно, психотерапевт сделала шаг назад и переключилась на валидизацию.

Т: Вы почувствовали себя в безвыходном положении, это моих рук дело?

К: Нет, конечно, нет. *(Рыдает.)*

Т: Что сейчас произошло?

К *(пауза)*: Не знаю. Я хочу сказать, вряд ли я действительно хотела себя убить. Мне казалось, что я хочу этого. Думаю, дело здесь не в настроении. Скорее всего, я не видела другого выхода. Я просто сказала себе: «Ну, выбора нет, придется это сделать». Понимаете. А сейчас я не вижу ни одного лучика надежды. Я пришла, чтобы пройти психотерапию, которую считаю хорошим делом, то есть я знаю, что это хорошо, однако мне несколько не лучше, чем в тот день, когда я пыталась себя убить.

Т: Вероятно, так оно и есть. Скорее всего, вам действительно не лучше. Понимаете, попытка убить себя обычно не решает проблем. Хотя это кое-что вам дало.

К: Это привело меня в психотерапию.

Т: Да. Поэтому мои вопросы вызвали у вас слезы. Складывается впечатление, что вам действительно очень плохо.

К: Точнее сказать, я переполнена чувствами.

Т: Это одна из причин нашей беседы, попытаться наладить отношения, понятные нам обоим. По крайней мере, мы попытаемся больше не обсуждать, как вы себя чувствуете оттого, что не знаете, как я ко всему этому отношусь. Ладно?

К: Гм.

Т: И еще, я хочу напомнить, какова наша главная цель, как трудно будет ее достичь, потому что если вы собираетесь отступить, сейчас для этого самое подходящее время. Потому что я со всей серьезностью отнесусь к вашим словам, если вы скажете: «Да, я хочу это сделать».

К: Я не хочу отступать.

Т: Отлично. А теперь мне бы хотелось высказать одну идею, которую я считаю полезной в данных обстоятельствах. Сегодня у вас деловой настрой, вы приступаете к новой программе. Но через пять часов ваше настроение может измениться, ваше решение уже не покажется вам столь уж удачным. После сытной трапезы легко соблюдать диету. Гораздо труднее это сделать, когда хочется есть. Наша с вами задача — доказать, что идея эта хороша. Это будет ужасно трудно, но я верю в успех. Думаю, мы с вами сработаемся.

Обратите внимание, как психотерапевт завершает сессию, подготавливая клиентку к предстоящим трудностям в связи с решением пройти психотерапию. Ободрение и налаживание отношений закладывают фундамент прочного психотерапевтического альянса.

Следующая сессия прошла приблизительно через четыре месяца. Мишенью в данном случае послужило суицидальное поведение. Использовались такие стратегии, как валидизация, решение проблем (прояснение обстоятельств, психологическое просвещение, поведенческий анализ, анализ решений), стилистическая стратегия (неуважительное общение), диалектические приемы (метафоры, «получение из лимонов лимонада»), тренинг навыков (толерантность к дистрессу). Психотерапевт проанализировала дневниковые карточки клиентки и отметила недавний парасуицид, когда клиентка расцарапала самостоятельно нанесенную рану после того, как врач отказался назначить ей обезболивающий препарат. Психотерапевт начала с поведенческого анализа.

Т: Хорошо. На прошлой неделе вы обещали мне, что никогда не станете причинять себе вред, потому что это нелепо, вам это надоело, вы просто не сможете этого сделать. Теперь давайте рассмотрим, что произошло в воскресенье, чтобы можно было извлечь соответствующие уроки. У вас возникло настоятельное желание нанести себе повреждения?

К: В среду у меня заболела нога. Я очень страдала от боли.

Т: Раньше такого с вами не бывало?

К: Нет.

Т: Вы хотите сказать, что нервные окончания до этого были мертвы или что-то вроде того? Итак, у вас появилась сильная боль. Когда возникла боль, а когда у вас появилось желание нанести себе повреждение?

К: Одновременно.

Т: То есть в один и тот же момент?

К: Практически да.

Выяснение изначального провоцирующего внешнего события почти всегда становится первым шагом при проведении анализа поведенческой цепи. В данном случае психотерапевт начала с прямого вопроса о том, когда возникло желание нанести себе повреждения. Отметим также, что психотерапевт с самого начала сессии прибегла к неуважительной коммуникации.

Т: Какая связь между ощущением боли и стремлением к парасуициду? Как вы это себе представляете? Как вы перешли от одного к другому?

К: Я не знаю. Вероятно, все началось во вторник, я обратилась к медсестре. Вот что я ей сказала: «Послушайте, у меня сильная боль. Из-за нее я отказываюсь от пищи». Медсестра попыталась мне помочь. Она позвала врача и объяснила ему, что у меня сильная боль, попросила дать мне обезболивающее. Отказ! Я продолжала упрашивать, но ответ был отрицательный, я ужасно разозлилась. Мне показалось, что они не верят, что надо показать, насколько сильна моя боль.

Т: Давайте подведем итог. Итак, вы полагаете, что если бы вам поверили, то обязательно дали бы обезболивающее?

К: Да.

Т: Хорошо. В этом и проявилось ошибочное мышление. Это и есть проблема. Видите ли, вполне может быть, что врач знает, насколько сильна боль, но все же не назначает вам обезболивающего.

К: Я твердо убеждена, я даже записала это в дневнике, что если не получу лекарства от боли, когда оно мне потребуется, у меня не возникнет даже мысли о причинении себе вреда.

Психотерапевт продолжила расспрос, выясняя, какие события произошли одновременно с возникновением проблемы. Стало ясно, что неадаптивное мышление послужило причиной того, что клиентка приняла решение нанести себе повреждение. В следующем фрагменте психотерапевт применяет диалектическую стратегию метафоры, чтобы пояснить клиентке ее когнитивную ошибку.

Т: Позвольте задать вам вопрос. Вам придется кое-что себе вообразить, хорошо? Представьте себе, что мы с вами оказались на плоту посреди океана. Судно утонуло, и пришлось воспользоваться плотом. Во время кораблекрушения вы сильно поранили ногу. Мы перевязали рану как могли. Но у нас нет с собой обезболивающего. Мы с вами находимся на плоту, у вас сильно болит нога, вы просите меня дать вам обезболивающее, а я вам отказываю. Как вы считаете, возникнет ли у вас желание нанести себе повреждение, чтобы боль еще больше усилилась?

К: Нет, конечно, это совершенно другая ситуация.

Т: Хорошо, но если бы у меня был обезболивающий препарат, и я бы отказала вам, потому что надо было поберечь лекарства на крайний случай. Что вы на это скажете?

К: Это представляется мне вполне логичным, я потерпела бы и не стала бы наносить себе повреждения.

Т: А что если я бы вам отказала, потому что не хочу, чтобы вы пристрастились к лекарствам?

К: Я бы захотела себя поранить.

Т: Отлично. Вот все и прояснилось. Не боль заставила вас испытать желание поранить себя. Просто вам не оказали помощь, когда, как вам кажется, вполне могли бы.

К: Да.

Психотерапевт использовала стратегию прояснения обстоятельств, чтобы указать клиентке: ее поведение зависит от реакции окружающих. В следующем фрагменте психотерапевт вновь прибегает к прояснению обстоятельств, пытаясь показать клиентке, что парасуицид выполняет коммуникативную функцию.

Т: Хорошо. Другими словами, нанесение себе повреждений служит своеобразным сообщением, так? Поэтому нам с вами надо придумать, как сделать подобные сообщения недейственными.

- К: Почему?
- Т: Потому что вы не перестанете этого делать, пока добиваетесь своего. Это все равно что разговаривать с кем-то, если в помещении пусто; если в помещении никого не будет, вы в конце концов перестанете разговаривать. Когда телефонная связь прерывается, разговор прекращается.
- К: Я настойчиво обращалась к врачам на протяжении трех дней подряд, объясняла, что у меня сильные боли.
- Т: Знаете, нам с вами надо поменяться местами. Вы не слышите того, что я вам говорю.
- К: Они продолжали говорить «нет», а потом меня осенило.
- Т: Я определенно готова поменяться с вами местами.
- К: Вот что пришло мне на ум: «Как можно доказать, что боль действительно сильная?»
- Т: Я хочу поменяться с вами местами.
- К: Почему?
- Т: Потому что если бы вы сидели на моем месте, вы, как мне кажется, поняли, что независимо от выраженности боли нанесение себе повреждения с целью получить обезболивающее вряд ли можно считать разумной реакцией. Возможно, персонал больницы ни в чем не виноват, или, напротив, следовало дать вам обезболивающее. Однако нет необходимости выяснять, ошиблись врачи или нет, чтобы сказать: нанесение себе повреждения не является адекватной реакцией.
- К: Да, я не думаю, что это была адекватная реакция.
- Т: Отлично. Итак, нам следует придумать способ, чтобы этой реакции не возникало, даже если вы не получите обезболивающего. До настоящего момента эта реакция неплохо работала как средство коммуникации. Единственный способ это прекратить — сделать ее неэффективной. Конечно, хорошо бы научиться добиваться своего другим способом. Вам надо говорить себе: «Ладно, если мне не удалось этого добиться таким способом, попробую иначе».
- К: На этот раз я пыталась так сделать!
- Т: Я верю вам, конечно, верю.
- К: Дама в соседней палате лечится от диабета, ей стало плохо, и они назначили ей обезболивающий препарат.
- Т: Мы с вами в данном случае говорим о разных вещах.
- К: Да. О чем именно вы говорите?
- Т: Я веду речь о том, что вам, возможно, действительно требовалось обезболивающее, во всяком случае, вы хотели его получить. Но я также говорю о том, что независимо от обстоятельств нанесение себе ран не должно иметь места. Вы ведете себя так, словно я согласна с вами в том, что надо было добиться назначения обезболивающих. * К: То есть?
- Т: Вы рассуждаете о том, следовало назначить вам обезболивающие или нет. Я говорю совсем о другом. Даже если и следовало бы, нам надо придумать способ, как этого добиться без нанесения себе увечий.

Как показано в данном диалоге, клиенты с ПРЛ часто склонны фокусироваться на текущем кризисе. Это ставит в трудное положение психотерапевта, который должен непременно балансировать между валидизацией страданий клиента и поощрением его к поведенческим изменениям. Этот отрывок также иллюстрирует, что валидизация не обязательно означает полное согласие. Хотя психотерапевт признала правомерность подозрений клиентки о необоснованности отказа в назначении обезболивающего средства, она настойчиво проводила мысль о неадекватности реакции клиентки.

К: Я попыталась применить некоторые приемы толерантности к дистрессу, но это не помогло.

Т: Хорошо. Не беспокойтесь, мы найдем выход из положения. Я хочу знать, какие именно приемы вы использовали. Но сначала мне хочется убедиться, что я правильно понимаю, что произошло. Желание нанести себе увечье возникло после среды, затем стало усиливаться?

К: Да. Вместе с усилением боли.

Т: Вместе с болью. Хорошо. Это желание также укреплялось, когда вам снова и снова отказывали в назначении обезболивающего. Итак, вы посчитали, что если нанесете себе увечье, то получите обезболивающее?

К: Да. Если они меня не слушают, то я им покажу.

Т: Хорошо, значит, вы подумали: «Если они меня не слушают, то я им покажу». Когда эта мысль впервые пришла вам в голову? В среду?

К: Да.

Т: Ладно. Нам с вами надо изобрести способ, как переносить неприятности, не причиняя себе вреда. Давайте рассмотрим, что вы пытались предпринять, а потом придумаем что-то другое, раз прежние приемы не помогли. С чего вы начали?

На этом этапе поведенческий анализ еще не был завершен, поэтому к анализу возможных решений переходить было преждевременно. Однако, по мнению психотерапевта, в этот момент было особенно важным подкрепить попытки клиентки справиться с дистрессом, откликнувшись на ее сообщение об использовании поведенческих навыков.

К: Я посчитала, что, проявив настойчивость, добьюсь принятия необходимых мер.

Т: Хорошо, но это не помогло. Почему же вы не нанесли себе увечье уже в тот момент?

К: Не хотелось.

Т: Почему не хотелось?

К: Мне не хотелось ухудшать свое состояние.

Т: То есть вы взвешивали «за» и «против»: если я расцарапаю рану, я буду хуже себя чувствовать?

К: Да.

Один из аспектов тренинга навыков при ДПТ — подчеркнуть пользу от взвешивания «за» и «против» терпения страданий как стратегии выживания в кризисной ситуации. В данном случае психотерапевт применяет диалектическую стратегию превращения лимонов в лимонад, показывая клиентке, что она фактически воспользовалась поведенческими навыками. Обратите внимание, как в следующем ответе психотерапевт тут же подкрепляет похвалой усилия клиентки.

Т: Вы рассудили совершенно правильно, когда стали взвешивать все «за» и «против». Хорошо, на этом этапе перевесили доводы «против» ухудшения своего состояния. Ладно, здесь вам удалось справиться. Что еще вы предприняли?

К: Я попыталась обсудить ситуацию с другими пациентами. Что они могли мне сказать? Они считали, что я должна добиться назначения лекарства.

Т: Правильно. Но разве они предлагали вам нанести себе увечья, если вам не удастся получить обезболивающее?

К: Нет. Я попыталась отвлечься, послушала музыку, занялась созерцанием. Я пыталась читать и разгадывать кроссворды.

Т: Гм. А не пробовали вы полное принятие?

К: Что это такое?

- Т: Это своего рода смирение и принятие факта, что вам так и не удастся получить обезболивающее лекарство. Вы просто смиряетесь с ситуацией. Смиряетесь с тем, что желаемого не произойдет, что вам придется справляться каким-то другим способом.
- К: Это я и попыталась сделать вчера. Понадобилось немного ативана, но это удалось.
- Т: Вчера?
- К: Да. Я уснула. Проснувшись, я сказала себе: «Вряд ли они изменят свое мнение, тебе придется справляться своими силами».
- Т: Помогло ли вам принятие и смирение?
- К: Я ужасно злюсь на то, что считаю дискриминацией пограничных личностей. Я и сейчас очень разгневана.
- Т: Это хорошо. Помогло ли вам принятие ситуации?
- К: Гм.
- Т: Отлично. Великолепно. Это весьма полезное умение, его следует практиковать. Когда хуже некуда, когда вы находитесь на пределе своих возможностей, полное принятие — это то, что нужно.
- К: Это как у анонимных алкоголиков.

Во время анализа решений часто требуется помощь со стороны психотерапевта в виде конкретных предложений по разрешению кризисной ситуации в будущем, или поощрение клиента к «мозговому штурму». В данном случае психотерапевт предложила решение, которому обучают в рамках тренинга навыков толерантности к дистрессу при ДПТ. Идея полного принятия подводит к мысли о том, что принятие своей боли есть необходимая предпосылка к прекращению эмоциональных страданий.

- Т: Хорошо. А теперь давайте вернемся к тому, как вы уступили своему желанию. Потому что до сих пор вы отлично справлялись, верно? Можно предположить, что произошло какое-то внешнее событие. Давайте восстановим в памяти события воскресенья и посмотрим, не ощутили ли вы себя в общении с другим человеком нелюбимой, отвергаемой.
- К: Ну, в субботу я пребывала в расстроенных чувствах и отправилась на собрание АА. Мне пришло в голову, что заглушить боль можно с помощью алкоголя. Я стала искать ближайший открытый магазин. Я собиралась напиться. На меня очень действовала сильная боль. Но все магазины были закрыты, поэтому я вернулась обратно в больницу.
- Т: Итак, вам пришло в голову использовать алкоголь для устранения боли, но вы не смогли его достать и вернулись в больницу. Боль была сильная, что же произошло дальше?
- К: Я сказала медсестре: «Я не употребляла алкоголь в течение десяти лет, а теперь хочу немного выпить; вот какие у меня сильные боли». Но она не стала меня слушать.
- Т: Поэтому вы решились на крайнее средство?
- К: Да.
- Т: Понятно. Потому что это как угроза самоубийством. Очень хорошо. Хочу вам сказать, что это лучше угрозы самоубийством, потому что это значит, что вы осуществили свою угрозу.

Приведенный выше ответ дан в высшей степени неуважительном тоне, поскольку большинство клиентов полагают, что в глазах психотерапевтов угроза является признаком психотерапевтического прогресса. Психотерапевтическое

значение неуважительного тона часто заключается в «шоке», который на время ослабляет неадаптивные убеждения клиента и открывает путь к поиску новых возможных реакций.

К: Когда я говорила ей, как плохо себя чувствую, я подумала, что сделаю это. Врач никак на это не отреагировал.

Т: Что же она сделала? Сказала, что позовет врача?

К: Она позвала.

Т: Хорошо. Что было дальше?

К: Она вернулась. Была приветлива и просто сказала: «Мне очень жаль, но доктор сказал "нет"».

Т: Тогда вы ощутили гнев?

К: Не знаю, был ли это гнев, но я почувствовала обиду.

Т: Правда? Это интересно. Итак, вы обиделись...

К: Потом я стала гладить своего плюшевого мишку и немного всплакнула.

Т: Вы решили нанести себе увечье до или после?

К: До.

Т: Хорошо. Таким образом, это не было опрометчивое решение. Вы его обдумали. А когда вы решили его осуществить?

К: В субботу, попозже.

Т: Когда именно?

К: После того, как устала плакать.

Т: Итак, вы лежали в постели и плакали, чувствовали себя обиженной, нелюбимой, словно вы не были достойны помощи?

К: Да.

Т: В таком случае, это действительно правильная реакция. Этому я и хотела вас научить. Но вы справились и без меня. Как же вы перешли от плача, ощущения себя нелюбимой к решению нанести себе повреждение, вместо того чтобы уснуть...

К: Потому что потом я разозлилась. Я сказала себе: «Черт побери, я ему покажу».

Т: Вы перестали плакать, а потом начали злиться, или, разозлившись, перестали плакать?

К: Думаю, злость заставила меня прекратить плакать.

Т: Иначе говоря, вы взбодрились. Должно быть, у вас было множество разных мыслей, пока вы лежали и плакали. О чем вы тогда думали?

К: Какое-то время мне хотелось, чтобы кто-нибудь пришел и позаботился обо мне.

Т: Гм. Весьма разумно. Имеет смысл ждать этого и в дальнейшем. Возможно, от этого что-то могло измениться. Что могло бы произойти, если бы вы попросили медсестру прийти, поговорить с вами, поддержать за руку?

Основная цель поведенческого анализа — создание маршрута, которым клиент приходит к дисфункциональным реакциям, при этом намечаются возможные альтернативные тропинки. В данном случае психотерапевт искала места, где клиентка могла бы начать вести себя иначе.

К: У них нет на это времени.

Т: Правда? Вы думаете, что это не помогло бы?

К: Не знаю. Она не смогла бы мне помочь.

Т: В ее присутствии вы могли бы ощутить заботу.

К: Да, но вряд ли это помогло бы.

Т: Что же могло вам помочь?

К: Назначение обезболивающего.

Т: Я так и думала, что вы это скажете. У вас одностороннее мышление. А теперь послушайте: нам надо придумать что-то, чтобы вам помочь, ведь не может совсем не

быть никаких средств. Вряд ли целый мир настроен против вас. К любой цели можно прийти разными путями, потому что каждый из нас встречает препятствия на своем пути. Жизнь подобна движению по тропинке, то и дело натыкаясь на кочки. Обязательно существуют другие пути к месту назначения. В вашем случае основная проблема заключается не в вашем больном колене, а в том, что вы не ощущаете заботы. Кроме того, у вас, скорее всего, проблемы с чувством гнева, а также с тем, что, как вам кажется, окружающие вас не уважают, не ценят, не одобряют, не поддерживают.

К: Да.

Т: Итак, в действительности проблема заключается не в вашем колене. Если бы вы находились со мной на плоту, вы бы справились с болью в отсутствие лекарств, верно? То есть дело не в боли; вы ощущаете, что к вам не проявляют заботы, вас инвалидизируют. Это мое предположение. Как вы думаете, оно верно?

К: Да.

Т: Понимаете, вопрос стоит так: есть ли способ ощутить заботу и поддержку, если не рассчитывать в этом на окружающих?

К: Нет.

Т: Это вполне определенный ответ типа «Другого способа не существует» или более открытый, вроде «Я не вижу иного способа, но допускаю его существование»?

К: Думаю, другого способа нет.

Т: Значит ли это, что вы даже не захотите узнать иной путь?

К: Например?

Т: Пока не знаю. Его надо найти. Видите ли, я считаю, что когда вы сильно страдаете или о вас не заботятся, не принимают всерьез, вы испытываете желание причинить себе вред и даже умереть. Проблема, которую нам предстоит решить, заключается в том, как находиться в ситуации, которую вы считаете несправедливой, не причиняя себе вреда в надежде ее разрешить. Готовы ли вы к этому?

К: Да.

Как показано выше, поведенческий анализ часто представляет собой трудоемкий и изматывающий процесс как для клиента, так и для психотерапевта. Психотерапевт часто испытывает отчаяние и готов оставить свои усилия, что можно сравнить с поиском следов под опавшими листьями: следы наверняка имеются, надо лишь разгрести листья, но для этого требуется много времени и сил. При повторном проведении анализа, однако, клиент усваивает, что психотерапевт не отступит. Подобная настойчивость со стороны психотерапевта в конце концов перевесит нежелание клиента осваивать новые виды поведения, направленные на решение проблем. По мере освоения клиентами все новых поведенческих навыков предпринимаются более адаптивные попытки разрешения проблем.

На следующей сессии (приблизительно через 10 месяцев после начала психотерапии) клиентка явилась на сессию в зеркальных солнцезащитных очках (сно ва) и была разозлена тем, что ее заставляют оплачивать не ее счета. Кроме того, психотерапевт в течение недели отсутствовал в городе. Сессия была направлена на эмоциональную регуляцию и эффективное межличностное взаимодействие. Использовались такие стратегии, как диалектическая (метафора), валидизация (ободрение), решения проблем (прояснение обстоятельств, управление непредвиденными обстоятельствами), стилистическая (реципрокная коммуникация, неуважительная коммуникация), интеграции (налаживание взаимодействия). В первом фрагменте психотерапевт применяет стратегии ободрения, прояснения обстоятельств и управления непредвиденными обстоятельствами, чтобы подвести

клиентку к необходимости снять солнцезащитные очки и поработать над выражением гнева.

Т: Нет ничего катастрофического в том, что вас заставляют оплачивать неправильные счета, ничего странного нет и в том, что вы злитесь из-за этого. Конечно, это несколько усложнило вашу жизнь, но вы вполне способны с этим справиться. Вы действительно сильная женщина; вы приняли это слишком близко к сердцу. Но вам надо с этим разобраться. Я хочу вам помочь, но одной мне не справиться. Вам придется поработать вместе со мной.

К: Как?

Т: Ну, для начала снимите очки.

Психотерапевт начала диалог, попытавшись представить ситуацию как вполне обычную («Это не катастрофа...»), валидируя клиентку («Это несколько усложнило вашу жизнь...»), выражая ободрение («...вы вполне способны с этим справиться... Вы действительно сильная женщина...»). Далее психотерапевт перешла к прояснению обстоятельств, указав, что предоставление помощи напрямую зависит от готовности клиентки работать. Психотерапевт немедленно потребовала от клиентки реакции, соответствующей ее поведенческому репертуару.

К: Я так и знала, что вы это скажете.

Т: А я знала, что вы это знаете.

К: По-вашему, во всем виноваты очки.

Т: Ну, а вам нравится смотреть на себя, разговаривая с другим человеком? *{Продолжительная пауза.}* Лично мне это дается с трудом. Более того, мне кажется, что и вы чувствуете себя неудобно. Думаю, вам станет лучше, если вы снимите очки. Это как первый шаг, всегда чувствуешь себя лучше, когда идешь вперед. Я знаю это по личному опыту. *{Продолжительная пауза.}* Вот что вам надо бы сделать; снимите очки, а потом мы с вами обсудим, как вам справляться со своим гневом. В этом нет ничего странного. В вашей жизни произошло нечто, из-за чего вы боитесь проявлять гнев, и нам надо с этим разобраться, нам с вами. Это всего лишь проблема, которую нужно решить. Это не катастрофа; это далеко не самое сложное из того, что приходится делать. Это не только ваша проблема, но и моя. Мы решаем проблемы; мы команды по разрешению проблем. *{Пауза.}*

К *{снимает солнцезащитные очки}*: Хорошо.

Т: Благодарю вас. Я знаю, для вас это важный шаг.

Применение психотерапевтом реципрокной коммуникации позволило клиентке понять ее отношение к очкам. Обратите внимание на установку обыденности явления, которой придерживается психотерапевт, и настойчивые попытки представить ситуацию как вполне обычную (например, «В этом нет ничего странного... это далеко не самое сложное из того, что приходится делать»). Также отметим переформулировку проблемы как задачи, требующей решения, а также применение психотерапевтом стратегии налаживания отношения с целью укрепить психотерапевтический альянс. Психотерапевт также уделила внимание валидации клиентки, дав ей понять, что знает, каково ей приходится.

Т: А теперь за дело, я хочу, чтобы вы заглянули в себя. Знаю, у вас получится. Вы не можете отказаться. Вы не поскользнетесь. Продолжайте идти. Просто выражайте мне свои чувства. Что вы злитесь на себя, что вы злитесь на кредиторов, что ужасно злитесь на меня. *{Длинная пауза.}*

К *{едва слышно}*: Я злюсь на вас, на себя и на кредиторов.

Психотерапевт вновь прибегла к ободрению и похвале, стремясь подтолкнуть клиентку к прямому выражению гнева.

Т: Отлично, вы живы? *{Продолжительная пауза.}* Великолепно. Вам трудно? *{Продолжительная пауза.}* Как дела? А теперь произнесите это с чувством. Не могли бы вы сказать это с большей силой?

К: *{отрицательно качает головой.}*

Т: Вы можете. Я знаю, что это в вас есть. Я хорошо представляю себе ваши сильные стороны. Не знаю, почему, но это так. И я знаю, что вы способны на это, вам это необходимо, это надо произнести энергично. Выразите свой гнев. Не обязательно визжать, кричать, швырять вещи. Просто скажите вслух «Я в гневе!» *{Продолжительная пауза.}* Если хотите, конечно, можете покричать; можно просто сказать «Я в гневе!»

К: Это все, что я могу сделать.

Т: Надо рискнуть. Не проходите мимо. Рискните. Вы словно скалолаз, мы подошли к расселине, она очень глубокая, но повернуть назад мы не можем, потому что надвигается лавина; единственный выход — прыгнуть через расселину. Сделайте это. Расскажите мне, как вы злы, чтобы я поняла ваши чувства.

К *{продолжительная пауза}*: Не могу.

Т: Дерьмо.

К: Вы хотите, чтобы я разозлилась на вас, не так ли?

Т: Мне все равно, на кого вы будете злиться. Думаю, вы уже порядком разгневаны. Я хочу, чтобы вы выразили свои чувства. Сегодня я больше не буду просить вас ни о чем. Единственное, чего я от вас жду, — сказать «Я в гневе» соответствующим голосом; полагаю, вы на это способны. Если вы этого не сделаете, я могу разозлиться. Вряд ли это произойдет, но я такой возможности не исключаю. Все в порядке. Я могу разозлиться, вы можете разозлиться, каждый из нас иногда может злиться, и все мы при этом останемся живы.

Ободрение и метафора не дали успеха: клиентка так и не смогла выразить гнев. Следовательно, психотерапевт переключилась на неуважительную коммуникацию, пытаясь заставить клиентку «сойти с рельсов». Также отметим, как психотерапевт сообщила клиентке о возможных негативных последствиях отказа выразить гнев (в частности, «...я могу разозлиться...»). Таким образом, психотерапевт использовала силу взаимоотношений, чтобы подтолкнуть клиентку к изменению.

Т: Итак, насколько силен ваш гнев? По шкале от одного до ста баллов, какая отметка вам соответствует? При ста вы готовы на убийство. Ваш гнев настолько силен, что вы вступили бы в открытую схватку.

К *{едва слышно}*: Вероятно, сто.

Т: Правда?

К: Они знают мою ситуацию.

Т: Гм.

К: Они настаивают.

Т: Гм. *{Пауза.}* На кого гневаться наиболее безопасно? На себя, меня, кредиторов?

К: На кредиторов.

Т: Хорошо, а теперь опишите, как именно вы злитесь. Не обязательно соответствовать отметке сто баллов. Достаточно пятидесяти.

К: Они меня достали! *{Говорит громко, со злостью в голосе.}*

Т: Согласна, черт побери. Вы тоже меня достали.

Как видно из диалога, главная трудность в терапии клиентов с ПРЛ заключается в их отказе от поведенческой работы. Таким образом, совершенно необхо-

димо, чтобы психотерапевт проявлял настойчивость и не сдавался, если клиент говорит: «Не могу». В подобных ситуациях использование неуважительной коммуникации часто позволяет сделать прорыв и вырвать у клиента согласие.

Благодарности

При написании данной главы мы пользовались поддержкой гранта Национального института психиатрии (National Institute of Mental Health Grant No. MH34486 на имя Marsha M. Linehan). Части главы взяты из следующих работ: Linehan (1993a), Linehan & Koerner (1992), Koerner & Linehan (1992), Linehan (1997). Цитаты из работы Linehan (1997) в разделе по валидации воспроизведены с разрешения Американской психологической ассоциации.

Примечание

1. В период между написанием главы и публикацией второго издания книги, после 14 месяцев психотерапии, Синди погибла от передозировки назначенных ей лекарственных препаратов в сочетании с алкоголем. Мы рассматривали вопрос о замене данного примера из практики другим, более успешным. Однако в память о Синди, а также потому, что, по нашему мнению, из терапевтической неудачи можно извлечь информации не меньше, чем из удачного случая, мы решили ничего не менять.

Непосредственным поводом передозировки лекарств у Синди был ее звонок бывшему мужу, во время которого она узнала, что он живет с другой женщиной. Как она сообщила своему психотерапевту во время телефонного разговора на следующее утро, погибла ее невысказанная надежда на то, что они когда-нибудь воссоединятся или, по крайней мере, останутся близкими друзьями. Вечером того же дня она позвонила в слезах, сообщила, что много выпила. Подобные эпизоды пьянства случались несколько раз и до этого, поэтому в телефонном разговоре терапевт пыталась ободрить Синди, вселить надежду, обсудить, как ей жить без мужа, а также использовала техники кризисного вмешательства, чтобы помочь пережить этот вечер и дотянуть до сессии на следующий день. Подруга Синди была дома и согласилась поговорить с ней, посмотреть вместе телевизор и лечь спать (что неукоснительно выполнила). Синди заявила, что ей хочется покончить с собой, но она перестанет пить и не станет наносить себе повреждений до очередной сессии. Психотерапевт предложила ей перезвонить позднее, если в этом будет необходимость. На следующий день, когда Синди не явилась на встречу, психотерапевт позвонила ей домой как раз в тот момент, когда подруга нашла ее в постели мертвой.

На этом этапе психотерапевту предстояло разрешить множество задач. Психотерапевт позвонила своим коллегам, которые занимались лечением данной клиентки, чтобы проинформировать их о случившемся, поговорила с юристом о границах конфиденциальности в связи со смертью клиентки. Когда родственники (родители Синди и бывший муж) были извещены, психотерапевт позвонила каждому из них с выражением соболезнований. На следующий день психотерапевт (которая была старшим психотерапевтом и супервизором в терапевтической команде) собрала участников вмешательства для обсуждения и проработки случая

самоубийства. Особенно важно было известить индивидуальных психотерапевтов и оставшихся трех участников группы тренинга навыков, которую посещала Синди. Участники группы узнали о самоубийстве от своих индивидуальных психотерапевтов. Тем не менее в первые же минуты после начала очередной групповой сессии двое участников стали проявлять серьезные суицидальные намерения, одного из них пришлось на короткое время госпитализировать. (Через две недели после самоубийства, однако, состояние обоих улучшилось, и они продолжили терапию.) Третий участник группы воспользовался данным случаем, прекратил ДПТ и переключился на другую психотерапию, заявив, что данное вмешательство неэффективно. После самоубийства клиентки психотерапевт пришла на похороны и встретила с подругой и родителями Синди.

Какие выводы можно сделать из этого самоубийства? Во-первых, важно отметить, что даже при точном соблюдении методик вмешательства клиента можно потерять. Даже эффективное на первый взгляд вмешательство может в конце потерпеть неудачу. В данном случае так и произошло. Это не значит, что достигнутые успехи были малозначительными или нереальными. Если бы удалось в спокойной обстановке обсудить все эти скользкие вопросы, возможно, клиентке в конце концов удалось бы наладить нормальную жизнь. Нельзя полностью устранить риск, даже если индивид добивается значительных успехов. В данном случае психотерапевт во время последнего телефонного разговора не верила, что клиентка имеет повышенный риск совершения самоубийства. В отличие от множества предыдущих телефонных звонков и психотерапевтических сессий, когда клиентка плакала и выражала сомнения в том, что сможет удержаться, во время последнего разговора она строила планы на вечер, соглашалась перестать пить и не предпринимать попыток самоубийства; после разговора психотерапевт и проживавшая с Синди подруга сочли, что настроение ее улучшилось. Подруга была дома и в любой момент могла прийти на помощь. Таким образом, психотерапевт в тот вечер не стала предпринимать решительных мер для профилактики самоубийства. Действительно, основной темой разговора было пьянство. Тема самоубийства была затронута психотерапевтов в процессе оценки риска. Почему психотерапевт об этом подумала? Единственным (возможным) объяснением может быть то, что психотерапевт уделила больше внимания предпосылкам пьянства, чем выраженному в конце разговора аффекту. Просматривая свои записи о клиентке, психотерапевт заметила, что все предшествующие серьезные попытки самоубийства предпринимались в результате убежденности клиентки в разрыве отношений с мужем. Хотя клиентка смогла пережить уход мужа, она не смогла смириться с утратой надежды на последующее воссоединение, пусть даже спустя много лет. Если бы психотерапевт связала эти два момента (полную утрату надежды и попытку самоубийства), она бы смогла разработать более удачный план профилактики рецидива кризиса у клиентки поздним вечером того дня. В данном случае показана важность тщательных оценок поведения и выявление поведенческого стереотипа.

Во-вторых, когда все сказано и сделано, индивид с ПРЛ обязан суметь и пожелать вынести невообразимую боль, пока у психотерапевта не появится шанс оказать ему помощь. В конечном счете терапевт не может спасти клиента; это может сделать только сам клиент. Даже если допущены ошибки, клиент должен проявить стойкость. В данном случае требование методики ДПТ «о неназначении

смертельно опасных лекарств потенциальному самоубийце» было нарушено, хотя у клиентки в анамнезе было несколько эпизодов серьезной передозировки лекарственных препаратов. Почему это произошло? На это есть две основных причины. Первая: клиентка начала психотерапию с твердым убеждением в том, что назначенные ей лекарственные препараты жизненно необходимы. Всякая попытка со стороны психотерапевта отменить лекарства встречала яростное сопротивление. Хотя лекарства выдавались клиентке в небольших дозах, единственным безопасным вариантом было бы поручение проживавшему с Синди надежному человеку (сначала мужу, а потом подруге) следить за приемом препаратов, от чего клиентка также отказывалась. Кроме того, требование методики ДПТ о назначении «смертельно опасных препаратов» не раз подвергалось критике со стороны некоторых специалистов, полагающих, что психотропные препараты являются вмешательством выбора у суицидальных индивидов. Поскольку в данном случае клиентку поддерживал ее психиатр, психотерапевту пришлось уступить. Вторая причина заключалась в том, что суицидальное поведение клиентки во время психотерапии заключалось в нанесении себе резаных ран, таким образом, использование лекарственных средств с целью самоубийства представлялось маловероятным, и у психотерапевта возникло ложное ощущение безопасности в отношении лекарств.

В-третьих, самоубийство одного из участников группы чрезвычайно тяжело переносится клиентами с ПРЛ, проходящими групповую психотерапию. Хотя легче считать, что в группе с ориентацией на психологическое просвещение и поведенческие навыки не формируется стойких альянсов, наш опыт говорит об обратном. Самоубийство одного из участников является буквально катастрофой и может привести к парасуицидам, суицидам, досрочному прекращению психотерапии. Таким образом, групповые встречи в течение какого-то времени после самоубийства следует проводить с величайшей осторожностью. Сходная задача стоит и при работе с терапевтической командой, где нить надежды, удерживающая психотерапевтов перед лицом сложной задачи, готова порваться. Важно, чтобы личные реакции психотерапевтов, их горе и скорбь, были разделены и приняты. Страх судебного преследования, что недалеко от истины, должен встречать прямой отпор; в случае необходимости следует обращаться к юристу; со временем обязательно надо провести детальный разбор случая и хода психотерапии, чтобы в будущем вмешательство стало более эффективным.

Литература

- Adler, G. (1981). The borderline-narcissistic personality disorder continuum. *American Journal of Psychiatry*, 138, 46-50.
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 60, 83-96.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1979). Structural analysis of differentiation failure. *Psychiatry*, 42, 1-23.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1080-1086.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Kroll, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51-87.
- Clarkin, J. E., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1038-1043.
- Clarkin, J. E., Widiger, T. A., Frances, A. J., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Comelius, J. R., Soloff, P. H., George, A., Ulrich, R. E., & Perel, J. M. (1993). Haloperidol vs. phenelzine in continuation therapy of borderline disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 333-337.
- Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111-119.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEC findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 15, 202-211.
- Dimeff, L. A., McDavid, J., & Linehan, M. M. (1999). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 113-138.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.
- Faltus, E. (1984). The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 802-803.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Grayson, J. B. (1985). Imaginal and in vivo exposure: A comparison with obsessive-compulsive checkers. *Behavior Therapy*, 16, 292-302.
- Fossati, A., Madeddu, E., & Maffei, C. (1999). Borderline personality and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13, 268-280.
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1986). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 519-522.
- Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1989). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: A review. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 515-523.
- Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287-297.
- Gottman, J. M., & Katz, L. E. (1990). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25, 373-381.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The Diagnostic Interview for Borderlines. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hollandsworth, J. G., Jr. (1990). *The physiology of psychological disorders*. New York: Plenum Press.
- Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., Aro, H., & Lonnqvist, J. K. (1997). Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 297-305.
- Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.

Биполярное аффективное расстройство¹

Дэвид Дж. Микловиц

Цель данной книги - представить креативные и важные психологические вмешательства, эффективность которых эмпирически доказана. Глава, посвященная биполярному расстройству, написана Дэвидом Дж. Микловицем специально для настоящего издания, однако речь в ней идет об одном из наиболее значимых пополнений арсенала психологических вмешательств, если факты, свидетельствующие об эффективности данного подхода, будут накапливаться с той же скоростью. Основанный на многолетнем систематическом исследовании психологических факторов, влияющих на начало и поддержание биполярного расстройства, этот семейный психотерапевтический подход нацелен на наиболее важные психосоциальные факторы, связанные с расстройством и с плохим прогнозом (такие как нарушение циркадных ритмов, определенные стили межличностных взаимодействий). Данная глава и особенно чрезвычайно поучительный случай из практики, также иллюстрируют важную связь между психологическим и фармакологическим подходами к этой весьма тяжелой форме психопатологии.

Дэвид Х. Барлоу

Биполярное расстройство — одно из наиболее известных психических расстройств, диагностика которого может считаться вполне надежной. За последнее столетие наши представления об этом расстройстве заметно изменились, однако первое описание (Kraepelin, 1921) «маниакально-депрессивного душевного заболевания» чрезвычайно напоминает современные формулировки. Эта глава начинается с обзора основной информации о данном расстройстве, его диагностике, течении и фармакотерапии. Все эти сведения интересны сами по себе, а также позволяют обосновать необходимость психосоциального вмешательства в качестве дополнения к фармакотерапии. Большая часть главы посвящена ограниченному по времени амбулаторному психосоциальному сфокусированному на семье вмешательству *{family-focused treatment, FFT}*, которое включает три связанных между собой модуля: психологическое просвещение, тренинг коммуникативных навыков *{CET}*, а также тренинг навыков решения проблем (Miklowitz & Goldstein, 1997). Этот подход предназначен для пациентов с недавним эпизодом мании или депрессии.

Диагностика биполярного расстройства

Критерии *DSM-IV*

Основная отличительная особенность биполярного расстройства — выраженное нарушение аффективной регуляции, или скачки настроения от минимума (депрессия) до максимума (мания). Пациенты в маниакальном эпизоде отличаются эйфоричным, приподнятым настроением или раздражительностью; поведенческой активацией (например, усиленной активностью, направленной на достижение цели, чрезмерной вовлеченностью в рискованные виды деятельности, сниженной потребностью в сне, повышенной разговорчивостью или склонностью произносить речи); измененным когнитивным функционированием (мания величия или раздутое самомнение, полет идей, скачки мыслей, отвлекаемость), как правило, продолжительностью больше одной недели.

Для диагноза маниакального эпизода налицо должны быть признаки того, что психосоциальное функционирование человека (супружеское, профессиональное или социальное) нарушено; что требуется госпитализация; или имеются психотические проявления (например, мания величия) (см. *DSM-IV*; *American Psychiatric Association*, 1994b.)

Пациенты в гипоманиакальном эпизоде проявляют многие из вышеперечисленных симптомов, однако продолжительность их обычно короче (например, четыре дня и более). Гипоманиакальные симптомы не влекут за собой выраженного нарушения социального или профессионального функционирования, не связаны с необходимостью госпитализации или психозом. Однако эти симптомы должны отражать реальное изменение обычного поведения, заметное окружающим. Различия между манией и гипоманией имеют скорее характер количественных, нежели качественных, с трудом поддаются надежной клинической диагностике. Часто степень нарушения функционирования вследствие поведенческой активации самим пациентом недооценивается, поскольку сам он замечает в себе лишь хорошее. Данная глава посвящена привлечению значимых других пациента (в частности, родителей, супругов/партнеров, сиблингов) с биполярным расстройством к диагностике и вмешательству.

Некоторые пациенты с биполярным расстройством (40% и более; Calabrese, Fatemi, Kujawa, & Woyshville, 1996) переживают смешанные эпизоды, в которых критерии для большого депрессивного эпизода и маниакального эпизода удовлетворяются практически каждый день на протяжении не менее одной недели. Симптомы обоих полюсов расстройства переживаются одновременно. Границы между «чистой» и смешанной манией нечеткие, потому что депрессия часто скрывается за маниакальным фасадом и легко провозмущается ситуационными факторами (Young & Harrow, 1994).

В Руководстве *DSM-IV* диагностика биполярного расстройства несколько отличается от предыдущих систем *DSM*. Во-первых, клиницист должен определить, удовлетворяет ли пациент кросс-секционным критериям для маниакального или смешанного эпизода. Только в этом случае ставится диагноз биполярного расстройства I. Если пациент в настоящее время удовлетворяет критериям *DSM-IV* для большого депрессивного эпизода, ему будет поставлен диагноз биполярного расстройства лишь при наличии в анамнезе маниакальных, смешанных или гипо-

маниакальных эпизодов; в противном случае наиболее вероятным диагнозом станет тяжелое депрессивное расстройство (единичный или повторный эпизод) или другое расстройство настроения. Если пациент находится в ремиссии, должны быть указания на маниакальные или смешанные эпизоды в анамнезе. Одним из применений этого довольно сложного набора диагностических правил является то, что на основании единичного маниакального или смешанного эпизода, даже в отсутствие документированной депрессии, можно поставить диагноз биполярного расстройства I. Ключевое слово в данном случае «документированная», потому что пациенты часто скрывают наличие в анамнезе депрессии, сообщая об этом лишь при детальном расспросе.

Как изменилась диагностика биполярного расстройства?

Каждое издание Руководства *DSM* вносит изменения в наши представления о биполярном расстройстве. Во-первых, в *DSM-IV* различаются биполярные расстройства I и II. В предыдущем издании пациенты имели маниакальные или смешанные эпизоды с полным набором симптомов. При биполярном заболевании II у пациентов бывают лишь гипоманиакальные эпизоды. В отличие от биполярного расстройства I, при II типе расстройства обязательно наличие большого депрессивного эпизода. (В данной главе термин «биполярное расстройство» относится к биполярным расстройствам I и II по критериям *DSM-IV*, если нет особых оговорок.)

В Руководстве *DSM-IV* также имеется характеристика течения расстройства, «быстрая цикличность», что присуще 13-20% пациентов (Calabrese et al., 1996), причем женщины страдают чаще (Coryell, Endicott, & Keller, 1992). Это сложный для диагностики вариант течения, который часто путают со смешанными эпизодами. Смешанный эпизод говорит о проявлениях мании и большой депрессии в единичном эпизоде, в то время как быстрая цикличность означает, что пациент имел четыре и более отдельных эпизодов тяжелой депрессии, мании, гипомании или смешанных эпизодов в течение одного года. Трудность использования этой характеристики течения состоит в том, что не всегда можно с точностью сказать, когда заканчивается один эпизод и начинается следующий: если пациент быстро переключается с мании на депрессию в течение 48 часов (некоторые называют такое течение «сверхбыстрой цикличностью»), можно ли считать это новыми эпизодами или же различными проявлениями одного эпизода? Быстрая цикличность представляет собой преходящую фазу расстройства, а не устойчивую характеристику (Coryell et al., 1992).

Наконец, в *DSM-IV* рассматривается сложная проблема пациентов с депрессией, у которых развился маниакальный, смешанный или гипоманиакальный эпизод на фоне приема антидепрессантов или других активирующих препаратов. В связи с влиянием антидепрессантов на метаболизм серотонина, норадреналина и дофамина может развиться возбуждение, в частности у пациента, который имеет биологическую предрасположенность к перепадам настроения.

Если у пациента никогда не было маниакальных эпизодов, и вдруг такой эпизод развивается после приема антидепрессанта, наиболее вероятным диагнозом будет вызванное лекарственным препаратом расстройство настроения. О диагнозе биполярного расстройства можно думать лишь в том случае, если симптомы

мании предшествовали приему антидепрессанта (что трудно оценить анамнестически) или если симптомы мании длятся не менее месяца после отмены антидепрессанта. Сходные диагностические соображения применимы к пациентам, которые злоупотребляют психоактивными веществами (например, кокаином, амфетамином) с психомиметическим действием, способными вызвать маниакальные состояния.

Сопутствующие заболевания и дифференциальная диагностика

Биполярное расстройство часто сочетается с другими патологическими состояниями. В одном из исследований (*Epidemiologic Catchment Area Study*; Regier et al, 1990) было обнаружено следующее: 46% пациентов с биполярным расстройством по критериям *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) также удовлетворяли критериям *DSM-III* для пагубного употребления алкоголя в течение жизни (15%) или алкогольной зависимости (31%); 41% удовлетворяли критериям для злоупотребления (13%) или зависимости (28%) от других психоактивных веществ. В целом 61% пациентов удовлетворял критериям для злоупотребления какими-либо психоактивными веществами или зависимости. Биполярное расстройство часто сочетается с тревожными расстройствами, расстройствами пищевого поведения и расстройствами личности. Расстройства, с которыми сочетается биполярное расстройство, имеют в своей основе общее качество — нарушение аффективной регуляции.

Особенно трудно дифференцировать биполярное расстройство от расстройств оси II. Например, отличительной особенностью пограничного расстройства личности является аффективная нестабильность. По мнению некоторых исследователей (Akiskal, 1996), клиницисты часто принимают за проявления патологии оси II субсиндромальное расстройство настроения. При тщательном проведении исследований, посвященных сочетанным проявлениям биполярного расстройства и расстройств оси II, делаются достаточно сдержанные выводы о частоте их одновременной встречаемости. Например, по результатам двух исследований (Carpenter, Clarkin, Click, & Wilner, 1995; George, Miklowitz, & Richards, 1996), не более 22-28% пациентов с биполярным расстройством удовлетворяют диагностическим критериям для расстройств оси II, если проводить оценку в период ремиссии. Более того, сопутствующим диагнозом из раздела оси II не всегда оказывается пограничное расстройство личности; часто это расстройство из Кластера C (например, расстройства по типу избегающей или зависимой личности).

Иногда бывает трудно провести границы между биполярным и униполярным заболеваниями. Депрессии при биполярном и униполярном расстройствах имеют сходные проявления. Имеются некоторые основания полагать, что биполярные депрессии чаще характеризуются более выраженной задержкой психомоторной реакции наряду с меньшей ажитацией, тревогой и соматизацией по сравнению с униполярными депрессиями (Beigel & Murphy, 1971; Goodwin & Jamison, 1990; Katz, Robins, Croughan, Secunda, & Swann, 1982). Другие считают, что биполярные депрессии имеют меньшую продолжительность, чем униполярные, и чаще характеризуются перепадами настроения, суточной вариабельностью, плохим самочувствием по утрам и дереализацией (Goldberg & Kocsis, 1999;

Mitchell et al, 1992). Еще сложнее различить ажитированную депрессию униполярного типа и смешанную манию биполярного типа; оба этих состояния характеризуются чувством печали, высокой тревожностью, беспокойством, возбуждением. Рекомендуется (Goldberg & Kocsis, 1999) подходить к дифференциальной диагностике этих состояний с учетом таких особенностей, как целеустремленность и энергичность (несмотря на недостаточный сон), что более типично для биполярного расстройства, чем для униполярной депрессии.

Дифференциальная диагностика биполярного расстройства и шизофрении — также непростая задача. Когда у пациента с шизофренией развивается психотический эпизод, он выглядит возбужденным, обуреваемым грандиозными планами или, напротив, подавленным. В авторитетной работе, опубликованной до выхода в свет *DSM-III*, Поуп и Липински (Pope & Lipinski, 1978) отмечали, что пациенты с традиционными шизофреническими «симптомами первого порядка по Шнейдеру» (например, внушение мыслей, бред воздействия) часто страдают биполярной или даже униполярной депрессией. Отчасти для преодоления этих диагностических трудностей в Руководстве *DSM-IV* делается различие между шизоаффективным расстройством и большими расстройствами настроения с психотическими проявлениями. При шизоаффективном расстройстве бред и галлюцинации сохраняются не менее двух недель, даже в отсутствие выраженных аффективных симптомов. При больших расстройствах настроения психотические проявления возникают только в периоды значительных нарушений настроения. Важно, что психотические симптомы, в частности «не соответствующие настроению» (бред или галлюцинации, содержание которых не имеет непосредственного отношения к чувствам печали или восторга, такие как убеждение, что мысли внушаются кем-то извне), являются предикторами плохого прогноза при биполярных и униполярных расстройствах (Brockington, Hillier, Francis, Helzer, & Wainwright, 1983; Coryell, Keller, Lavori, & Endicott, 1990; Grossman, Harrow, Fudula, & Meltzer, 1984; Grossman, Harrow, Goldberg, & Fichtner, 1991; Kendler, 1991; Miklowitz, 1992; Tohen, Watemaux, & Tsuang, 1990).

В Руководстве *DSM-IV* также описано субсиндромальное или субаффективное состояние: циклотимическое расстройство. Пациенты с этим расстройством колеблются между гипоманиакальной симптоматикой и короткими периодами депрессии, которые не достигают до критериев большого депрессивного расстройства. Как только у пациента возникает развернутый маниакальный, смешанный или депрессивный эпизод, ставится диагноз биполярного расстройства I или II. И вновь эти различия скорее касаются степени выраженности и продолжительности симптомов, чем формы их проявления. По моему личному опыту, клиницисты склонны «втискивать» пациентов с циклотимией в категорию биполярного расстройства II, особенно если складывается впечатление, что пациенты искажают свой анамнез.

Иногда имеет смысл понаблюдать за изменением настроения у пациента с течением времени, чем пытаться при первой же встрече отличить циклотимическое расстройство от биполярного. Точность сообщений пациентов можно повысить за счет самоотчетов, которые ведутся на протяжении года и более. Примером могут служить «графики жизнедеятельности» (*life charts*), на которых видны продолжительность, выраженность, полярность и функциональные нарушения, связанные с перепадами настроения (Leverich & Post, 1998).

Лекарственная терапия и течение биполярного расстройства

Стандартная фармакотерапия

Течение биполярного расстройства (его стереотип чередования рецидивов с ремиссиями) наиболее четко проявляется в связи с лекарственной терапией, позволяющей стабилизировать состояние пациентов и дать им возможность существовать в обществе. В эпоху отсутствия соответствующих препаратов (т. е. до 1960 г.) пациенты пребывали в больницах годами (Cutler & Post, 1982). В настоящее время наличие стабилизаторов настроения типа карбоната лития и противосудорожных препаратов (например, карбамазепина [тегретол], дивалпрокса натрия [депакота] и других препаратов) позволило облегчить течение биполярного расстройства (Keck & McElroy, 1996; Sachs, 1996). Эти лекарственные препараты не только устраняют острые эпизоды заболевания, но также имеют «профилактическое значение», т. е. помогают предотвратить будущие эпизоды или снизить их продолжительность или выраженность.

Большинство психиатров выделяют три этапа лекарственной терапии: *острый этап*, задача которого — устранить наиболее тяжелые симптомы маниакального, смешанного или депрессивного расстройства; *этап стабилизации*, задача которого — помочь пациенту полностью оправиться после острого этапа, что часто связано с лечением остаточной симптоматики (например, легкой депрессии) или уровнями социально-профессиональной дезадаптации; *поддерживающий этап*, на котором решается задача профилактики рецидивов и лечения остаточной симптоматики. Лекарственные препараты, рекомендуемые для лечения биполярного расстройства, варьируют в зависимости от этапа вмешательства. На остром этапе и этапе стабилизации стабилизатор настроения может назначаться вместе с антипсихотическим препаратом. Антидепрессант рекомендуется после стабилизации маниакального эпизода, если у пациента имеются остаточные симптомы депрессии. Эти этапы вмешательства соотносятся с психосоциальным-психотерапевтическим вмешательством при биполярном расстройстве, как будет показано ниже.

Динамика симптомов

Если лекарственная терапия столь эффективна, необходимо ли психосоциальное вмешательство? При медикаментозной терапии биполярного расстройства постоянно возникает проблема рецидивов. При назначениях лития или противосудорожных препаратов частота рецидивов в течение одного года колеблется от 37% (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) до 67% (Shapiro, Quitkin, & Fleiss, 1989). По мнению других исследователей (Gelenberg et al., 1989), двухлетняя «выживаемость», т. е. удельный вес пациентов, не имевших рецидивов, при биполярном расстройстве составляет 40% при обычной терапии литием, по другим данным, пятилетняя выживаемость не превышала 27% (Gitlin et al., 1995).

Репрезентативное проспективное исследование (Keck et al., 1998) было посвящено течению биполярного расстройства на протяжении 12 месяцев у 134 пациентов, которые в начале исследования имели острый маниакальный или смешан-

ный эпизод. Большинство пациентов ($n = 104$) получали терапию стабилизаторами настроения, иногда в комбинации с антипсихотическими препаратами или антидепрессантами. Исследователи выделили «синдромальное излечение», когда пациенты переставали соответствовать критериям *DSM-III-R* {*American Psychiatric Association*, 1987) для маниакального, смешанного или депрессивного эпизода в течение минимум восьми недель; «симптоматическое излечение» — более строгий критерий, согласно которому пациенты могли иметь минимальные (или никаких) симптомы расстройства настроения в течение восьми недель; и «функциональное излечение», для которого требовалось полное восстановление преморбидного уровня профессиональной занятости, дружеских контактов, интересов и независимого материального положения. Из 106 пациентов, завершивших исследование, 51 (48%) достиг синдромального излечения за 12 месяцев проспективного наблюдения. Только 28 (26%) достигли симптоматического излечения, и 25 (24%) пациентов восстановили свой уровень функционирования за время проспективного наблюдения. Предикторами неблагоприятного исхода были низкий социально-экономический статус, несоблюдение режима медикаментозной терапии, более продолжительный анамнез заболевания.

Социально-профессиональное функционирование

Пациенты с биполярным расстройством испытывают значительные трудности с социально-профессиональной реабилитацией, даже на фоне приема стабилизаторов настроения. Группа авторов обнаружила, что каждый третий пациент с манией не может устроиться на работу в течение шести месяцев после маниакального эпизода, и лишь около 20% работают в полную силу (Dion, Tohen, Anthony, & Waternaux, 1989). Другие исследователи (Coryell et al., 1993) пришли к выводу, что социально-профессиональная дисфункция, включая высокий уровень разводов, наблюдается в течение пяти лет после эпизода расстройства настроения. Оказывается (Goldberg, Harrow, & Grossman, 1995), что в течение 4,5 лет проспективного наблюдения за пациентами с большими расстройствами настроения пациенты с биполярным расстройством отличались пониженным профессиональным функционированием по сравнению со страдавшими униполярным расстройством. Более того, только 4,1% пациентов при проспективном наблюдении получили оценку «хорошего общего исхода». Пациенты в исследовании, о котором идет речь, принимали только литий или литий в сочетании с антипсихотическими препаратами. Каковы предикторы социально-профессионального функционирования? Наше наблюдение продолжительностью девять месяцев за молодыми взрослыми с биполярным расстройством после терапии литием или противосудорожными препаратами показало, что конфликты в семье, оцениваемые по негативной вербальной коммуникации между родителями и пациентом при решении семейных проблем, оказались прогностически значимыми для уровней социального функционирования при проспективном наблюдении. Важна также половая принадлежность пациента: группа авторов считает, что женщины с манией склонны к лучшему профессиональному функционированию по сравнению с мужчинами, также страдающими манией (Harrow, Goldberg, Grossman, & Meltzer, 1990). Более того, пациенты с более высоким социально-экономическим статусом достигают лучших результатов, чем пациенты с низким статусом. Последнее наблюдение было подтверждено еще в одном исследовании (Keck et al, 1998).

Складывается впечатление, что социальное функционирование и симптоматический исход — два взаимосвязанных, но самостоятельных аспекта течения биполярного расстройства, так называемые «открыто-взаимосвязанные системы» (*open-linked systems*; Strauss & Carpenter, 1972). В то время как многие исследователи полагают, будто тяжелые симптомы предрасполагают пациентов к худшим функциональным исходам. Как минимум в одном исследовании (Gitlin et al, 1995) обнаружено обратное: плохое социальное функционирование, особенно профессиональное, оказалось предиктором быстрее возникшего рецидива при проспективном наблюдении продолжительностью 4,3 года.

Несоблюдение режима лекарственной терапии

Одна из причин рецидивов биполярного расстройства — несоблюдение режима лекарственной терапии. В одном из исследований (Keck et al., 1998) только 47% пациентов полностью соблюдали лекарственные назначения в период проспективного наблюдения. Мы (Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder, & Mintz, 1988) обнаружили, что лишь около 30% молодых пациентов с недавно дебютировавшей манией регулярно принимали назначенные им лекарственные препараты при девятимесячном проспективном наблюдении. В то время как показатели соблюдения режима терапии варьируют в зависимости от методов и критериев их оценки, очевидно, что это значимый фактор риска при данном расстройстве. Джемисон с соавторами (Jamison & Akiskal, 1983; Jamison, Gerner, & Goodwin, 1979) выделили следующие факторы, предрасполагающие к несоблюдению режима лекарственной терапии: негативные чувства пациента в связи с тем, что его настроение находится под контролем препарата; тоску по периодам высокого тонуса и эйфории; побочные эффекты, которые для лития включают прибавку в весе, жажду, тремор рук.

Зачем нужна психотерапия?

Какова роль психосоциального вмешательства в лечении расстройства, имеющего прочную биологическую и генетическую основу? Несомненно, лекарственные препараты имеют первоочередное значение для терапии биполярного расстройства. Накопилось достаточно фактов в пользу того, что препараты лития и противосудорожные препараты уменьшают частоту рецидивов и улучшают функционирование пациентов. Что же можем предложить мы? Оптимальное и, возможно, чрезмерно оптимистичное представление о результатах терапии биполярного расстройства предполагает длительное отсутствие симптоматики, минимальные нарушения социального функционирования после эпизодов расстройства, активное участие в жизни общества. Одна из задач психотерапии как дополнения к фармакотерапии состоит в обучении навыкам управления симптомами, улучшении социального и профессионального функционирования, соблюдении пациентами режима приема медикаментов.

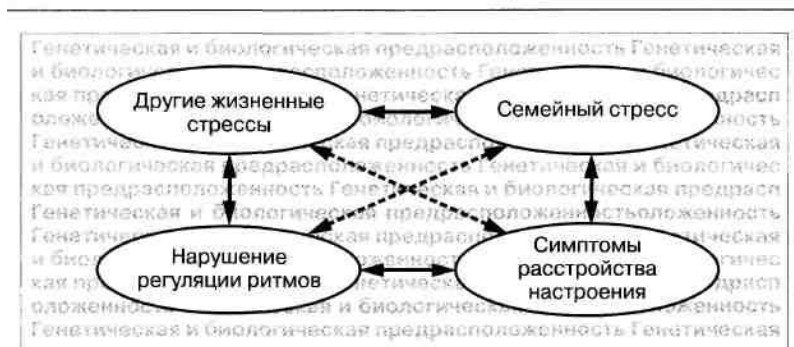
Эта задача подразумевает, что физиология больших психических расстройств не может быть полностью отделена от их психологии. Нам известно, что при обсессивно-компульсивном расстройстве изменения функций мозга (при позитронно-эмиссионной томографии) могут обнаруживаться до и после вмешательства у пациентов, откликнувшихся на поведенческую психотерапию и на терапию флу-

оксетином (прозаком) (Бахтер et al., 1992). Пришло время подумать о совместном применении психотерапии и лекарственных препаратов в терапии больших психических расстройств.

Самым сильным аргументом в пользу включения психотерапии в программу амбулаторного вмешательства оказывается помощь пациентам в совладании с индукторами стресса. Как отмечено в следующем разделе, определенные жизненные события и семейные конфликты служат факторами риска усугубления расстройства. Психотерапия может быть направлена на эти факторы, если обучать пациентов адаптивным механизмам совладания, что имеет значение в относительно благополучные периоды для профилактики рецидивов в будущем.

Модель рецидивов, основанная на концепции предрасположенности - стресса

Идея о пользе психотерапии для пациента с биполярным расстройством подразумевает, что стресс играет определенную роль в появлении симптомов расстройства настроения. Это говорит в пользу такого предположения. Каковы могут быть мишени для психосоциального вмешательства? В форме 12.1 представлена модель, в которой учтены предпосылки биохимических нарушений (например, метаболизма серотонина, дофамина, норадреналина, ГАМК), а также два типа стресса, на которые направлена семейная терапия FFT: жизненные события и нарушения функционирования семьи (см. Goodwin & Jamison, 1990; Miklowitz & Frank, 1999; Miklowitz & Goldstein, 1997).



Форма 12.1. Модель эпизодов расстройств настроения при биполярном расстройстве, основанная на нестабильности, связанной с предрасположенностью - стрессом. Из работы Miklowitz & Goldstein (1997). Copyright 1997 by The Guilford Press. Воспроизведено с разрешения (схема)

Стресс, связанный с жизненными событиями

В данной модели жизненные события оказывают влияние на появление симптомов биполярного настроения за счет нарушения привычного распорядка дня и циклов сна — бодрствования («социальных ритмов»). Гипотеза стабильности социальных ритмов (Ehlers, Kupfer, Frank, & Monk, 1993) гласит, что значительные

жизненные события могут нарушить дневные ритмы при расстройствах настроения одним из двух способов. Они могут служить для отсчета времени, нарушая устоявшиеся социальные и циркадные ритмы (например, функции нейроэндокринной системы в зависимости от времени дня). Так, бывший безработный, вынужденный работать в разные часы, должен приспосабливаться к новому стереотипу распорядка дня, в том числе к изменению привычек сна — бодрствования. Крупные события также приводят к сбоям биологического хронометра, который поддерживает стабильность ритмов. Например, супруг или партнер помогает пациенту соблюдать предсказуемый распорядок дня, вовремя ложиться спать. Разрыв отношений, помимо значительных эмоциональных проблем приведет к потере контроля над временем.

Пациенты с биполярным расстройством чрезвычайно восприимчивы даже к минимальным изменениям в привычках сна — бодрствования. Одно из исследований (Malkoff-Schwartz et al, 1998) показало, что маниакальные эпизоды часто провоцируются жизненными событиями, меняющими эти привычки (например, смена часовых поясов при авиаперелетах). В то же время депрессивные эпизоды оказались не связаны с жизненными событиями, нарушающими распорядок дня. Одним из клинических применений этих наблюдений является возможность обучения пациентов регуляции своих социальных ритмов, особенно в преддверии жизненных событий, способных эти ритмы нарушить; в этом случае можно улучшить прогноз биполярного расстройства. Таким образом, одной из мишеней вмешательства является вариабельность цикла сна — бодрствования. Это центральный момент психотерапии межличностных и социальных ритмов, разновидности индивидуальной психотерапии, о которой пойдет речь ниже (Frank et al, 1994).

Семейный стресс

Семейный конфликт также может стать питательной почвой для ускорения цикличности биполярного расстройства (см. форму 12.1). Одним из методов оценки семейного стресса служит определение уровня эмоциональной экспрессии, или «выраженных эмоций» (*expressed emotion, EE*) в семье. При этом исследовании с членом семьи (родителем, супругом/партнером, сиблингом) проводится интервью (*Camberwell Family Interview*) продолжительностью примерно один час (Vaughn & Leff, 1976). Оцениваются реакции родственников на психическое расстройство пациента, особый акцент делается на недавнем эпизоде заболевания. Позднее обученный специалист проводит оценку записей интервью по трем основным параметрам: «критические замечания» (например, «Когда я разговариваю с ним, он все время молчит, словно его и нет. Я ужасно расстраиваюсь!»); «враждебность», или личностная генерализованная критика в адрес пациента (например, «Мне все в нем не нравится»); «эмоциональная гиперопека», или склонность к чрезмерной заботе, жертвенности в обращении с пациентом (например, «Я не приглашаю в дом гостей, потому что Аллен [сын] этого не любит»).

Члены семьи с высокими показателями по одному или нескольким параметрам считаются высокоэкспрессивными (*high-EE*); остальные считаются низкоэкспрессивными (*low-EE*).

Показатели *EE* относятся к надежным предикторам течения шизофрении. В работе (Butzlaff & Hooley, 1998), посвященной метаанализу 28 проспективных ис-

следований *EE* при шизофрении, в 23 были получены сходные результаты: пациенты, возвратившиеся после эпизода заболевания в высокоэкспрессивные семьи, в 2-3 раза чаще, чем в низко экспрессивных семьях, давали рецидив в период от девяти месяцев до одного года. В нескольких исследованиях также подтверждена взаимосвязь между высокой эмоциональностью в семьях и рецидивами у пациентов с биполярным расстройством при проспективном и ретроспективном наблюдении (Honig, Hofman, Rozendaal, & Dingemanns, 1997; Miklowitz et al, 1988; Priebe, Wildgrube, & Muller-Oerlinghausen, 1989; O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson, & O'Brien, 1991).

На первый взгляд складывается впечатление, что пациенты с биполярным расстройством отличаются высокой восприимчивостью к стрессу в семейной среде, а уровни *EE* лишь выявляют базисную биологическую уязвимость. Однако взаимосвязь здесь не так проста. Во-первых, оказывается, что высокоэкспрессивные родственники пациентов с биполярным расстройством, униполярным заболеванием или шизофренией более склонны по сравнению с низкоэкспрессивными родственниками интерпретировать негативное проблемное поведение пациентов как находящееся во власти самих пациентов (см., например, Brewin, MacCarthy, Duda, & Vaughn, 1991; Hooley, 1987; Hooley & Licht, 1997; Weisman, Lopez, Karno, & Jenkins, 1993; Wendel, Miklowitz, Richards, & George, 2000). Во-вторых, пациенты с биполярным расстройством и их родственники часто вовлечены в негативные циклы межличностного взаимодействия, сопряженного с вербальной агрессией. Нам (Simoneau, Miklowitz, & Saleem, 1998) удалось обнаружить, что высокоэкспрессивные родственники пациентов с биполярным расстройством вели себя более негативно, чем низкоэкспрессивные родственники, во время межличностных взаимодействий, направленных на решение проблем. Пациенты в высокоэкспрессивных семьях более склонны участвовать в непродуктивных циклах по типу «атака-контратака». Часто пациенты бывали провокаторами подобных перепалок; нельзя считать их «жертвами» агрессивно настроенных родственников (Miklowitz, Wendel, & Simoneau, 1998; Simoneau et al., 1998).

Очевидно, программа психосоциального вмешательства должна рассматривать в качестве мишеней аспекты эмоциональной атмосферы в семье, в частности высокоэкспрессивное отношение к пациентам или негативные межличностные взаимодействия пациентов с родными. Но следует ли пытаться непосредственно повлиять на эти установки или же лучше положить конец негативному общению? Члены семьи, проживающие с супругом/партнером или ребенком, страдающим биполярным расстройством, имеют все основания злиться, вряд ли стоит уговаривать их этого не делать. Другие убеждены, что гиперопека в данной ситуации вполне оправдана.

Разрабатывая семейную терапию *FFT*, мы пришли к выводу, что как минимум одним из путей работы с этими установками и стереотипами взаимодействия является психологическое просвещение (Miklowitz & Goldstein, 1997). Психологическое просвещение предполагает предоставление пациентам и членам их семьи информации о расстройстве и его проявлениях. Как уже говорилось, родственникам необходимо понять, что неприятное поведение пациента (например, раздражительность, агрессия, неспособность трудиться или низкая производительность) частично обусловлены биохимическими изменениями вследствие заболевания. Нам как клиницистам это представляется очевидным, однако члены семьи, вынуж-

денные ежедневно общаться с пациентом, склонны приписывать подобное поведение особенностям личности, лени или злонамеренности. Сходным образом пациентам необходимо осознавать, в результате какого их поведения окружающие начинают испытывать гнев и обиду. Наконец, негативные взаимодействия невозможно полностью устранить, однако они могут стать более продуктивными благодаря техникам коммуникации и тренингу навыков решения проблем, которые предлагает поведенческая семейная психотерапия. Таким образом, семьи или пары могут научиться последовательно решать одну проблему, вместо того чтобы заниматься одновременно несколькими, использовать навыки слушания с целью избежать непродуктивных циклов атаки — контратаки. Чуть ниже эти методы будут описаны более подробно на конкретном примере из практики.

Исследование результатов вмешательства

Контролируемые исследования, посвященные исходам психотерапии при биполярном расстройстве, — явление новое, тут мы сильно отстали от исследований фармакотерапии. В данном разделе описаны рандомизированные контролируемые исследования, посвященные индивидуальной и семейной/супружеской терапии. Заинтересованному читателю предлагается обратиться к подробному обзору исследований в данной области (Craighead, Miklowitz, Vajk, & Frank, 1998; Huxley, Parikh, & Baldessarini, 2000; Miklowitz & Craighead, 2001).

Индивидуальная психотерапия

Два контролируемых исследования, посвященных индивидуальной психотерапии, заслуживают особого внимания в данном контексте. Каждое из них фокусировалось на конкретном факторе риска при биполярном расстройстве: несоблюдении режима приема лекарств (Cochran, 1984) и нарушении социальных ритмов (Frank, 1999; Frank et al., 1999). Эти психотерапевтические подходы следует отличать от более ранних, психоаналитических подходов, цель которых состояла в реструктурировании личности или проработке ранних детских конфликтов (например, Cohen, Baker, Cohen, Fromm-Reichmann, & Weigert, 1954).

В исследовании Кохрана (Cochran, 1984) 28 пациентов с биполярным расстройством, получавших литиевую терапию в амбулаторных условиях, методом случайных чисел были распределены на группы: одна получала исключительно литий, а другая, помимо карбоната лития, прошла шесть сессий индивидуальной когнитивной психотерапии. Когнитивная психотерапия была ориентирована на реструктурирование когниций, связанных с несоблюдением режима фармакотерапии. В ходе шестимесячного проспективного наблюдения пациенты после когнитивного вмешательства гораздо лучше соблюдали режим приема медикаментов, реже попадали в больницу, у них реже наблюдались эпизоды расстройства настроения, связанные с неправильным приемом лекарств. Еще в одном исследовании 23 пациентов с биполярным расстройством проводилось сравнение влияния 12-20 сессий когнитивной психотерапии в сочетании с фармакотерапией и обычного лечения с назначением лекарств (Lam et al., 2000). За 12 месяцев наблюдения пациенты, с которыми проводилась когнитивная психотерапия, имели меньше рецидивов, настроение у них было более стабильным, они более регулярно принимали назначенные лекарства, чем пациенты после обычного лечения.

Френк с коллегами (Frank et al, 1999) исследовали эффективность межличностной психотерапии при биполярном расстройстве, включавшей ключевые элементы межличностной психотерапии при депрессии, разработанной Клерманом с коллегами (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevton, 1984), а также саморегуляцию пациентами распорядка дня и цикла сна — бодрствования. Пациенты с недавним эпизодом расстройства настроения методом случайных чисел были приписаны к двум группам вмешательства: 45-минутные сессии межличностной психотерапии с препаратами, стабилизирующими настроение, или активный клинический менеджмент, также с применением лекарственных средств. Последний подход заключался в проведении 20-минутных сессий с психотерапевтом, который фокусировался на побочных эффектах лекарственной терапии и обсуждении симптомов. Частота сессий в обеих группах была одинаковой. Рандомизация была проведена в острую фазу вмешательства, когда сессии проводились каждую неделю, а затем повторно в начале поддерживающего этапа терапии, когда сессии проводились раз в две недели или раз в месяц на протяжении двух лет и более.

Предварительные результаты показали, что межличностная психотерапия и лекарственные препараты не оказывали специфического влияния на частоту рецидивов расстройства настроения или продолжительность ремиссий по сравнению с активным клиническим менеджментом и фармакотерапией. Вместе с тем, в отличие от активного клинического менеджмента, межличностная психотерапия была связана со снижением продолжительности депрессивной фазы расстройства во время поддерживающего вмешательства (Frank, 1999). Интересно отметить, что пациенты, продолжавшие одно и то же психосоциальное вмешательство от острой фазы к профилактической (т. е. межличностную психотерапию или активный клинический менеджмент), имели меньшую частоту рецидивов по сравнению с теми, кто переключался с одного вмешательства на другое при переходе от острой фазы к профилактической. Таким образом, постоянный распорядок, включая психосоциальное вмешательство, препятствует усугублению расстройства (Frank et al., 1999).

Семейная и супружеская психотерапия

В настоящее время проведено несколько исследований семейного вмешательства как дополнения к лекарственной терапии у пациентов с биполярным расстройством. Первое из них, под руководством группы авторов из Медицинского колледжа Корнелльского университета (Clarkin et al., 1990; Click, Clarkin, Haas, Spencer, & Chen, 1991), заключалось в рандомизированном распределении 186 пациентов с психотическими или аффективными расстройствами, лечившихся в стационаре, на группы краткосрочного семейного вмешательства или стандартной терапии в условиях стационара. Семейное вмешательство в среднем состояло из девяти еженедельных (или два раза в неделю) сессий и фокусировалось на помощи пациенткам и членам их семей в преодолении переживаний, связанных с госпитализацией, и планировании социальной адаптации после выписки. В период проспективного наблюдения продолжительностью 6 и 18 месяцев пациентки, прошедшие семейное вмешательство, имели менее выраженные симптомы и отличались лучшим общим функционированием по сравнению с теми, кто проходил обычное лечение в условиях стационара. Обращает на себя внимание тот факт,

что у пациенток с психотическими и аффективными расстройствами семейное вмешательство привело к улучшению (при оценке через 6 и 18 месяцев) эмоциональных установок членов семьи (например, не столь выраженные чувства отвержения в отношении пациенток). У пациенток с биполярным расстройством ($n = 21$) эффекты семейной терапии были заметны только у 14, поэтому результаты нельзя считать убедительными.

В другом контролируемом рандомизированном исследовании корнелльской группы (Clarkin, Carpenter, Hull, Wilner, & Click, 1998) проводилось сопоставление супружеского вмешательства, основанного на психологическом просвещении, в сочетании с фармакотерапией, и изолированной фармакотерапии. Размер выборки был невелик ($n = 33$), однако пациенты, проходившие супружескую терапию, лучше соблюдали режим приема медикаментов, и показатели общего функционирования на протяжении 11 месяцев вмешательства у них были лучше, чем в группе сравнения. Не обнаружено влияния супружеской терапии на изменения симптоматики у пациентов.

Семейной терапии *FFT* были посвящены два исследования, одно из них — в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе (*UCLA*; Goldstein, Rea, & Miklowitz, 1996; Rea, Tompson, Miklowitz, & Goldstein, 2000), а другое — в Университете Колорадо (Miklowitz, Frank, & George, 1996; Miklowitz et al, 2000; Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem, & George, 1999). В обоих проектах проводилось вмешательство продолжительностью девять месяцев, состоявшее из 21 сессии, ориентированное на психологическое просвещение, тренинг коммуникативных навыков и решения проблем. Участниками были пациенты и их родители или супруги. Пациенты в обоих исследованиях набирались во время эпизода биполярного расстройства и находились при этом на лекарственной терапии стабилизаторами настроения в сочетании с антипсихотическими/антидепрессивными препаратами или без них. Однако исследования эти имели важное различие: в Колорадо группа сравнения (менеджмент кризиса) проходила две сессии семейного психологического просвещения и индивидуальные кризисные сессии по мере необходимости в течение девяти месяцев.

В исследовании *UCLA* пациенты в группе сравнения проходили индивидуальный кейз-менеджмент и вмешательство по решению проблем, сходное с терапией *FFT* интенсивности (21 сессия).

Несмотря на различия в формах проведения, в двух этих исследованиях были получены сходные результаты. В проекте *Colorado Treatment Outcome Project (CTOP)* семейная терапия *FFT* и лекарственная терапия привели к снижению частоты рецидивов и увеличению продолжительности ремиссий в течение одного года (девять месяцев вмешательства плюс три дополнительных месяца проспективного наблюдения), чем менеджмент кризиса и фармакотерапия. Терапия *FFT* оказалась также связана с более выраженным улучшением симптомов депрессии, причем этот эффект обнаружился лишь на 9-м и 12-м месяцах проспективного наблюдения, но сохранялся на протяжении полных 24 месяцев. В исследовании *UCLA Family Project* действие терапии *FFT* сказалось на частоте госпитализаций за два года наблюдения. Влияние терапии *FFT* на время между рецидивами не проявлялось на первом году наблюдения, но стало заметным на втором году. Результаты обоих исследований позволяют предположить отсроченный эффект терапии *FFT*: пациентам и членам их семей, вероятно, требуется «усвоить» получен-

ную информацию и навыки, научиться применять их в повседневной жизни, прежде чем это скажется на течении заболевания.

Эта последняя гипотеза дополнительно разрабатывалась группой авторов (Simoneau et al., 1999), которые изучали стенограммы семейного взаимодействия, полученные в колорадском исследовании *STOP* до и после терапии *FFT* или кризисного вмешательства. Семьи (пациенты с родителями или супругами) принимали участие в интерактивном оценивании, которое заключалось в 10-минутном обсуждении проблемы; эти взаимодействия стенографировались и кодировались в соответствии с Системой категорий для кодирования взаимодействий между партнерами (*Category System for Coding Partner Interactions*, Hahlweg et al., 1989). Сорок четыре семьи через один год прошли такое же оценивание, после того как были завершены протоколы терапии *FFT* или кризисного вмешательства. Обращает на себя внимание, что по результатам оценок после вмешательства (через один год) пациенты, прошедшие терапию *FFT* и кризисное вмешательство, не различались по частоте негативного поведения при взаимодействии (например, критических замечаний). Тем не менее наблюдались выраженные различия в положительных стереотипах межличностного взаимодействия, в частности на невербальном уровне. После терапии *FFT* пациенты и их родственники чаще улыбались друг другу, кивали в поддержку сказанного, наклонялись друг к другу во время разговора. Более того, степень улучшения невербального интерактивного поведения пациентов за время психосоциального вмешательства позволяла прогнозировать симптоматическое улучшение на протяжении одного года терапии. Таким образом, терапия *FFT*, по-видимому, способствует снятию напряжения в семейной атмосфере. Дополнительные исследования с проведением повторных, отсроченных оценок семейного взаимодействия и симптоматики у пациентов помогут вскрыть направленную взаимосвязь между улучшением семейной коммуникации и результирующей симптоматикой у пациентов.

Резюме

Дополнение фармакотерапии психосоциальным вмешательством, семейным или индивидуально ориентированным, ведет к улучшению прогноза биполярного расстройства. Тем не менее, делая выводы на основании столь немногочисленных публикаций, следует иметь в виду различия в целях терапии. В одних случаях оценивались частота рецидивов и выраженность симптоматики. В других основное внимание уделялось уровням общего функционирования или соблюдению режима фармакотерапии. Ни в одном из этих исследований не проводилось оценок социального или профессионального функционирования.

Оставшаяся часть главы посвящена особенностям проведения терапии *FFT*. Для кого она предназначена? Как она проходит? Как рассказывать семьям о биполярном расстройстве и как обучить их новым стилям общения или решения проблем? В процессе знакомства с этими методами у читателя могут возникнуть собственные соображения относительно различных мишеней семейной терапии (например, семейных установок или ожиданий, межличностных конфликтов, несоблюдения режима принятия лекарств) и разных вариантов исхода, на которые предположительно оказывает влияние семейная терапия за счет воздействия на соответствующие мишени.

Контекст психотерапии Цели и

структура вмешательства

У терапии *FFT* имеется шесть основных целей, каждая из которых имеет отношение к преодолению эпизода расстройства. Они обобщены в табл. 12.1. Некоторые из этих целей касаются преимущественно текущего эпизода, в то время как другие сфокусированы на вероятных эпизодах в будущем и факторах риска (стрессе) этих эпизодах. Особый акцент делается на защитном действии лекарственных препаратов и стабильном семейном окружении.

Таблица 12.1. Шесть целей сфокусированного на семье вмешательства (терапии *FFT*)

Помогать пациенту и его родным:

- в интеграции переживаний, связанных с эпизодами перепадов настроения при биполярном расстройстве;
- в принятии неизбежности таких эпизодов в будущем;
- в принятии зависимости от стабилизирующих настроение препаратов для профилактики и устранения симптомов;
- в различении личности пациента и его биполярного расстройства;
- в выявлении и умении справляться со стрессовыми жизненными событиями, провоцирующими рецидивы биполярного расстройства;
- в восстановлении функциональных взаимосвязей после эпизода перепада настроения.

Терапия *FFT* включает 21 сессию, каждая продолжительностью один час в амбулаторных условиях. Сессии проводятся еженедельно на протяжении трех месяцев; один раз в две недели в течение трех месяцев и раз в месяц еще три месяца. Такая структура была изначально предложена группой авторов (Falloon, Boyd, & McGill, 1984) для поведенческого вмешательства в семьях пациентов с шизофренией. Посессионный план отсутствует, потому что одни семьи в начале вмешательства не нуждаются в интенсивных контактах, другие начинают испытывать потребность в интенсивных контактах позднее, а некоторым вообще не требуется такого обширного вмешательства.

Вмешательство разработано таким образом, чтобы соответствовать этапам реабилитации после эпизода биполярного расстройства. На этапе стабилизации примерно семь сессий посвящены психологическому просвещению, на них пациенты и их родные знакомятся с природой, течением и терапией биполярного расстройства. На этом этапе симптоматика у пациентов все еще сохраняется, а социальное и профессиональное функционирование обычно находится на более низком уровне, чем до эпизода расстройства (см. Keck et al, 1998; Strakowski et al, 1998). Психологическое просвещение направлено на достижение клинической стабилизации за счет устранения семейных конфликтов, часто возникающих на этапе стабилизации. С этой целью пациенту и членам его семьи помогают осмыслить различные события, спровоцировавшие острый эпизод, прийти к общему пониманию причин и терапии заболевания, наметить планы поведения членов семьи при появлении признаков рецидива, сформулировать ожидания относительно функционирования пациента и семьи в период реабилитации.

Когда семья приступает к модулю тренинга коммуникативных навыков *СЕТ* (7-10 сессий), пациент обычно достигает полной стабилизации после острого эпизода, хотя остаточная аффективная симптоматика может еще сохраняться. На этом этапе пациент обычно способен выполнять упражнения, направленные на разрешение семейных конфликтов и индукцию поведенческих изменений. Например, он может практиковаться в умении слушать то, что говорит другой член семьи, то же самое в отношении пациента могут делать и его родные. Эти упражнения могут вызывать трудности, если эмоциональные нарушения у пациента сохраняются, однако структура, созданная с помощью тренинга коммуникации, способна помочь пациенту выразить свои эмоции.

Во время заключительной фазы тренинга решения проблем (4-5 сессий), как правило, достигается ремиссия, и пациент переходит на поддерживающий этап фармакотерапии. На этом этапе, иногда даже раньше, пациент и его семья мотивированы на выявление конкретных семейных проблем, связанных с заболеванием (например, как пациенту найти работу; как родителям помочь своим взрослеющим детям начать вести самостоятельную жизнь и постепенно обрести независимость), и принятие мер по их разрешению. Последние несколько сессий терапии *FFT* проводятся раз в месяц и способствуют закреплению результатов девятимесячного вмешательства.

Условия

Наша лаборатория *Colorado Family Project* была создана в 1989 г. при Университете Колорадо на факультете психологии Булдера (*Boulder's Department of Psychology*). В ее штат входят сотрудники с докторскими степенями в области психологии, выпускники факультета психологии и психиатры из местных учреждений здравоохранения, с которыми мы поддерживаем тесные связи. С 1989 г. мы провели работу со 150 пациентами с биполярным расстройством в форме психосоциальной терапии и проспективного наблюдения. Участников для своих программ мы отбираем путем скрининга пациентов психиатрических стационаров для взрослых в Денвере и Булдере или по направлению психиатров поликлинических учреждений при острых эпизодах. В вышеупомянутом исследовании *СТОР*, посвященном терапии *FFT*, мы набрали 82 пациента из стационаров и 19 из амбулаторий. Следует отметить, что, принимая в расчет стоимость пребывания в стационаре, мы набираем оттуда все меньше пациентов.

Оценивание и вмешательство происходят в разных контекстах. Так, первичное диагностическое оценивание проводится в амбулаторных условиях или в нашей исследовательской клинике на факультете психологии. Диагностическая оценка семьи до вмешательства (см. ниже) также осуществляется в лабораторных условиях. Терапевтические интервью и собеседования в рамках проспективного наблюдения обычно проводятся на дому или же в лаборатории.

Большинство психотерапевтических сессий, проведенных в рамках нашего контролируемого исследования терапии *FFT*, проходили на дому. В отличие от этого, исследование *UCLA* проходило на базе амбулатории. У вмешательства на дому имеются свои достоинства и недостатки. Вмешательство на дому проходит в естественных условиях, тренинг навыков легче генерализуется на эти условия (Falloon et al., 1984). Кроме того, встречи на дому позволяют клиницисту лечить пациентов с низким социально-экономическим статусом, не имеющих возможности

посещать университетскую клинику. Вместе с тем встречи на дому сопряжены с финансовыми и материально-техническими трудностями для психотерапевтов. В клинических условиях общественного здравоохранения решение проводить вмешательство на дому принимается с учетом ряда факторов, таких как оплата труда клинициста, возможность семьи или супружеской пары приезжать в клинику, а также других факторов, не связанных с клиническими потребностями пациента.

Характеристики клиента

Терапия *FFT* обычно проводится у взрослых пациентов с биполярным расстройством, проживающих совместно (или в непосредственной близости) со своими родителями, сиблингами или супругами/партнерами. Если раньше мы работали исключительно со взрослыми пациентами (18 лет и старше), то теперь изучаем применимость терапии *FFT* к подросткам с биполярным расстройством. Хотя нет никаких противопоказаний для проведения терапии *FFT* у пациентов с биполярным расстройством в стадии ремиссии, по нашему опыту они и их семьи слабее мотивированы к вмешательству по сравнению с теми, кто недавно перенес эпизод расстройства настроения.

Пациенты с биполярным расстройством могут иметь маниакальную, смешанную, гипоманиакальную, депрессивную или быстро сменяющуюся симптоматику. Полярность последнего эпизода представляет собой движущуюся мишень, она может измениться до того, как пациент придет на очередную сессию. Пациенты с маниакальными или гипоманиакальными проявлениями, в частности обнаруживаемые грандиозными идеями и пребывающие в приподнятом настроении, склонны отрицать наличие у себя заболевания и часто убеждены в том, что с помощью терапии их пытаются контролировать. Пациенты с депрессией могут быть сильнее мотивированы к психосоциальному вмешательству, однако иногда страдают когнитивными расстройствами, препятствующими усвоению содержания сессий. Пациенты со смешанным эпизодом или быстро меняющимся биполярным расстройством являются подходящими кандидатами для терапии *FFT*, хотя следует ожидать более злокачественного течения заболевания (Keller et al., 1986; McElroy et al, 1992; Post et al, 1989).

Пациенты с сопутствующими расстройствами употребления алкоголя и других психоактивных веществ представляют особую проблему. Они, как правило, резистентны к психосоциальному вмешательству и фармакотерапии. В этих случаях также возникают трудности с диагностикой; действие наркотиков или алкоголя может маскировать цикличность расстройства настроения. Как правило, пациенты, активно злоупотребляющие психоактивными веществами, лучше поддаются терапии, если воздерживаются от употребления этих веществ перед началом терапии *FFT*. В противном случае возникает необходимость дополнять терапию *FFT* программами против пагубного употребления психоактивных веществ (например, Анонимные Алкоголики).

Параллельная лекарственная терапия

Мы требуем, чтобы каждый пациент одновременно наблюдался психиатром, который назначает лекарственную терапию. Как правило, курс включает первич-

ный стабилизатор настроения, обычно карбонат лития или дивалпрокс натрия (депакот). Реже применяются такие стабилизаторы настроения, как карбамазепин (тегретол) и более современные препараты типа ламотридина (ламиктал) или топирамина (топомакс). Выбор препаратов отчасти определяется тем, имеются ли у пациента очерченные эпизоды мании или депрессии, при которых часто назначается литий. Если есть признаки смешанных проявлений или быстрой цикличности, то обычно рекомендуются противосудорожные препараты (*American Psychiatric Association, 1994a*). Антидепрессанты (например, пароксетин [паксил], венлафаксин [эффескор], бупропион [веллбутрин]) иногда назначаются в тех случаях, когда депрессия у пациента не проходит под действием стабилизаторов настроения, а антипсихотические препараты (например, оланзапин [зипрекса], рисперидон [риспердал], клозапин [клозарил]) добавляются, если у пациента имеется выраженное возбуждение или психотические проявления. Антидепрессанты назначаются в небольших дозах, потому что велик риск переключения депрессии в маниакальное, смешанное или быстро сменяющееся состояние (*Altshuler et al., 1995*). Отдельные наши пациенты (в частности, менее 5%) в дополнение к фармакотерапии подвергались электросудорожному вмешательству.

Основной принцип терапии *FFT* состоит в том, что семейный терапевт должен регулярно контактировать с врачом пациента. Эти взаимоотношения налаживаются с начальных этапов вмешательства. Тесные связи между специалистами, проводящими психосоциальное и фармакологическое вмешательство, повышают вероятность соблюдения пациентом режима лекарственной терапии; кроме того, снижается риск «расщепления», т. е. склонности пациента (и даже члена его семьи) иметь «хорошего» и «плохого» доктора. Например, пациенты часто жалуются на своих врачей и говорят психотерапевтам: «Мне бы очень хотелось, чтобы вы назначали мне лекарственную терапию». Психотерапевт, имеющий регулярные контакты с врачом пациента, сумеет избежать ловушки, предложив пациенту поделиться своими проблемами непосредственно с врачом.

Некоторые пациенты вообще отказываются от фармакотерапии и обращаются к психотерапии в надежде отыскать замену лекарствам. Эти пациенты зачастую имеют негативный опыт общения с психиатрами и приема лекарственных препаратов, а также могут считать себя здоровыми или верить в то, что их заболевание может быть излечено с помощью методов альтернативной медицины. Обычно мы придерживаемся довольно жестких правил в отношении таких пациентов и отказываем им в терапии *FFT*, если они не дают согласия на стандартную фармакотерапию (обычно с литием и/или противосудорожными препаратами). Пациенты с биполярным расстройством без медикаментозного лечения имеют высокий риск рецидивов, поэтому не в интересах клинициста уверять их в том, что заболевание может быть излечено с помощью одного только психосоциального вмешательства.

Характеристики психотерапевта

В исследовании *STOP* возраст психотерапевтов варьировал от 23 до 46 лет, а их клинический опыт — от 1 до 14 лет. Большинство составили студенты старших курсов факультета клинической психологии или клиницисты, недавно получившие докторскую степень. Некоторые имели хорошую подготовку по семейной психотерапии до освоения терапии *FFT* (*Miklowitz et al., 2000*).

На сегодняшний день отсутствуют исследования, посвященные характеристикам психотерапевта как предикторам эффективности семейного психологического просвещения. По нашим представлениям, имеется два фактора успеха при освоении терапии *FFT*. Первый — это способность представлять себе семью или супружескую пару как систему, в которой участники взаимозависимы и влияют на поведение друг друга. Психотерапевтам, испытывающим трудности при освоении терапии *FFT*, такое системное мышление чуждо. Они склонны, например, проводить семейные сессии так, словно это индивидуальные сессии с одним пациентом и несколькими наблюдателями. Сходные проблемы возникают и при освоении других форм семейной психотерапии.

Второй положительный предиктор — это готовность мыслить биопсихосоциально, т. е. рассматривать биполярное расстройство как заболевание с биологической основой, требующее медикаментозного лечения, даже если его симптомы частично вызваны действующими стрессорами. Таким образом, психотерапевт часто обязан уделять внимание приему пациентом лекарственных препаратов, хотя психосоциальные вопросы представляются более интересными и насущными.

Мы обнаружили действенность следующей методики тренинга при освоении терапии *FFT*. Сначала клиницисты посещают групповые сессии, на которых опытные психотерапевты обсуждают свои случаи. Они читают опубликованное руководство по проведению вмешательства (Miklowitz & Goldstein, 1997) и смотрят видеозаписи сессий *FFT*. Далее они выступают в роли котерапевтов опытных психотерапевтов. После ведения двух случаев под пристальным наблюдением они обычно готовы к самостоятельной работе с семьями или супружескими парами и могут обучать терапии *FFT*.

Подход с использованием котерапии имеет преимущества по сравнению с тренингом. У него длинная история в сфере семейной психотерапии, что нашло отражение в публикациях (см., например, Napier & Whitaker, 1978). Котерапевты помогают своим коллегам придерживаться выбранного курса. Кроме того, если какой-либо член семьи ощущает «преследование» со стороны одного из клиницистов и других членов семьи, второй терапевт может присоединиться к этому «преследуемому» и восстановить равновесие. Диалоги между клиницистами во время сессий также могут послужить моделью коммуникативных навыков для членов семьи.

Оценка состояния до вмешательства

Диагностическое оценивание

Биполярное расстройство все чаще диагностируется в стационарных и амбулаторных условиях. Хотя это положительная тенденция, учитывая занижение его распространенности в прошлом, в современных исследованиях диагностическая оценка имеет также элемент предвзятости. Возможно, это отчасти связано с неадекватным страховым возмещением расходов на диагностическом этапе вмешательства. Некоторым из пациентов, направленных в нашу лабораторию *Colorado Family Project*, вскоре были поставлены диагнозы циклотимического расстройства, пограничного расстройства личности или даже рецидива большого депрессивного расстройства. Наши коллеги из системы общественного здравоохра-

нения часто говорят о тех же проблемах, когда к ним направляют пациентов, предположительно страдающих биполярным расстройством. Таким образом, при встрече с новым пациентом клиницист обычно считает необходимым провести формальное оценивание с использованием полностью или частично структурированного диагностического интервью, чтобы удостовериться в правильности диагноза.

В рамках методики нашего исследования в качестве диагностического средства применялось Структурированное клиническое интервью для *DSM-IV* — версия пациента (*Structured Clinical Interview for DSM-IV — Patient Version, SCID*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995). Интервью *SCID* хорошо описано в разных источниках (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). К факторам, способным повлиять на полученные с помощью *SCID* результаты, относится острота заболевания или стабильность состояния пациента: пациенты с острым заболеванием склонны давать менее точные сведения о своей симптоматике. Как правило, пациенты в маниакальном состоянии преуменьшают симптомы, в то время как страдающие депрессией склонны их преувеличивать. Пациенты с биполярным расстройством испытывают трудности при сборе анамнеза: «У меня было более 1000 эпизодов» или «Я всегда страдал маниакально-депрессивным расстройством, с самого рождения». Такие ответы часто можно слышать при проведении диагностических интервью.

Независимо от используемого инструментария, будь то интервью *SCID* или менее структурированное клиническое интервью, часто бывает трудно судить, достигают ли нарушения настроения у пациента и связанные с этим изменения синдромального уровня. Некоторые пациенты сообщают о коротких периодах гипомании или раздражительности, перемежающихся с тяжелой депрессией. Эти краткие периоды активации не всегда длятся достаточно долго, чтобы соответствовать критериям *DSM-IV* для гипомании (четыре дня и больше). Некоторым из этих пациентов больше подходит диагноз циклотимического расстройства или большого депрессивного расстройства.

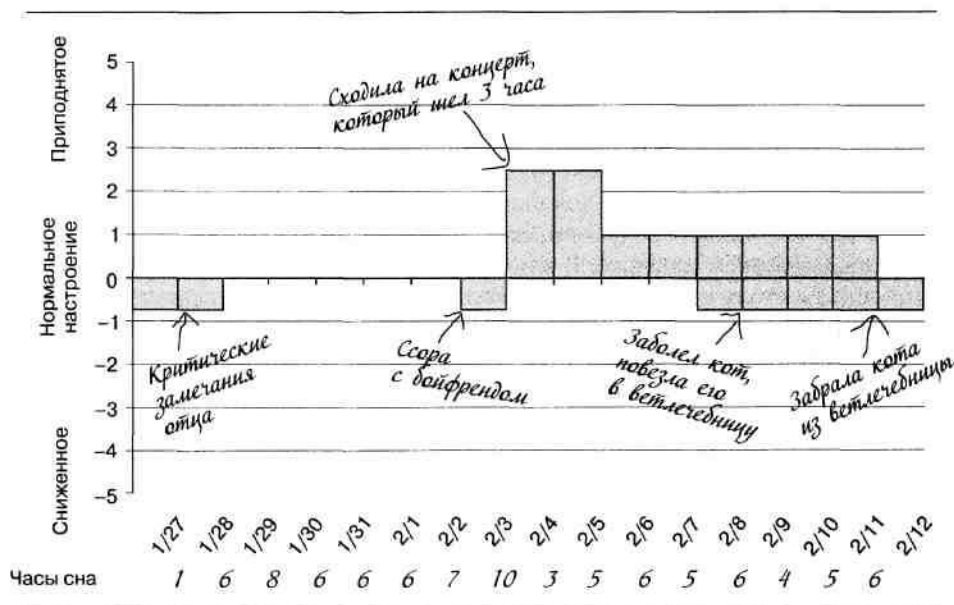
Акискал (Akiskal, 1996; Akiskal & Akiskal, 1992) призывает клиницистов расширить спектр биполярных расстройств, включив в него ядерные нарушения темперамента. Помимо циклотимии Акискал описывает «биполярный III» или «псевдоуниполярный» подтип, при котором пациенты страдают рецидивирующей большой депрессией на фоне гипертимического темперамента (безудержное веселье, повышенный оптимизм, мания величия, погоня за стимулами, физическая навязчивость по отношению к другим людям) и/или семейного анамнеза биполярного расстройства. Он также описывает подгруппу пациентов с «суббиполярной дистимией», характеризующейся мягкой депрессией с гипоманией, которая вызывается антидепрессантами. Акискал полагает, что эти представители «расширенного спектра» откликаются на традиционные для биполярного расстройства I лекарственные препараты и часто имеют сходный семейный анамнез.

При терапии *FFT* расширение биполярного спектра и включение в него всех этих пациентов представляется затруднительным: следует ли клиницисту работать с такими пациентами так же, как с имеющими диагноз биполярного расстройства I или II? Как информировать членов семьи о факторах, вызывающих маниакальные или депрессивные эпизоды, если не представляется возможным выявить отдельные эпизоды? Если у пациента никогда не было настоящего ма-

никакого эпизода в отсутствие антидепрессантов, следует ли проводить терапию, имея в виду, что, рано или поздно, мания разовьется спонтанно? Применимы ли те же самые техники самоуправления (например, использование навыков решения проблем для профилактики семейных конфликтов)? В свое исследование мы решили включить только пациентов с биполярным расстройством I или II по критериям *DSM-IV*. У нас сложилось общее впечатление, что пациенты без очерченных циклов перепадов настроения представляют собой совершенно другую популяцию. Вместе с тем мы считаем перспективным представление Акискалла о расширенном спектре биполярного расстройства, в частности имеет смысл провести исследование по оценке роли психосоциального вмешательства у таких пациентов.

График настроения

Точность диагностики, а также наблюдения за прогрессом пациента во время терапии повышается за счет ежедневной регистрации настроения. Одним из таких инструментов является Измерение социального ритма (*Social Rhythm Metric*, Monk, Flaherty, Frank, Hoskinson, & Kupfer, 1990; Monk, Kupfer, Frank, & Ritenour, 1991), когда пациенту предлагается каждый день отмечать свое настроение на шкале от -5 (подавленное) до +5 (эйфорическое/приподнятое), наряду с социальными мероприятиями, которые могут оказать влияние на настроение (например, время сна — бодрствования, время общения с окружающими, интенсивность этой социальной стимуляции, привычки выполнять физические упражнения, прочие факторы). Был также разработан (Leverich & Post, 1998) «график жизни» (*life chart*), построенный по типу самоотчета, где надо каждый день отмечать перепады настроения, прием лекарственных препаратов, жизненные стрессоры и сон.



Форма 12.2. Рисунок

Сведения из графиков настроения/активности помогают клиницисту и пациенту совместно оценивать тип цикличности переживаний, а также степень влияния на перепады настроения социальных стрессоров. В форме 12.2 приведен пример графика настроения; обратите внимание на цикличность расстройства в зависимости от конкретных социальных стрессоров и стереотипов сна, о которых сообщил пациент. В данном примере стрессор (болезнь домашнего животного) был связан с нарушением сна и возникновением симптомов смешанного настроения на субсиндромальном уровне.

Оценивание семьи

Подходы, основанные на психологическом просвещении, обычно начинаются с детального оценивания семейных установок и поведения с целью определить мишени вмешательства. Мы начинаем с Семейного интервью Кэмбервелла (*Camberwell Family Interview*), предназначенного для оценки эмоциональности, о которой шла речь выше. Это интервью обычно проводится на фоне острой симптоматики у пациента и фокусируется на последних трех месяцах, куда обычно входит продромальный период возникновения симптомов. Для целей клинического планирования по ходу исследования интервью позволяет получить ответы на следующие вопросы: какой текущий уровень напряжения наблюдается в семье и в отношениях родственника с пациентом? Какие из видов поведения пациента провоцируют семейные ссоры или враждебность? Понимают ли члены семьи, что пациент страдает биполярным расстройством, или они склонны приписывать негативное поведение пациента внутренним или поддающимся контролю факторам?

С определением уровня эмоциональности по методу Кэмбервелла (*EE*; *Camberwell*) связана одна проблема, а именно трудность применения в системе общественного здравоохранения. Интервью с двумя родителями может затянуться на три часа, а кодирование записей интервью требует дополнительно шести человеко-часов на каждую семью. Если клиницист ставит перед собой цель планирования вмешательства, а не проведения исследования, вполне достаточно ограничиться самоотчетом типа Шкалы воспринимаемой критики (*Perceived Criticism Scale*, Hooley & Teasdale, 1989). Этот инструмент предполагает, что пациент отмечает на шкале от 1 до 10 баллов выраженность критических замечаний в свой адрес со стороны близких родственников, а также выраженность собственных критических замечаний в их адрес. В одном проспективном исследовании показатели этой шкалы столь же хорошо предсказывали рецидив депрессии у пациентов с рецидивирующей большой депрессией, как и показатели эмоциональной экспрессивности по методу Кэмбервелла (Hooley & Teasdale, 1989). Оценка этой шкалы как предиктора течения биполярного расстройства будет проведена в исследовании, посвященном эффективности вмешательств при биполярном расстройстве у взрослых на базе нескольких научных центров (Sachs, 1998).

Согласно методике нашего исследования, мы обычно приглашаем семью для интерактивной оценки, когда пациент частично достигает ремиссии. Во-первых, каждый член семьи, включая пациента, проходит индивидуальное собеседование, ему предлагается назвать две темы семейных конфликтов. Затем каждого участника просят словесно изложить суть проблемы, как будто собеседник из числа родных находится рядом (например, мать говорит: «Ральф, ты никогда не гово-

ришь мне, если что-то не в порядке, даже если я знаю об этом»). Запись этого утверждения дают просмотреть соответствующему члену семьи, предлагая ему продолжить разговор (например, «Мама, я ничего тебе не говорю, потому что иначе все станет еще хуже»). Записывают по два воображаемых «диалога» с участием каждого члена семьи, и клиницист или экспериментатор выбирают один с участием пациента и один с участием родственника, которые и выносят на семейное обсуждение. Далее семью приглашают в гостиную, где есть возможность вести видеосъемку. Сначала показывают первую из двух проблемных цепочек стимул — реакция, и членам семьи предлагается обсудить ситуацию в течение 10 минут, объяснить друг другу, почему они сказали то, что было запечатлено на видео, что они думают по этому поводу, и попытаться разрешить ситуацию. После этого клиницист выходит из помещения, и начинается обсуждение. Через некоторое время он возвращается и показывает членам семьи второй эпизод с последовательностью стимул — реакция, после чего следует еще одно 10-минутное обсуждение. Стенограммы этих 10-минутных дискуссий, направленных на решение проблем, подлежат кодированию с использованием кодировочной системы для взаимодействий между партнерами (*Category System for Coding Partner Interactions*; см. выше) или сходной системы кодирования взаимодействий. К сожалению, извлечение всей этой информации из стенограмм — занятие весьма трудоемкое, обычно не удается закончить кодирование до начала вмешательства. Таким образом, клиницисту приходится полагаться на обычное наблюдение за семейным взаимодействием и подходами к решению проблем, чтобы выбрать соответствующие модули *FFT* для тренинга навыков.

Какие формы взаимодействия служат мишенями для терапии *FFT*? Прежде всего, многие члены семьи или пациенты не способны сфокусироваться на единичной проблеме, напротив, они склонны предъявлять множественные жалобы, вынуждая других членов семьи защищаться от выдвинутых против них обвинений. Некоторые легко вовлекаются в циклы атак — контратак, включающие негативное вербальное или невербальное поведение. Для каждой конкретной семьи клиницист должен сначала определить форму, в которой проходят эти взаимодействия; какие диадные или триадные взаимоотношения при этом затронуты; тематику конфликтов (например, привычки, связанные с приемом лекарств, независимость, границы внутри семьи); способны ли члены семьи самостоятельно прекращать эти циклы до того, как ситуация выйдет из-под контроля. Кто кого критикует и как часто? Как реагирует объект нападения? Разрешилась ли проблема, изначально послужившая причиной конфликта?

Во время семейных взаимодействий в отсутствие посторонних некоторые члены семьи сочетают негативный аффект с неясной или разрозненной коммуникацией, что в литературе по шизофрении получило название «коммуникативной аномалии» (*communication deviance*) (Wynne, Singer, Bartko, & Toohey, 1977). Мы обнаружили, что родственники пациентов с биполярным расстройством не отличаются по уровню коммуникативной аномалии от родственников больных шизофренией (Miklowitz et al., 1991). Пациенты с биполярным расстройством и их родственники часто разговаривают бегло, сокращают слова, искажают порядок слов в предложениях, высказывают лишь фрагменты мыслей. Неясно, в какой степени подобные стили коммуникации отражают ситуационный стресс или устойчивые стереотипы общения в семье. Тем не менее терапия *FFT* может вклю-

чать в себя упражнения, сфокусированные на повышении ясности коммуникации, а также эмоциональном равновесии.

Процесс вмешательства

Психологическое просвещение

Инициация модуля *FFT* по психологическому просвещению требует соблюдения трех условий. Во-первых, пациент должен находиться под наблюдением психиатра и получать лекарственную терапию. Во-вторых, его клиническое состояние должно несколько стабилизироваться, хотя нет необходимости дожидаться полной ремиссии острого эпизода. В-третьих, члены семьи должны подвергнуться оцениванию установок и интерактивного поведения, пусть даже не столь формальному, как в описанных методах исследования.

В табл. 12.2 обобщены основные темы, которые затрагиваются в первом модуле терапии *FFT* — психологическом просвещении. В течение семи или больше еженедельных сессий, включенных в данный модуль, участники (пациенты и их близкие родственники) знакомятся с симптомами биполярного расстройства; механизмами развития эпизодов расстройства; ролью генетики, биологии и стресса; фармакологическим вмешательством; ролью стратегий стресс-менеджмента.

Таблица 12.2. Вопросы, освещаемые в процессе психологического просвещения

Симптомы и течение расстройства

- Признаки и симптомы биполярного расстройства.
- Проработка последнего эпизода.
- Обзор последних жизненных событий.
- Обсуждение переживаний, связанных с госпитализацией.
- Варианты прогноза: течение расстройства.

Этиология биполярного расстройства

- Подход, основанный на уязвимости к стрессу.
- Роль стресса и жизненных событий.
- Генетическая и биологическая предрасположенность.
- Факторы риска и защитные факторы.

Вмешательство в рамках подхода, основанного на уязвимости к стрессу

- Типы лекарственных препаратов и их действие.
- Психосоциальное вмешательство.
- Какую помощь может оказать семья.
- Самоконтроль расстройства.
- Упражнения для профилактики рецидивов.

Примечание. Из Miklowitz & Goldstein (1997). Copyright 1997 by The Guilford Press. Воспроизведено с разрешения.

Начальные сессии: обоснование терапии

Как и в большинстве других психотерапевтических подходов, клиницисты начинают с обоснования программы *FFT*. Многие участники задают вопрос, почему

семейные или супружеские сессии обязательно должны сопровождаться лекарственной терапией пациента, соответствующей недавнему эпизоду биполярного расстройства. В частности, объяснить причины этого помогает «метафора возвращения»:

Эпизод расстройства настроения может быть весьма травматичным для всех членов семьи... При биполярном расстройстве, когда человек возвращается домой и начинает выздоравливать, идет процесс «взаимного приспособления», когда каждый словно заново узнает друг друга, пытаясь осмыслить то, что произошло. Это трудное время для любой семьи, поэтому мы видим свою задачу в том, чтобы максимально облегчить этот процесс всем вам. Нам хотелось бы, чтобы за этот год вы как семья полностью восстановили свои отношения в том виде, в каком они были перед тем, как _____ (имя) заболел. Мы хотели бы снабдить вас некоторыми инструментами, позволяющими легче пережить период восстановления (Miklowitz & Goldstein, 1997, p. 93).

Такое введение преследует две цели. Прежде всего члены семьи должны узнать, что их эмоциональные реакции на заболевание пациента, даже крайне негативные, вполне нормальны и предсказуемы. Во-вторых, сообщается, что психотерапия поможет исследовать и прояснить эмоциональные реакции участников на сведения о расстройстве. Этот аспект психотерапии можно подчеркнуть дополнительно:

Если у вас возникнут сильные чувства в процессе обсуждения материала, пожалуйста, не сдерживайте их. Мы заинтересованы в том, чтобы знать, какие переживания вызовет у вас этот материал. Возможно, вы не согласитесь с тем, что здесь узнаете... Цель фокусирования на этом материале состоит в том, чтобы создать подходящий контекст для ваших переживаний (Miklowitz & Goldstein, 1997, p. 99).

Далее дается краткая информация о предстоящей терапии:

Нам с вами предстоит работа на двух разных уровнях. С одной стороны, поощрение _____ (имя) к работе с психиатром для стабилизации состояния с помощью лекарственных препаратов. С другой стороны, что вы как семья можете сделать для уменьшения стресса ... Мы считаем, что есть несколько путей для этого, включая ознакомление вас со сведениями о биполярном расстройстве, а также работу с вами над улучшением взаимного общения и совместного решения проблем. Эти стратегии должны повысить шансы _____ (имя) на полное выздоровление, а также помочь вам как семье справиться с расстройством. Как вы к этому относитесь? (Miklowitz & Goldstein, 1997, p. 94).

Симптомы биполярного расстройства

Терапия *FFT* начинается с того, что членам семьи выдают несколько буклетов с целью стимулировать дискуссию. В одном из них содержится перечень симптомов маниакального, гипоманиакального, депрессивного и психотического эпизодов. Цель состоит не в том, чтобы участники запомнили критерии *DSM-IV*. Скорее, это отправной пункт для дестигматизации заболевания и разрушения семейных табу на разговоры о нем. Пациента просят просмотреть перечень и описать членам семьи, как он себя чувствует при эйфории, раздражительности, невозможности уснуть или возбуждении из-за скачки мыслей либо грандиозных планов. Сходным образом, члены семьи описывают то поведение, которое они наблюдают, когда пациент переходит к мании или гипомании. Подобное обсужде-

ние проводится в отношении симптомов депрессии. Рассмотрим следующий диалог между пациенткой (П), ее матерью (М), отцом (О) и терапевтом (Т).

П: Ну, дело в том, что бывает маниакальное и гипоманиакальное состояние. Когда я нахожусь в маниакальном состоянии, меня лучше поместить в больницу. Я управляю погодой; я знаменита... В гипоманиакальное состояние я могу прийти просто оттого, что выпью много кофе или сильно разволнуюсь...

М: Я легко определяю, когда она находится в приподнятом расположении духа, потому что начинаю сильно на нее злиться. Она меня провоцирует.

О: И у нее такой вид, когда она ест. Еще она говорит, что мы ее не слушаем...

П: Это так и есть! Вы просто выводите меня из себя!

Т: Давайте сейчас больше не будем обсуждать, кто кого не слушает. Это чрезвычайно важно, и, конечно, впоследствии мы к этому вернемся; что еще вы замечаете, когда приходите в маниакальное или гипоманиакальное состояние? (*Меняет фокус.*)

П: Что-то вроде... я все переживаю очень сильно, понимаете, и они это знают.

Обратите внимание, какие темы затрагиваются в этом обсуждении симптомов и как они связаны с шестью задачами терапии *FFT*, перечисленными в табл. 12.1. При обсуждении предвестников перепада настроения членам семьи дают понять, что пациентка подвержена рецидивам. Пациентка подчеркивает значение нарушенной семейной коммуникации. Она задает вопросы о том, являются ли некоторые из ее симптомов просто личностными особенностями (в частности, горячность и вспыльчивость). В этот момент начинается обсуждение роли стресса в возникновении эпизодов.

Подход предрасположенности - стресса и обзор жизненных событий

С первых этапов психологического просвещения семейные терапевты делают акцент на сопутствующем влиянии стресса, нарушении биологических процессов в мозге и генетической подверженности биполярному расстройству. Членам семьи предлагается иллюстративный материал на тему уязвимости — стресса, где перечислены разнообразные факторы риска и защитные факторы. Например, пациента и членов семьи предупреждают о влиянии «плохого сна», т. е. нерегулярного времени сна, сна в непривычное время; употребления алкоголя и наркотиков; семейных конфликтов; провоцирующего, с избыточной стимуляцией межличностного взаимодействия. Участников терапии поощряют к использованию имеющихся защитных факторов (например, социальной поддержки), а также оказанию пациенту помощи в соблюдении режима лекарственной терапии. Разъясняются цели назначения пациенту тех или иных препаратов, а также значение мониторинга уровней лекарства в крови.

Когда речь идет о защитных факторах, особый акцент делается на минимизации семейных конфликтов и на разумных ожиданиях со стороны родственников в отношении функционирования пациента в период восстановления. В следующем фрагменте клиницист напоминает пациенту и его матери о том, что депрессия — не то же самое, что недостаток усилий, и что восстановление профессионального статуса возможно лишь после периода выздоровления.

Т (*Гари, пациенту*): Полагаю, не следует ожидать от себя сейчас многого. Вы находитесь в процессе выздоровления после последнего эпизода. Потребуется некоторое время, прежде чем ваше состояние нормализуется.

М: Как долго это продлится? Он пребывает в таком состоянии уже некоторое время.

Т: Я понимаю, что мои слова могут вас разочаровать, но вам придется относиться к этому как к периоду выздоровления. Когда человек переносит тяжелый грипп, ему требуется провести день-два в постели, чтобы окончательно поправиться. При биполярном расстройстве этот период может длиться в среднем от трех до шести месяцев. Но, Гари, при условии лекарственной терапии и сессий семейной психотерапии есть все основания надеяться, что вы поправитесь и сможете вернуться на работу.

В этом эпизоде клиницист вселяет надежду, однако не обещает при этом радужных перспектив. Часто у семьи уже имеется опыт преодоления таких эпизодов, поэтому неумеренный оптимизм клинициста отвергается, как нереалистичный.

Описывая биологию и генетику расстройства, следует обосновать важность приема лекарственных препаратов. Однако клиницистам нет необходимости описывать детали нейрофизиологии расстройства. Напротив, имеет смысл расспросить участников о семейном анамнезе, обсудить все случаи эпизодов биполярного расстройства. При обсуждении семейного анамнеза участникам сообщают, что предрасположенность к биполярному расстройству может принимать разные формы, включая депрессию без мании, алкоголизм, склонность к самоубийству и дис-тимии. Далее разъясняется значение биохимических нарушений:

Иногда клетки слишком возбуждены и быстрее передают сообщения, во всяком случае, когда человек находится в маниакальном состоянии. При депрессии, напротив, сообщения передаются недостаточно быстро. Такие нарушения биохимии мозга нельзя устранить при помощи сознательных усилий, однако лекарственные препараты, которые вы принимаете, помогают нормализовать деятельность нервной системы.

Когда члены семьи склонны приписывать негативное поведение пациента злому умыслу (фундаментальная ошибка атрибуции), им можно напомнить о нарушении биохимического равновесия. Вместе с тем членов семьи и самого пациента следует удерживать от переоценки роли биологической составляющей расстройства, обращая их внимание на стресс-факторы (которые легче поддаются контролю). Иными словами, пациент не имеет возможности полностью расслабиться: ему предлагается следить за собой во время конфликтов с членами семьи и определять, отражают ли реакции на эти конфликты остаточную симптоматику или же проявление проблем, существовавших до обострения заболевания.

Обсуждение предпосылок и сопутствующих обстоятельств последнего эпизода дополняется обзором недавних жизненных событий: членам семьи предлагается перечень более чем из 100 жизненных изменений, которые могли произойти во время развития последнего эпизода. Одни из этих событий определенно тяжелые и негативные (например, смерть одного из родителей), другие — вполне обычные, но способные нарушить циклы сна — бодрствования (например, отпуск, каникулы). Члены семьи участвуют в обсуждении тех событий, которые сыграли роль в последнем эпизоде. Клинцисты стараются сделать это обсуждение как можно более индивидуальным: предпосылки развития мании у одного пациента не такие, как у другого, а поводы для мании и депрессии у одного и того же пациента могут сильно отличаться.

Правила профилактики рецидивов

На заключительном этапе психологического просвещения члены семьи и пациент получают первый опыт совместного решения проблем. Перед ними ставится задача обсудить начальные признаки развивающегося эпизода и принять меры профилактики развернутого рецидива. Участникам предлагается выработать альтернативные стратегии на случай ожидаемого рецидива депрессии или мании. Сюда может относиться обращение за психиатрической помощью (например, вызов лечащего психиатра, определение уровня лития в сыворотке крови) или менее интенсивные стратегии, такие как поведенческая активация (например, помочь пациенту, находящемуся в состоянии депрессии, отмечать положительные события в течение дня). Каждому члену семьи предлагается своя роль в реализации плана профилактики рецидивов. Например, в одних семьях родителю имеет смысл связаться с лечащим врачом. В других это целесообразно сделать самому пациенту. Членам семьи рекомендуется держать на видном месте телефонные номера неотложных медицинских служб, в том числе семейных психотерапевтов.

Преодоление сопротивления представлению о биполярном расстройстве как заболевании

Пациенты с биполярным расстройством, как и другие члены семьи, дают сильные реакции на материалы, связанные с психологическим просвещением. Эти материалы предполагают, чтобы участники признали биполярное расстройство заболеванием, которое неизбежно рецидивирует. Молодые пациенты, в частности, склонны противиться концепции рецидивирующего заболевания, особенно в гипоманиакальном состоянии; они пребывают в приподнятом настроении, а заболевание кажется им своего рода оковами. Более того, они чрезвычайно восприимчивы к стигматизации биполярного расстройства и других психиатрических диагнозов, и опасаются, что их поведение отныне станут трактовать как поведение сумасшедшего. Сопроотивляются такой концепции и члены семьи. Родственники страдающих депрессией склонны считать расстройство злым умыслом и с трудом соглашаются признать роль биохимических нарушений. Разные виды противодействия медицинской концепции расстройства обычно вытекают из существующего в семье конфликта.

Принятие идеи психического расстройства — болезненный процесс для пациентов и их родственников. Часто при обсуждении материалов по психологическому просвещению пациенты поднимают вопросы типа «Почему я? Почему сейчас? Как я буду жить дальше? Будут ли теперь люди относиться ко мне, как к психически больному? Нормализуется ли когда-нибудь мое состояние?» Родственники задаются не менее болезненными вопросами типа «Всегда ли мне придется за ним/ней ухаживать? Можно ли считать несбывшимися надежды, связанные с ним/ней?» Супруги/партнеры интересуются: «Стоит ли от него/нее уйти?»

Задавая себе все эти вопросы, некоторые пациенты не признают своей болезни, реагируют отрицанием реальности расстройства или признанием на словах концепции заболевания, продолжая при этом жить, словно ничего не произошло.

Другие придают расстройству неадекватно большое значение и чрезмерно себя ограничивают (например, одна женщина избегала любовных отношений, говоря, что никто не захочет с ней сблизиться из-за перепадов в ее настроении). Сходным образом, члены семьи могут отрицать реальность расстройства или, на-

оборот, избыточно следить за здоровьем пациента, без меры ограничивая его поведение. Семейный конфликт достигает своего максимума, когда имеется несоответствие между стилями совладания с проблемой, например, когда пациенты недооценивают, а родственники переоценивают значение расстройства, или наоборот.

Терапия *FFT* проводится с учетом повышенной восприимчивости участников к болезненным эмоциональным вопросам, обусловленным реакцией на психологическое просвещение. Один из способов справиться с этими реакциями — заранее прогнозировать такое отрицание и представить его участникам как признак здоровья. Например, рассмотрим пример молодого человека с гипоманией, который принимает лекарства, но отказывается считать себя больным, причем родители чрезмерно контролируют его поведение. Такому молодому человеку клиницист может сказать следующее:

Хотя я ценю то, что вы принимаете лекарства и следуете плану вмешательства, я готов предположить, что вы не всегда будете делать это с такой готовностью. Вероятно, у вас есть вопросы о том, насколько верен ваш диагноз и как будет проявляться ваше заболевание. Эти вопросы вполне понятны и закономерны. Смириться с тем, что страдаешь биполярным расстройством, как и любым другим заболеванием, не легко. Это вполне нормальная и здоровая борьба. Поэтому, по мере изучения материала, у вас возникнут определенные мысли о том, что все это к вам не относится. Мне бы хотелось заранее договориться с вами о том, что вы не станете скрывать этих мыслей, и их можно будет обсудить.

Отметим, что данное вмешательство имеет парадоксальную направленность. Парадоксальные вмешательства издавна применялись в психотерапии семейных систем (см., например, Haley, 1963). Отметим также и то, что клиницист не призывает пациента к сопротивлению, не провоцирует усиления несогласия с диагнозом. Напротив, клиницист представляет отрицание в глазах клиента как вполне здоровое и оправданное чувство, связывая его возникновение с внутренней эмоциональной борьбой.

Второй способ вмешательства состоит в «распространении болезни» (*spreading the affliction*). Диагноз психического расстройства может поставить человека в невыгодное положение относительно других членов семьи, включая сиблингов, с которыми у него может быть соперничество. Положительный побочный эффект психологического просвещения состоит в преувеличении семейных проблем. Клиницист может избежать этой ловушки, побуждая других членов семьи обсудить собственные переживания, связанные с депрессией, тревогой и другими проблемами. В результате происходит нормализация и дестигматизация психических проблем, пациент встает с «горячего стула».

В следующем фрагменте участвуют Джош, 25-летний мужчина с недавно происшедшим маниакальным эпизодом. Его сильная реакция объясняется тем, что, как ему кажется, все считают его сумасшедшим. По мнению Джоша, он всего лишь «немного повеселился». На одной из сессий, посвященных психологическому просвещению, отец признался, что во время учебы в колледже у него самого был депрессивный эпизод.

Т: Джош, мне показалось, что вы отреагировали на мои слова о биполярном расстройстве. Вы обиделись?

Д: Нет. Дело не в ваших словах, просто мне надоело, что в семье проблемы есть только у меня. Т: Так ли это? Не было ли у кого-нибудь из членов семьи проблем с депрессией?

Или с так называемой манией? О: У меня были, я уже рассказывал Джошу об этом. Помнишь про тот случай

в колледже? Д (*угрюмо*): Не знаю. Почему бы тебе не повторить это снова? О: У меня был длительный период, когда я не мог спать, не мог есть, с трудом учился. Я пропустил целый семестр.

Оставшаяся часть сессии была посвящена отцу и депрессии в его анамнезе. Как выяснилось, у него были и психотические симптомы, в частности бред, галлюцинации. Пациент сделался более сговорчивым и с большей готовностью стал обсуждать собственное отношение к заболеванию.

Третий метод преодоления сопротивления предполагает проведение аналогий с соматическими заболеваниями. Болезнь не кажется пациенту такой уж унижительной при наличии параллели с другими физическими заболеваниями. Не менее важно, чтобы члены семьи также слышали об этих аналогиях. Хорошими примерами обычно служат диабет и гипертензия, в том числе из-за роли стресса в их развитии:

Биполярное расстройство связано с нарушением биологических процессов, подобно гипертензии, сходную роль играет при этом стресс. В состоянии волнения изменения кровяного давления происходят у большинства людей. Однако пациенты с гипертонией отличаются повышенной восприимчивостью к скачкам давления. Сходным образом, у всех меняется настроение, когда происходит нечто важное, однако пациенты с биполярным расстройством подвержены этому в большей степени.

Проводя подобные аналогии, клиницист признает правомерность чувств пациента, связанных со стигматизацией:

Хотя имеется определенное сходство с такими заболеваниями, как гипертензия, жить с биполярным расстройством часто бывает труднее, потому что окружающие не знают о нем и боятся его проявлений. Они могут считать, что вы намеренно ведете себя подобным образом. Необходимо запастись терпением и разъяснить близким, чего следует ожидать, тогда они перестанут вас опасаться.

Тренинг коммуникативных навыков

Второй модуль терапии *FFT*— тренинг коммуникативных навыков (*CET*) — начинается примерно с сессии 8 и продолжается на протяжении 7-8 сессий (по пять каждую неделю, потом еще 2-3 раза в две недели). При проведении тренинга *CET* руководствуются следующими предположениями. Во-первых, авersiveная семейная коммуникация часто становится следствием эпизода психического расстройства и в значительной степени отражает неспособность семьи или супружеской пары справиться с расстройством. Во-вторых, стереотипы авersiveной коммуникации могут быть изменены с помощью тренинга навыков. Тренинг *CET* предполагает формат проигрывания ролей с целью обучить пациентов и их родственников четырем навыкам общения: предоставление положительной обратной связи, активное слушание, формулировка в положительном тоне просьб о внесении изменений в поведение, предоставление отрицательной обратной связи. Эти навы-

ки являются главными в подходе поведенческого управления семьей при лечении шизофрении (Falloon et al, 1984; Liberman, Wallace, Falloon, & Vaughn, 1981). Акцент на тех или иных упражнениях зависит от проведенной ранее оценки семейных взаимодействий. Вмешательство при выраженных конфликтах и высокоэкспрессивных установках может фокусироваться на адаптивных способах, с помощью которых участники просят друг друга об изменении поведения. Вмешательство при эмоциональной разобщенности супругов может фокусироваться на положительной обратной связи и навыках слушания, чтобы партнеры ощутили интерес к экспериментированию с более тесными отношениями. Данный модуль начинается с разъяснения членам семьи метода *CET*.

Риск рецидива биполярного расстройства возрастает при напряженной атмосфере в семье... Налаженное общение и решение проблем относятся к факторам защиты от стресса, о которых мы с вами уже говорили. Для близкого родственника освоение навыков эффективной коммуникации может оказаться способом снижения напряжения и улучшения семейных отношений... Мы хотим помочь вам научиться общаться как можно яснее и без напряжения ... мы попросим вас сесть лицом друг к другу и попытаться освоить новые способы общения (Miklowitz & Goldstein, 1997; p. 191-193).

Отметим, что тренинг *CET* связан с двумя из шести задач программы вмешательства: помощь участникам в совладании с предпосылками стресса и восстановление функциональных взаимоотношений в семье после эпизода заболевания.

Первые два навыка, предоставление положительной обратной связи и активное слушание, обычно способствуют налаживанию сотрудничества между членами семьи. В то же время запросы об изменении поведения и негативная обратная связь больше ориентированы на конфликт; эти навыки вводятся лишь после того, как участники привыкают к ролевой игре и репетиции поведения. По каждому из навыков клиницист дает участникам перечень его составляющих (например, для активного слушания: устойчивый зрительный контакт, кивание головой, уточняющие вопросы, парафразы/проверка услышанного). Далее клиницист приступает к развитию навыка в семье. Например, хвалит одного члена семьи за участие во вмешательстве или использование активного слушания, когда другой говорит о проблеме. При наличии котерапевта психотерапевт может продемонстрировать эти навыки вместе с ним.

После того как конкретный навык введен и продемонстрирован, участникам предлагается практиковаться в его использовании друг с другом, под руководством клинициста. Как правило, психотерапевт обучает участников по одному. Активно поощряется обратная связь со стороны других членов семьи. Говорящий или слушающий должны повторно репетировать конкретный навык, пока не освоят его в разумных пределах. Домашнее задание, во время которого участники письменно фиксируют свои усилия по использованию навыков в перерывах между сессиями, способствует генерализации процесса научения на домашние и рабочие условия.

Не раз приходится убеждаться в том, что освоить навыки гораздо труднее, чем представляется вначале. Рассмотрим пример Джесси, пациентки 38 лет с биполярным расстройством, у которой было несколько эпизодов мании с психоти-

ческими проявлениями и которая, кроме того, имеет пограничный уровень умственной отсталости. Она работала неполный рабочий день, занимаясь упаковкой подарков в универмаге. Джесси собиралась переехать в собственную квартиру и хотела, чтобы ей помогли перевезти вещи. Ее обучили излагать просьбы в доброжелательном тоне своему отцу, с которым они с сестрой проживали.

Т: Возможно, стоит попросить об этом папу. Взгляните на эту брошюру «Просьбы в доброжелательном тоне» и попробуйте ею воспользоваться, чтобы попросить отца о помощи с переездом.

О: Не поможет. Нечего будет перевозить, потому что она до сих пор не упаковала ни одной коробки! *(Смеется.)*

Д: Ну, дай мне эту чертову коробку, я ее упакую.

Т *(меняя направление разговора)*: Как вы думаете, можно ли попросить отца о конкретной помощи, например, подыскать транспортное агентство?

Д *(смотрит на отца с улыбкой)*: Папа, ты не сможешь мне найти транспортное агентство? *(Хихикает.)*

О *(более серьезно)*: Ты... ты явно этого не читала *(указывает на буклет)*. Ты должна была сказать: «Я была бы очень признательна, если бы ты...»

Д *(пожимает плечами)*: Ладно, я была бы очень признательна, если бы ты! Нашел мне номер телефона. Пожалуйста.

Т *(после паузы)*: Ну, на этот раз вам кое-что удалось, Джесси. Папа, вам понравилось то, что она вам сказала?

О *(саркастически)*: Ага, сама непосредственность.

Д *(нервно смеется)*.

Т: Ну, если вам не понравилось, не могли бы вы сами предложить другой вариант?

О: Например, что-то вроде: «Я была бы очень признательна, если бы ты нашел мне номера телефона. Мне было бы гораздо проще планировать свой переезд».

Т: Отлично, папа. Джесси, что из сказанного вашим папой вам понравилось или не понравилось?

Д: Он сделал все, как вы говорили. Все, что здесь написано.

Т: Верно, но вам не обязательно повторять все это в точности. Вы можете сделать это в удобной для вас манере. Как вам кажется, вы могли бы попытаться еще раз?

Д *(вздыхает, хихикает)*.

Т: Я знаю, что трудно сидеть на горячем стуле. Но у вас хорошо получается. Попробуйте еще раз.

Д: Папа, не мог бы ты узнать для меня телефонные номера грузчиков? Я была бы тебе очень благодарна. В этом случае... мне не надо было бы беспокоиться о переезде, заранее благодарю за помощь.

Т: Замечательно, Джесси. Папа, как вам это понравилось?

О *(с некоторым сомнением)*: На этот раз гораздо лучше. Намного приятнее.

Такого рода навыки особенно трудны для освоения, если у пациента выраженная симптоматика или уровень конфликтности в семье столь высок, что продуктивное общение просто невозможно. Пациентка, о которой идет речь, находилась в умеренно гипоманиакальном состоянии, а также имела ограниченные интеллектуальные возможности. Естественным образом тренинг навыков заставлял ее нервничать. Вместе с тем, при условии терпения и практики, она сумела усвоить некоторые коммуникативные навыки, а ее взаимоотношения с отцом постепенно наладились. Отец, ранее критически относившийся к дочери за ее, как ему казалось, нежелание вести себя *адекватно*, все более убеждался в том, что причиной этого служит биполярное расстройство.

В руководстве по *FFT* (Miklowitz & Goldstein, 1997) мы описали «вспыльчивые» (*short-fuse*) семьи, которые начинают с обсуждения сравнительно невинных тем, при этом обстановка быстро накаляется, начинается обмен колкостями и критическими замечаниями. Результаты нашего исследования показывают, что речь идет, главным образом, о высокоэкспрессивных семьях или семейных парах, но не всегда (Simoneau et al., 1998). Мы были крайне удивлены тем, что родственники, которые на первый взгляд проявляли доброжелательность и поддержку в отношении пациента во время интервью *EE/Camberwell*, стали агрессивными и враждебными при взаимодействии с пациентом с глазу на глаз. Вероятность этого заметно возрастает, если пациент находится в гипоманиакальном состоянии и склонен к раздражительности.

Экспрессивной семье тренинг навыков коммуникации, как правило, дается с трудом, поскольку эмоции участников быстро выходят из-под контроля (см. описание случая из практики, представленное ниже). Однако многие проблемы удается разрешить, адаптировав тренинг *CET* к семейной динамике. Например, психотерапевт может поощрять использование участниками навыков активного слушания во время дискуссий. Так, после взаимного обмена супругов упреками клиницист сказал:

Я считаю этот разговор чрезвычайно важным. Мне понравилось, что вы любите все говорить начистоту. Но я опасаюсь, что вы упускаете какие-то моменты из высказываний друг друга. Давайте посмотрим, как сделать ваше общение более продуктивным. Мне хотелось бы, чтобы вы перефразировали высказывания друг друга, прежде чем выдвигать очередной аргумент, как мы с вами делали, выполняя упражнения на активное слушание. И еще, почему бы вам не повернуться лицом друг к другу, чтобы было легче поддерживать контакт глазами?

Обратите внимание на использование рефрейминга. Целесообразно трактовать текущую семейную или супружескую динамику (при условии, что она не сопряжена с явными угрозами и жестоким обращением) как адаптивный способ совладания, требующий модификации, вместо того чтобы навешивать ярлыки типа «плохого» или «дисфункционального» поведения.

Вспыльчивая семья может также извлечь пользу из сформулированных в позитивном тоне просьб об изменении и негативной обратной связи, когда партнеры конструктивно критикуют конкретные аспекты поведения друг друга (например, «Мне не нравится, когда ты делаешь мне замечания по поводу гигиенических привычек»), а также выдвигают конструктивные предложения по улучшению такого поведения (например, «Не мог бы ты внимательнее следить за тоном своего голоса?»). Такие упражнения часто проводятся в начале этапа решения проблем, заключительного модуля терапии *FFT*.

Тренинг навыков решения проблем

Семьи пациентов с биполярным расстройством, супружеские пары (см., например, Hoover & Fitzgerald, 1981) или родители взрослых пациентов (Miklowitz, Goldstein, & Nuechterlein, 1987; Simoneau et al., 1998) испытывают трудности при решении проблем. Семейные проблемы, связанные с приспособлением к периоду после эпизода биполярного расстройства, обычно подпадают под одну из четырех категорий: несоблюдение режима приема лекарственных препаратов, трудность

отказа от прежних рабочих и социальных ролей, возмещение материального и социального ущерба, нанесенного маниакальными эпизодами («исковерканная жизнь», *life trashing*), а также конфликты, связанные с отношениями и жизненными обстоятельствами.

Решение проблем относится к старейшим и проверенным методам семейного вмешательства (обзор см. Clarkin & Miklowitz, 1997). В терапии *FFT*у него двойственная задача: 1) открыть дискуссию между членами семьи на проблемные темы, предоставить контекст для обмена эмоциональными реакциями на эти проблемы; 2) помочь участникам создать предпосылки для определения, выработки и оценки решений проблем, а также для воплощения в жизнь наиболее эффективных из них. Данный модуль занимает заключительные 4-5 сессий терапии *FFT* и обычно начинается к 4-5 месяцу вмешательства, когда сессии назначаются уже раз в две недели. Тренинг решения проблем проводится последним, поскольку пациент к этому времени уже находится в ремиссии и способен, в когнитивном и эмоциональном отношении, испробовать новые варианты поведения. Более того, если психологическое просвещение и *СЕТ* проходят успешно, члены семьи с большей готовностью признают свою роль в возникновении и поддержании конфликтов.

На этапе решения проблем участников обучают выделять из крупных проблем проблемы поменьше, которые легче поддаются разрешению. Им выдается бланк решения проблем и предлагается предпринять следующие шаги: дать определение проблемы (обязателен вклад каждого из участников); провести «мозговой шторм» всех возможных решений, не оценивая их на этом этапе; рассмотреть каждое решение по отдельности, взвесить его недостатки и преимущества; выбрать наилучшее решение или сочетание решений; спланировать и реализовать выбранные решения. Когда члены семьи приобретут опыт более или менее успешного решения проблем, пусть даже совсем маленьких, им дается домашнее задание записывать все свои усилия, направленные на решение новой, крупной проблемы. Иногда домашние задания весьма необременительны; некоторым семьям просто поручают определить одну или больше проблем, которые надо будет проработать на предстоящей сессии.

Решению проблем дается следующее обоснование:

До настоящего момента мы уделяли внимание преимущественно тому, как вы друг с другом общаетесь. Теперь же мы планируем разобрать некоторые конкретные жизненные проблемы, с которыми вы сталкиваетесь. Однако вместо того чтобы дать вам готовые решения, которые, скорее всего, не будут особенно эффективными, мы хотим научить вас, как семью, совместно решить проблем (Miklowitz & Goldstein, 1997, p. 240).

Вслед за таким обоснованием дается обзор шагов по решению проблем, члены семьи знакомят с бланком решения проблем. Клиницист заводит речь о некоторых проблемах, которые упоминались членами семьи на предыдущих этапах вмешательства.

Рассмотрим использование метода решения проблем. Карла, 35 лет, вскоре после развода с мужем стала жить со своим новым бойфрендом Теки. У нее было тяжелое материальное положение; она была склонна «транжирить деньги для повышения самооценки». В действительности эти траты происходили преимущест-

венно во время гипоманиакальных эпизодов, а после знакомства с Таки последовал как раз такой эпизод. Новый приятель был довольно обеспеченным и, вероятно, с целью укрепить отношения, разрешил Карле пользоваться своей кредитной каргой. В первые же месяцы их совместного проживания стали приходить крупные счета. У самой Карлы не было постоянной работы. В течение многих лет ей было трудно следить за своими расходами.

Партнеры стали ссориться из-за этой проблемы. Карла заявляла, что с помощью денег Теки управляет женщинами, а Теки возражал, что она злоупотребляет его доверием и ведет себя опрометчиво. Сначала клиницист предложил клиентам обсудить более общие вопросы, прежде чем переходить к частной проблеме. Они вновь вернулись к упражнениям на улучшение коммуникации: Карла высказала свое мнение о том, что является «существом проблемы», что Теки внимательно выслушал. Затем Теки изложил свои представления, а Карла, в свою очередь, слушала и перефразировала его слова.

Структурированный подход к решению проблем в конце концов позволил им конкретизировать суть конфликта: Карла тратила на одежду и «удобные вещи» больше денег, чем могла себе позволить; хотя сама она придерживалась того же мнения, вряд ли можно было надеяться, что она справится сама, учитывая текущую клиническую симптоматику. Были рассмотрены различные варианты: Теки делает большую часть покупок, Карла открывает собственный счет, размер которого оговаривается ежемесячно, Карла с Таки просто ведут свои финансовые дела порознь. Все эти и многие другие варианты решений были проанализированы, учтены их недостатки и преимущества. В конце концов Карла с Таки пришли к более сложному, но мудрому решению: Карла получит три банковские кредитные карты на три разных счета. Каждая карта будет помечена с указанием статьи (например, «медицинские счета») и верхнего предела расходов. Карла с Таки будут еженедельно обсуждать соблюдение этого договора, а также практиковаться в навыках активного слушания друг друга, если возникнет спор.

В описанном примере проблема в некоторой степени была обусловлена остаточными симптомами расстройства у пациентки. Играла роль и внутренняя динамика отношений: Карла была склонна впадать в чрезмерную зависимость от мужчин, а затем начинала их презирать, в то время как Теки легко брался за спасение женщин, а потом злился на то, что выступил в такой роли. Клиницист принял решение позволить сначала «проветилировать» эти общие вопросы, связанные с отношениями. Некоторая эмоциональная экспрессия болезненных вопросов часто помогает преодолеть сопротивление проработке конкретных проблем со стороны участников (в данном случае — разногласия по поводу траты денег).

Когда члены семьи выполняют первые упражнения на решение проблем, клиницисты наблюдают за их реакциями, которые могут варьировать от «Это то, что нам нужно» до «Фу, как поверхностно». Складывается впечатление, что пациентам с биполярным расстройством и членам их семей недостает спонтанности, им нравятся непредсказуемые беседы в быстром темпе. Они легко впадают в скуку. Упражнения на улучшение коммуникации и решение проблем создают структуру, которая помогает участникам сохранять целеустремленность, но иногда вызывает сопротивление. Это сопротивление может выражаться в перемене тем, многочисленных жалобах или нежелании выполнять домашние задания.

При работе с сопротивлением клиницист повторяет обоснование решения проблем (например, «Иногда следует обрести веру в себя путем решения мелких проблем, прежде чем переходить к более серьезным»). Но чаще всего следует определить, действительно ли члены семьи не согласны с данным подходом или сопротивление обусловлено болезненными последствиями разрешения проблемы (например, опасения матери, что ее сын с биполярным расстройством не сможет справиться с заданиями, требующими от него большей самостоятельности). Семьи, которые опасаются последствий разрешения проблемы, часто быстро находят решения, но тут же отказываются от дальнейшего поиска, заявляя, что «дело не в этом».

У психотерапевта имеется целый ряд возможностей. Одна из них — взять на себя ответственность за нерешенную проблему. Например, он может сказать: «Возможно, я был не прав, когда предложил вам попробовать решить эту проблему. Скорее всего, у вас имеются другие, более насущные проблемы. Не хотели бы вы отложить эту и заняться сейчас другими проблемами?» Кроме того, клиницист может использовать парадоксальный подход, подавая сопротивление членов семьи как «здоровое избегание»: «Совместное решение проблемы требует от семьи мышления с позиции затрат-выгод. Вероятно, от решения проблемы могут быть некоторые выгоды, но не исключены и скрытые затраты. Как мне кажется, если затраты на решение этой проблемы превосходят выгоды, неудивительно, что вы не хотите ее решать. Это так?» Оба этих вмешательства позволяют членам семьи оставить проблему без решения. Позднее, когда обстановка станет менее напряженной, они смогут вернуться к данной проблеме, на этот раз с большим успехом.

Завершение терапии *FFT*

Терапия *FFT* обычно завершается спустя девять месяцев. По мере приближения конца вмешательства психотерапевт обсуждает с членами семьи задачи терапии и степень их претворения в жизнь. Проводится оценка выраженности у пациента биполярного расстройства по сравнению с началом вмешательства. В некоторых случаях рекомендуются поддерживающие или «настроечные» сессии *FFT*. Поддерживающие сессии обычно проводятся в ограниченный промежуток времени (например, в течение трех месяцев).

Обсуждается необходимость проведения последующих вмешательств у пациента и других членов семьи. Например, некоторые пациенты после терапии *FFT* начинают индивидуальную психотерапию или посещают группы взаимной поддержки с участием других людей, страдающих биполярным расстройством. Члены семьи также могут посещать группы поддержки под эгидой Национальной ассоциации по депрессивным и маниакально-депрессивным состояниям (*National Depressive & Manic Depressive Association*) или Национального союза психически больных (*National Alliance for the Mentally Ill*). Как показывает наш опыт, после терапии *FFT* семьи редко обращаются с просьбой о продолжении семейной или супружеской психотерапии, однако если такие пожелания высказываются, они получают соответствующие назначения. Клиницисты подчеркивают важность продолжения медикаментозной терапии и включения навыков общения и решения проблем в повседневную жизнь семьи. В заключение проводится обзор правил профилактики рецидивов (см. раздел о психологическом просвещении

выше): обсуждаются предвестники начинающегося обострения расстройства, а также шаги, которые пациент и члены его семьи могут предпринять для профилактики рецидивов.

Случай из практики

Дебра, 36-летняя американка европейского происхождения, проживала с мужем Барри, 46 лет, и их восьмилетней дочерью Джилл. Дебра два года проучилась в колледже и работала кассиром в магазине. Ранее она была замужем. Дебра была направлена на терапию *FFT* из университетской клиники, где ей поставили диагноз биполярного расстройства II. Интервью *SCID* подтвердило этот диагноз. Депрессия у Дебры сопровождалась утратой интереса к жизни и желанием «слоняться без дела» в течение нескольких недель подряд. Она также жаловалась на потерю аппетита, повторные пробуждения по ночам, утомляемость, чувство вины и неспособность сосредоточиться. Суицидальные мысли Дебра отрицала. Она считала свою текущую депрессию «довольно тяжелой», а продолжалась она с периодическими обострениями и ремиссиями уже целый год. Кроме того, пациентка сказала: «У меня было великое множество менее тяжелых депрессий». Впервые депрессия возникла приблизительно восемь лет назад.

Дебра также признала, что в прошлом месяце у нее были признаки гипомании, в том числе пять дней приподнятого настроения и раздражительности. Как она пояснила, «уверенность в себе была повышенной». Кроме того, она признала такие симптомы, как скачку мыслей, повышенную разговорчивость и активность, вовлеченность во множество различных проектов. Ей было трудно определить даты начала и окончания этих периодов, она лишь сказала: «Я была такой всю свою жизнь». По ее словам, Барри отмечал эти перепады настроения. Дебра жаловалась: «Теперь он говорит мне, что я впадаю в маниакальное состояние, всякий раз во время ссор... это его новейшее оружие против меня». Она отрицала бред и галлюцинации. Ранее не лечилась сертралином (*Zoloft*) и бупропионом (*Wellbutrin*). Психиатр недавно назначил ей дивалпрокс натрия (*Depakote*) в дозе 1500 мг/день; лекарство, по словам пациентки, помогло стабилизировать настроение.

Барри, по профессии адвокат, представлял собой «делового» человека. Его ответы клиницистам были краткими, точными, он полностью отрицал существование у себя каких-либо проблем, «кроме имеющих отношение к помощи Дебре». Он также отрицал наличие в анамнезе психических расстройств, предпочитал говорить о терапии *FFT* как об учебном курсе и возражал, если жена называла вмешательство «психотерапией». Клиницисты не разубеждали его в этом, полагая, что сначала следует установить с ним раппорт, а уже потом прорабатывать защитный стиль поведения.

Оценка семейного взаимодействия

Основываясь на результатах Семейного интервью Кэмбервелла, специалист лаборатории *Colorado Family Project* определил, что Барри удовлетворяет критериям высокого уровня эмоциональной экспрессии *EE*. На протяжении часового интервью он высказал девять критических замечаний в адрес жены. Он постоянно жаловался на плохую память Дебры, ее неорганизованность и привычки, связанные

с работой (например, «Она всегда забывает про родительские собрания в школе», «Она не может прийти вовремя на работу»). Он признал, что любит ее, но часто испытывает разочарование. Барри был убежден, что у жены помимо биполярного расстройства имеется также расстройство внимания и гиперактивность (минимальная мозговая дисфункция).

Дебра и Барри пришли на интервью для оценки семейного взаимодействия хорошо одетые и улыбающиеся. Они были опрошены индивидуально, при этом удалось выявить важную проблемную тему обсуждения: Барри обвинил Дебру в том, что она его обманывает. В ответ она принесла извинения за прошлые проступки и возразила: «Я не лгу и не уклоняюсь от дел... речь идет о вещах, которые кажутся мне малозначительными, и я о них забываю». При обсуждении данной темы отчетливо выявилась семейная динамика: Барри говорил в обвинительном тоне, а Дебра извинялась и оправдывалась. Чем больше Барри (в приведенных ниже фрагментах — Б) обвинял, тем более подавленной выглядела Дебра (Д).

Б: Ложь для тебя — способ существования. Ты искажаешь истину и оправдываешь это своей забывчивостью.

Д: Но я действительно забываю. Я стараюсь рассказывать тебе обо всем. Иногда я просто забываю. *(Начинает раскачиваться на стуле.)*

Б *(придерживает стул)*: Почему ты решила, что мне можно лгать?

Д: Я так не считаю. Я с тобой откровенна. Возможно, тебе это только кажется.

Б: Я считаю, что ты всегда была такой. Это твой крест. А тебе понравилось бы, если бы я стал лгать? Как ты себя при этом чувствовала бы? Ты захотела бы продолжать со мной жить?

Д *(угрюмо)*: Наверное, нет. Но я стараюсь открыто проявлять свои чувства, стараюсь изо всех сил. *(Неловко улыбается.)*

Б: Опять эта улыбка. Ты всегда так улыбаешься, когда хочешь от чего-то отделаться.

Д *(жалобно)*: Дай мне передохнуть.

Б: Это потому, что говорим откровенно? Я не знаю, ты ли это, или так проявляется твое биполярное расстройство, но в последнее время у тебя нет ни капли терпения, особенно по отношению к людям.

Психотерапевты, наблюдавшие за этим взаимодействием, были поражены критическим отношением Барри в сочетании со склонностью Дебры занимать подчиненную позицию. Во время интервью удалось также выяснить, что Барри выдавал Дебре назначенные лекарства и договаривался о встречах с врачами, а также обычно посещал их вместе с женой. Первая сессия FFT была назначена с двумя клиницистами из штата лаборатории, мужчиной и женщиной.

Психологическое просвещение (сессии 1-7)

На сессии 1 клиницисты (в приведенных ниже фрагментах — Т1 и Т2) рассказали Барри и Дебре о программе FFT, делая особый акцент на компоненте психологического просвещения. Они коротко охарактеризовали модули налаживания коммуникации и решения проблем. Супруги вежливо выслушали и выразили свой скептицизм:

Б: У нас есть многолетний опыт участия в психотерапии. Это не произвело на меня большого впечатления. Т1: Когда вы говорите «мы», вы имеете в виду вас как супружескую пару? Б: Как пару, а жена проходила свою психотерапию.

Д: Мне показалось, доктор Уокер тебе понравилась.

Б: Да, но тогда у тебя еще не было биполярного расстройства. Она просто лечила тебя от депрессии. И она очень увлекалась темой: «Вероятно, с вами плохо обращались в детстве».

Т1: Что представляла собой супружеская психотерапия?

Б: Постоянное копание в детских воспоминаниях и разговоры -о чувствах.

Т1: Дебра?

Д: Все было не так уж плохо. Мне кажется, это было довольно полезно.

Т1: Складывается впечатление, что у вас разные мнения по этому вопросу. Позвольте рассказать вам об особенностях нашего подхода. Наше вмешательство будет сфокусировано преимущественно на настоящем, мы будем работать с вами как парой, которой приходится справляться с биполярным расстройством. Барри, вы говорите, что вас огорчают перепады настроения у Дебры, но Дебра и вы также расстроены тем, как Барри реагирует на ваши симптомы. Я вовсе не хочу сказать, что ваше прошлое не имеет никакого значения, просто оно не будет в фокусе внимания.

Б: Мне нужна помощь, чтобы со всем этим справиться. Чем больше информации я получу, тем лучше.

Т1: Я тоже так считаю. Однако просто снабдить вас информацией — не наша задача, мы хотим адаптировать ее к вашей конкретной ситуации. Я полагаю, вам будет легче общаться друг с другом, если вы, как пара, придете к общему пониманию расстройства и научитесь его обсуждать.

В этом диалоге психотерапевт провел грань между терапией *FFT* и более общими формами супружеской психотерапии. На этом этапе клиницисты уже подозревали, что Барри проявит сопротивление, особенно в отношении тех заданий, когда надо будет наблюдать за собственным поведением и его влиянием на возникновение проблем у Дебры.

Собственно психологическое просвещение началось с сессии 2 и продолжалось вплоть до седьмой. Первое задание заключалось в том, чтобы побудить пару прийти к общему определению биполярного расстройства. Во время оценивания оба упомянули термин «цикличность», однако не сошлись во мнениях относительно его точного значения.

Т1: Мне хотелось бы убедиться, что мы с вами правильно понимаем друг друга, когда говорим о значении термина «биполярное». Давайте начнем с обсуждения ваших симптомов, Дебра (*подает брошюру с описанием симптомов мании и депрессии*). Барри, что из этого вы наблюдаете, когда Дебра находится в гипоманиакальном состоянии?

Б (*просматривает брошюру*): Ну, практически все, за исключением снижения аппетита... Мне кажется, у нее есть мания величия — она считает, что в один прекрасный день сможет разбогатеть. (*Смеется.*)

Т2: Когда в последний раз вы это замечали за ней?

Б: Последний раз, когда я вел дело, она всегда становится такой, когда я веду дело.

Д: Я согласна, но мне кажется, это оттого, что дел у меня прибавляется, когда он все время работает... он думает, что это «преданность делу», но я считаю, что он утрачивает чувство реальности, ведь мне приходится выполнять больше дел по дому... (*смотрит в список*). У меня прибавляется энергии, я чувствую себя неуютно в собственном теле, я выпрыгиваю из кожи... наверное, хорошо в таком состоянии ходить по магазинам! (*Хихикает.*) Вероятно, я легче раздражаюсь, менее терпимо отношусь к людям.

Б: Особенно ко мне (*улыбается*).

Это был первый раз, когда Дебра попыталась защитить себя, говоря о том, как проблемы взаимоотношений влияют на ее перепады настроения. Интересный факт: ее твердая позиция несколько охладила негативизм мужа.

Вскоре психотерапевтам стало ясно, что Барри и Дебра по-разному представляют себе суть биполярного эпизода. Это важный момент в терапии *FFT*: члены семьи должны выработать общий взгляд на то, что собой представляет начало заболевания у пациента, чтобы начать принимать заранее спланированные меры профилактики усиления расстройства (например, визиты к врачу, снижение уровня стресса или рабочей нагрузки на пациента). Но до сих пор было непонятно, бывают ли у Дебры очерченные эпизоды.

T2: Как вам кажется, бывают ли у вас так называемые «эпизоды»? Вздвигнутость на протяжении нескольких дней подряд?

Д: Возможно, бывают два-три дня, когда я могу переделать кучу дел, память улучшается, потом два-три дня, когда она перестает работать. Я могу...

Б (*перебивает*): Это все домашний ремонт. Она начинает заново отделять комнату Джилл. Она красит стены в пурпурный цвет, затем в тот же вечер смысает краску, покупает новые шкафы...

Д: Я направляю свою энергию на домашние дела вместо того, чтобы кого-нибудь убить. (*Оба фыркают.*)

T1: Возможно, сегодня я не отличаюсь понятливостью, но я пытаюсь выяснить, существует ли у вас обоих общее мнение о том, когда наступают эти периоды активности и спада. Дебра, вы не пробовали строить график своего настроения?

Клиницист выдал супругам листок с домашним заданием, в котором им обоим предлагалось ежедневно фиксировать перепады настроения у Дебры. Супруги должны были делать это независимо друг от друга, чтобы можно было судить о расхождении представлений о симптоматике расстройства (в отличие, например, от личностных особенностей). Динамика этой пары особенно четко проявилась на сессиях 3-5. Дебра не слишком добросовестно выполняла домашнее задание по ведению графика настроения, поэтому Барри считал, что его ответственное отношение не получает должной оценки. «Она не желает брать на себя ответственность за свое заболевание», — заявлял он. Тем не менее Дебра прекрасно помнила все свои перепады настроения, хотя и не всегда тщательно их фиксировала. Клиницисты щедро хвалили супругов за их усилия, пусть и не всегда добросовестные. Интересно, что Барри отметил небольшие изменения в настроении жены, которые он назвал «манией», а Дебра считала реакциями на повседневные раздражители.

Б: В субботу утром у тебя была сильная мания.

T2: Что вы имеете в виду, Барри?

Б: Я стал говорить ей, что Джилл надо отвести на футбол, а она чуть не оторвала мне голову! Д: Потому что ты сказал мне об этом восемь раз. Никакой мании не было, я просто

была раздражена. Даже Джилл отметила, что ты несколько перестарался.

Эта тема постоянно возникала на протяжении всего вмешательства: Барри переоценивал выраженность перепадов настроения у Дебры, вплоть до того, что характеризовал ее состояние как «маниакальное», когда речь шла об обычной раздражительности. Он также именовал состояние жены «депрессивным», когда она заявляла, что хотела «расслабиться... скучала... пыталась отключиться и побыть

в одиночестве». Клиницисты внимательно следили за тем, чтобы никого не обвинять и не поддерживать. Один из клиницистов сказал:

Я полагаю, это бывает трудно различить. Мне бы хотелось сказать вам простое правило, по которому можно было бы судить о наличии или отсутствии текущего эпизода у Дебры. Однако, как вы сами видите, это не всегда удастся сделать. Обычно я рекомендую своим пациентам обратиться к перечню симптомов и задать себе вопрос: «Имеются ли какие-то еще из этих симптомов? Сопровождается ли раздражительность усилением нарушений сна? Скачкой мыслей?» Раздражительность — не основание для разговора о маниакальности, если только она не затягивается, не проявляется в различных ситуациях и не сопровождается некоторыми другими из этих симптомов.

Клиницисты предложили основанный на предрасположенности к стрессу подход для объяснения эпизодов у Дебры. Дебра припомнила, что ее мать страдала депрессией, а отец злоупотреблял алкоголем: «Наверное, у моей мамы было биполярное расстройство, но тогда это так не называлось». Кроме того, участники обсудили триггеры стресса, которые могли играть роль в предшествующих эпизодах депрессии у Дебры. Барри сделался очень многословным, обсуждая ее риск-факторы: он отметил, что людные места (например, универмаги) приводили ее в гипоманиакальное состояние, а алкоголь даже в небольших количествах заметно нарушал сон, что, в свою очередь, усугубляло гипоманию. Психотерапевты предложили супругам брошюры, посвященные риск-факторам (например, злоупотребление психоактивными веществами, нерегулярный сон, хаотичный распорядок дня, конфликты в семье и провоцирующие межличностные ситуации), а также защитным факторам (например, регулярный прием лекарств, налаженное общение в семье, использование ресурсов вмешательства). Далее клиницисты помогли Барри и Дебре разработать план профилактики рецидивов:

Т1: Клиенты, с которыми нам довелось работать, лучше справлялись со своим заболеванием, если имели возможность в критический момент опереться на своих супругов и других близких. Замечательно, если вы сможете подойти к супругу и сказать: «Мне кажется, я заболеваю», и воспользоваться его советом, не утратив полностью контроль над собой. При перепадах настроения вы (*обращаясь к Дебре*) будете нуждаться в обретении контроля... Барри, возможно, вам иногда имеет смысл сказать: «Да, ты заболеваешь, но я тебе помогу», без лишних слов... иметь возможность высказать свои предложения, не начиная при этом доминировать.

Б: У нас есть общая черта. Мы оба любим контролировать ситуацию. Полагаю, подобное притягивается к подобному.

Т1: Возможно, то, что вы оба предпочитаете управлять своей судьбой, послужило основной причиной вашего сближения (*уклончиво*). Однако многое из того, что изначально казалось привлекательным, например нежелание утратить контроль, впоследствии может перерасти в проблему.

Супружеская пара пришла к определенному согласию относительно начальных признаков гипомании у Дебры (например, усиление интереса к ремонту, необычно ранний подъем, раздражительность, которая проявляется в различных ситуациях), а также некоторых предпосылок этого (например, алкоголь). Они совместно разработали план профилактики рецидивов, включающий составление списка номеров телефонов служб неотложной помощи, избегание алкоголя, а так-

же избегание стрессовых провоцирующих межличностных ситуаций (например, конфликтов Дебры со своей матерью). Барри и Дебра также обсудили, как разговаривать о симптомах расстройства в случае их усиления. Барри предположил, что ему «необходимо научиться не впадать в гнев» в таких ситуациях, «не вываливать все, что думаешь». Как ни странно, оба супруга стали сопротивляться предложению о поддержании Деброй регулярного режима сна — бодрствования, даже по выходным, когда перепады настроения у нее бывают особенно сильными. Они с сарказмом заметили: «Возможно, нам просто надо пойти в армию», подчеркнув, что привыкли допоздна бывать на вечеринках.

Модуль, посвященный психологическому просвещению, завершился обсуждением вопроса о том, как ярлык психического расстройства влияет на самооценку Дебры. На протяжении первых шести сессий она не раз упоминала о неприятном чувстве, связанном с диагнозом биполярного расстройства.

Т1: Иногда, просматривая список симптомов или обсуждая причины биполярного расстройства, пациенты чувствуют, что на них навешивают ярлык или критику — ют. Дебра, знакомо ли вам это чувство, возникало ли оно у вас здесь?

Д: Когда я впервые пришла сюда, я чувствовала себя под прицелом. Мне казалось, что сейчас меня станут ругать и винить во всем, что наконец-то нашлась биологическая причина всех наших проблем.

Т1: Надеюсь, вы не считаете, что мы приписываем все ваши проблемы как супружеской пары биполярному расстройству.

Д: Нет, я считаю, что вы ко мне справедливы. Мне трудно говорить об этом, но иногда мне кажется, что Барри попросту выражает неодобрение мне как человеку.

Т1: Другими словами, граница между вашей личностью и вашим расстройством стала размытой.

Д: Да, а для меня эта граница существует.

Т1: Я рад, что вы подняли этот вопрос. Я считаю, очень важно, чтобы вы четко различали, когда мы говорим о вас, о вашем стиле общения с другими людьми... далеко не все, что вы делаете, может быть сведено к этому расстройству.

Б: А я, вероятно, слишком преувеличиваю значение [расстройства].

Д (*оживляясь*): Да, и ты обращаешь на это внимание других людей... это для меня большая проблема. Раньше нам было интересно разговаривать друг с другом! Я устала от постоянного обсуждения с тобой моего биполярного расстройства. Складывается впечатление, что ты хочешь говорить только об этом.

Б (*озадаченно*): Почему ты не говорила мне об этом?

Д: Наверное, мне следует тебе сказать... Мне хочется некоей золотой середины между обсуждением и не обсуждением этого расстройства.

Б: Чего же ты хочешь?

Д: Точно не знаю.

Т1: Думаю, неудивительно, что вы точно не знаете... вы не всегда отдаете себе отчет в том, насколько нуждаетесь в помощи со стороны Барри. Возможно, вы пытаетесь обрести равновесие. Это может потребовать некоторого времени. Надеюсь, вы не считаете, что мы интересуемся только вашим биполярным расстройством, а не вашей личностью [исследует очевидное сопротивление материалу психологического просвещения].

Д: Как правило, нет, за исключением случаев, когда я пытаюсь рисовать этот график настроения [признает эмоциональную боль, лежащую в основе сопротивления психотерапевтическим заданиям]. Мне просто хочется разговаривать с Барри так же, как с подругами. Я хочу обсуждать не только свое заболевание и своих врачей.

Тренинг коммуникативных навыков (сессии 8-14)

На сессии 8 клиницисты начинают тренинг *СЕТ*. Барри с Деброй оба описали стереотип «просьбы — отстранения», свойственный их общению. Барри настойчиво пытался узнать о настроении Дебры, а Дебра отстранялась и не желала об этом говорить. Дебра признала, что ей трудно сознавать и обсуждать свою депрессию, потому что «это не принято в моей семье». Она воспитывалась на юге, где «не принято выносить сор из избы». Напротив, Барри был выходцем из Лос-Анджелеса, где «можно вывернуть душу любому, кто оказался рядом с тобой в автомобильной пробке».

Клиницисты начали с исследования стереотипа «просьбы — отстранения»:

Т1: Это один из видов динамики, который встречается у супругов, один из которых страдает биполярным расстройством. Пациенты с расстройством часто испытывают раздражение в адрес своих супругов, в ответ супруги дают им отпор, потому что ощущают нападение, в результате разгораются конфликты. Пациент с расстройством чувствует, что его гнев вполне оправдан, в то время как его супруг или супругу считают гнев проявлением биполярного расстройства.

Б: Ну, моя проблема состоит в том, что Дебра не сознает своих симптомов.

Д: Я все прекрасно сознаю, но я хочу, чтобы меня оставили в покое. Ты заканчиваешь за меня предложения...

Б: А после этого ты выходишь из комнаты. Ты просто не желаешь нормально общаться. То же самое было с твоими родителями...

Д: Когда я в таком состоянии [депрессии], меньше всего мне хочется вести серьезные разговоры или слышать вопросы о том, чего и почему я хочу.

Т2: Давайте поговорим о том, что происходит между вами [возвращает пару к обсуждению отношений]. Что происходит, когда вы пытаетесь о чем-то поговорить? Один из вас не хочет разговаривать? Вы все-таки разговариваете, но беседа нельзя назвать гладкой?

Б: Она тянет время, не хочет делать дела; тогда я начинаю повышать голос, она уходит, а я начинаю думать о том, сколько можно все это терпеть.

Т2: Дебра, как бы вы описали происходящее?

Д: Барри расстраивается, если я даю ему не те ответы, которые он хочет услышать, я огорчаюсь оттого, что расстроила его, он огорчается, что расстроил меня, и так далее.

Т2: Вам хотелось бы наладить свое общение?

Б: Да. Фактически никакого общения нет, и все из-за биполярного расстройства. Не знаю, были ли бы у нас все эти проблемы, если бы она не страдала биполярным расстройством. Она впадает в депрессию, не выражает своих мыслей, даже не пытается ... это напомнило мне о том, что я собирался у вас спросить: как вы считаете, нет ли у нее также расстройства внимания?

Д: О, нет, так мы далеко зайдем...

Т1: Барри, этого нельзя сказать наверняка, однако, независимо от причины, складывается впечатление, что вы готовы приступить к обсуждению ваших отношений [меняет направление разговора, при этом не отвергая определения проблемы, которое дал Барри]. Во всяком случае, судя по вашему описанию, у вас имеются некоторые стереотипы общения. Мы дадим вам кое-какие навыки непосредственного общения друг с другом, например, как хвалить друг друга за успехи, как слушать, как просить друг друга внести изменения в поведение. Это поможет вам во время перепадов настроения, будь то проявления расстройства или же критические моменты ваших отношений [дает обоснование модуля коммуникации, который предстоит освоить].

Д: Да, мне следует научиться вести спор. Он адвокат, он гораздо лучше меня умеет вести спор.

Б *{по-прежнему в гневе}*: Ты сама признаешь, что в вашей семье никто никому не говорил дурного слова. Ты позволяешь себе ругать меня только потому, что я готов терпеть, а когда я выхожу из себя, ты, наконец, меня выслушиваешь. Это единственный способ заставить тебя слушать.

Т1: Мне кажется, нам с вами есть над чем поработать. Я хотел бы, чтобы вы *(Дебре)* забыли на время о своем биполярном расстройстве и поработали над тем, как вы ведете себя и реагируете друг на друга. Не обязательно прорабатывать ваше общение по поводу одного только биполярного расстройства, возможно, стоит обсудить ваши разговоры о финансовых вопросах, друзьях...

Б: Но ведь обсуждать все это мы будем здесь... Откуда вам знать, как мы общаемся дома?

Т1: Мы установим в вашем доме подслушивающие устройства. *(Все смеются)*. Здесь мы выполним некоторые упражнения, включающие репетицию по ролям новых способов взаимодействия, но вам придется практиковаться дома, в перерывах между сессиями. Лично я считаю, что будет очень полезно, если вы уделите этому время [выражает оптимизм].

К этому моменту клиницисты лучше понимали стереотипы общения супругов. Стереотип «просьбы — отстранения» частично был обусловлен различиями в семейном воспитании, однако не менее верно и то, что Барри получал вознаграждение за свою критичность; она давала результаты, даже если сопровождалась обидой Дебры. Супруги расходились во мнении, до какой степени эти стереотипы коммуникации были обусловлены биполярным расстройством. Барри считал, что большинство или даже все проблемы можно было приписать расстройству, однако Дебра усматривала в этом стремление возложить на нее вину за все. Клиницисты, в свою очередь, считали, что супружеская динамика существовала независимо от перепадов настроения, однако усиливалась во время гипомания-кальных и депрессивных эпизодов. Во время гипоманиакальных эпизодов Дебра становилась более ранимой и реактивной, а в состоянии депрессии проявляла склонность к уходу из конфликтной ситуации.

На сессии 9 психотерапевты приступили к тренингу коммуникативных навыков. Терапия *FFT* начинается с освоения навыков позитивного общения с целью приобщить членов семьи к сотрудничеству при решении трудных вопросов. Один из клиницистов передал супругам брошюру, озаглавленную «Выражение положительных чувств», в которой каждому из партнеров предписывалось хвалить другого за конкретное поведение, а также сообщать партнеру о том, какие чувства вызвало то или иное поведение. Сначала клиницисты продемонстрировали навык. Один из них похвалил Барри, сказав: «Я польщен тем, что вы ездите в клинику издалека и вносите изменения в свой распорядок дня, чтобы посещать сессии... Я чувствую, что вы цените то, чем мы здесь занимаемся». Барри выразил признательность за комплимент. Затем клиницист попросил Барри и Дебры развернуться лицом друг к другу и выбрать достойное похвалы поведение. Как ни странно, это задание не встретило никакого затруднения. Проблема заключалась в том, чтобы остаться в рамках положительных эмоций, не давая просочиться отрицательным.

Б: Я признателен тебе за то, что ты в среду отвезла Джилл на футбол. Мне показалось, будто ты... будто ты знала, что я в этот день очень занят, и, видишь ли, обычно дочерью занимаюсь я, в то время как ты...

Т2 (*перебивая*): Барри, хотелось бы вас прервать. Дебра, скажите, пожалуйста, что вам понравилось в словах и тоне Барри? Выполнил ли он данные здесь инструкции?

Д: Ну, вам пришлось его прервать, но первая часть мне понравилась. Я рада, что он испытывает такие чувства.

Б: Ты ощутила положительную реакцию с моей стороны?

Д (*пауза*): Вполне.

Т2: Барри, мне кажется, что вы хорошо справились с заданием. Не могли бы вы повторить все это без концовки?

Б (*хмыкает*): И вы тоже хотите меня обезоружить. Ладно, Деб, еще раз благодарю за то, что ты отвезла Джилл на футбол. Я чувствую, что тебе важны мои дела и что ты думаешь обо мне.

Т2: Хорошо. Дебра, а кз-к вы думаете?

Д: Гораздо лучше.

Б: Иногда мне кажется, что я появился на свет, чтобы учиться такту.

Сессии 10-11 тренинга *SET* были посвящены навыкам активного слушания. Один из супругов слушал, пока другой говорил сначала на темы, не имевшие отношения к браку (например, отношения с коллегами по работе), а затем о супружеских проблемах. Оба супруга нуждались в перестройке навыков слушанья. В частности, Дебра была склонна «отключаться», когда говорил Барри, ей приходилось напоминать о необходимости следить за разговором. Она признала, что иногда ей кажется, что муж проверяет ее, чтобы определить, способна ли она быстро и умно отвечать. Ее «невнимательность» была своеобразным способом со-владания с тревогой публичных выступлений, которую она испытывала в разговоре с мужем.

Неудивительно, что трудности Барри со слушанием концентрировались на подавлении присущей ему склонности давать советы. Когда Дебра начинала говорить, он рефлексивно слушал ее в течение 1-2 минут, а затем начинал задавать вопросы типа: «Ну, и когда же ты позвонишь этому человеку?» или «В прошлый раз ты обещала закончить это резюме. Почему ты этого не сделала?» Репетиции на сессиях в сочетании с домашними заданиями на практическое применение навыков научили Барри лучше сознавать свои поступки. В момент откровения он, в частности, сказал: «Мне не нравится, как я на нее реагирую... Мне не нравится тот человек, которым я становлюсь».

Когда терапия *FFT* перешла за трехмесячную отметку (сессии 12-14), клиницисты ввели потенциально более напряженные формы коммуникации, в частности просьбы о внесении изменений в поведение друг друга и выражение негативных чувств. На этом этапе депрессия у Дебры уже была не столь выражена, как на этапе оценивания, хотя Барри продолжал жаловаться на ее низкую работоспособность. Он заявлял, что она не может даже сообщить ему, что сделала и чего не сделала за день, и часто выдает за сделанное то, что в действительности только еще предстоит сделать. Барри обозначил это как «неумение доводить дела до конца». В свою очередь Дебра все настойчивее отмечала его «микроманеджмент» ее поведения.

Т1: Нам хотелось бы проработать с вами обращения друг к другу с просьбой об изменении поведения. Как правильно попросить кого-либо о помощи? (*Передает Барри и Дебре брошюру, озаглавленную «Просьба в положительном тоне»*.) Постарайтесь смотреть прямо друг на друга и скажите друг другу, что вы хотели бы изменить и как от этого изменятся ваши чувства. Дебра, минуту назад вы гово-

рили о том, как Барри управляет вами. Не могли бы вы сформулировать это как запрос в положительном тоне, попросить его сделать так, как вам хочется? Выразить, что он мог бы вам помочь? Как ему попросить вас доводить дела до конца, не раздражая вас?

Д: Барри, было бы замечательно, если ты... в ситуациях, где есть выбор, если бы ты предоставлял мне немного больше свободы.

Б: Например? Не хочешь ли ты сказать, что мы должны делать все в твоём темпе?

Т1: Барри, пусть она выскажется.

Д: Ну, например, если речь идет о покупках, мне было бы гораздо легче, если бы я могла просто сказать: «Да, это есть в моем списке, и я это сделаю... если ты можешь подождать, чтобы я сделала это в удобное для себя время». Это помогло бы снять напряжение.

Т2: Барри, как вам понравилось то, о чем попросила вас Дебра? Выполнила ли она рекомендации, которые здесь представлены?

Б: Я считаю, что просьба была сформулирована удачно, у меня есть только один вопрос: сделает ли она эти покупки?

Д: Я думаю, мне бы очень помог определенный план, если бы заранее договорились о том, какие покупки буду делать я, а какие ты. Вероятно, в этом случае я не стала бы говорить: «Я ему покажу. Он собирается мной командовать; я ни за что не сделаю, как он хочет».

Т1: Когда люди ощущают себя в подчиненном положении, они часто реагируют отказом выполнять планы, даже если их выполнение им выгодно. Дебра, вы попадали иногда в такое положение?

Клиницисты поощряли проявление у Дебры настойчивости и уверенности, одновременно вступая в конфронтацию с таким ее феноменом, который Барри назвал «пассивной агрессивностью». Затем они переключились на Барри, предложив ему высказать положительную просьбу в адрес жены.

Т2: Барри, не могли бы вы попросить Дебру что-нибудь сделать, как-то изменить поведение?

Б (*глядя на клиницистов*): Хорошо, Деб, это для меня очень важно...

Т2: Не могли бы вы обращаться непосредственно к ней?

Б: Хорошо, это очень важно для меня, чтобы ты не уходила во время наших с тобой разговоров. Не отстранялась. Особенно когда мы говорим о Джилл и различиях в наших взглядах на ее воспитание. Это меня очень раздражает.

[На этом этапе клиницисты заметили, как Дебра отстраняется, реагируя на экспрессивное поведение Барри. Они прокомментировали ее реакцию.]

Т1: Дебра, что сейчас происходит? Такое впечатление, что вы отключились.

Д (*приходит в себя, улыбается*): Да, наверное. О чем мы говорили?

Б: Вот видите, мне кажется, это проявление дефицита внимания. Как вы считаете, не назначить ли ей риталин [лекарство при этом состоянии]?

Т1: Барри, в данном случае это не так. Вот что, скорее всего, произошло, Дебра, если позволите, вы отстранились, потому что ощутили нападение.

Д: Скорее всего, так оно и есть. Он опять взялся за свое «Сделай то, сделай это».

Б (*разочарованно*): Ну, ты только что обратилась ко мне с просьбой! Здесь работать буду только я?

Т1: Барри, я хочу попросить вас попробовать еще раз. Но теперь внимательнее следите за тем, как вы формулируете свои мысли. Обратите внимание на то, чего вы просите не делать — не отстраняться во время разговора. Это чрезвычайно важно. Что же, по-вашему, ей следует делать?

Б: Я хочу, чтобы она участвовала в разговоре! Обсуждала проблемы!

Т1: Попробуйте еще раз, но теперь непременно скажите, что надо делать.

Б *(вздыхает)*: Деб, когда мы с тобой разговариваем, я хотел бы... мне очень хотелось бы, чтобы ты оставалась со мной до конца разговора, особенно если дело касается Джилл. Я буду при этом чувствовать, что мы партнеры.

T2: Барри, на этот раз гораздо лучше, и я уверена, вашей жене это было приятнее услышать. Дебра?

Д: Да, мне понравилось... это приятнее. Надо этим заняться.

Особый акцент на этапе тренинга *CET* делается на выполнении домашних заданий между сессиями. Супругам настоятельно рекомендовали встречаться каждую неделю и фиксировать свои попытки на бланках домашних заданий. Оба супруга сообщили о снижении напряжения во взаимоотношениях к моменту на чала тренинга решения проблем.

Решение проблем (сессии 15-18)

В четвертый, пятый и шестой месяцы терапии сессии проводились реже (один раз в две недели). На сессии 15 был начат тренинг решения проблем. После обоснования его необходимости клиницисты предложили супругам определить несколько конкретных проблем для обсуждения. С участниками были разобраны шаги по решению проблем.

Первая тема, на которой остановились супруги, выглядела поверхностной. В доме жили две кошки, одна из которых принадлежала Дебре (и осталась еще с предыдущего брака), а другую приобрел Барри. Супруги расходились во взглядах на кормление кошек: Дебра «хотела, чтобы кошка была толстой» и часто ее кормила, в то время как Барри хотел видеть свою кошку стройной. В результате кошка Барри будила их посреди ночи и просила есть. Дебра не высыпалась и становилась раздражительной, беспокойной и, возможно, гипоманиакальной. Несмотря на тщательное изучение литературы не удалось найти исследований, посвященных влиянию кошачьей диеты на течение биполярного расстройства.

Пара рассмотрела различные варианты: одинаково кормить обеих кошек, держать кошку Барри в гараже, избавиться от кошки Барри, кормить обеих кошек перед тем, как лечь спать. В конце концов был выбран последний вариант. Сама по себе проблема служила поводом для многочисленных шуток, им было интересно решать ее сообща.

Второй источник конфликтов был связан с ночной жизнью. Оба любили посещать вечеринки, однако Барри предпочитал задерживаться дольше, чем Дебра. Дебра считала, что вечеринки способствуют перепадам настроения, она приходила в возбуждение от общения со многими людьми и быстро уставала. Они рассмотрели возможные варианты: приезжать в разных машинах, Барри раньше уходить, Дебре идти спать в машину, когда она устанет, Дебре брать такси и ехать домой. В конце концов было принято решение заранее оговаривать время ухода.

Супругам удалось с успехом применить данный метод для решения других вопросов, в частности оплаты счетов и помощи Джилл в посещении внешкольных занятий. Они продолжали делить крупные проблемы на сравнительно мелкие и были склонны предъявлять «перекрестные жалобы», т. е. осложнять крупными проблемами решение мелких. Барри часто жаловался: «Мы не касаемся источника всех этих проблем, ее биполярного расстройства. Этих проблем не было бы, если бы она была здорова» И снова терапевты не стали оспаривать такое определение проблемы, а продолжали развивать мысль о том, что, независимо от источ-

ника проблем, супругам по-прежнему надо совместно искать приемлемые компромиссы.

Завершение (сессии 19-21)

Через семь месяцев Дебра, уже практически в состоянии ремиссии, устроилась на новую работу в магазине одежды. Клиницисты приступили к завершающему этапу вмешательства, который фокусировался на информации, полученной супругами в результате психологического просвещения, тренингов *СЕТ* и навыков решения проблем. Оба супруга подтвердили, что их взаимоотношения заметно улучшились и что они «периодически» используют дома коммуникативные навыки. Клиницисты охарактеризовали достижения Барри и Дебры, порекомендовав им каждую неделю находить время для практики одного или нескольких приобретенных навыков.

Барри не был полностью убежден в том, что у Дебры наступило улучшение. На одной из заключительных сессий он снова поднял вопрос о симптомах у Дебры и ее «нежелании» доводить дела до конца, в частности речь шла о приготовлении пищи, переводе зарплаты на счет, чистке одежды Джилл, других обязанностях, которые, по взаимной договоренности, были возложены на нее. Вот какой произошел разговор на эту тему:

Б (*смеется*): Прошлой ночью мне приснился сон, что я женюсь, и женюсь на Дебре, но не вижу ее лица, поэтому сомневаюсь в том, что это именно она. И еще сомневаюсь, стоит ли это делать.

Т1: И еще вы стояли перед всеми в пижамах.

Б (*смеется*): Да, и мне предстояло сдавать экзамен, к которому я не готовился. Если честно, иногда я сомневаюсь, она ли это, особенно когда она не желает делать того, о чем мы с ней договорились.

Т1: Позвольте мне изложить свою точку зрения на этот вопрос. Как мне представляется, многие родственники решают проблему: «Стоит ли продолжать жить с ним/ней или лучше уйти и устраивать свою жизнь самостоятельно?» Конечно, некоторые так и делают, то есть уходят, но многие другие остаются и ждут улучшения, и, представьте себе, часто ждут.

Б: Думаю, им становится лучше.

Д: Мне тоже так кажется. Не знаю, почему ты настроен так мрачно.

Б: Ну, если ты ...

Т1 (*перебивает*): Позвольте мне закончить мысль. Барри, мне кажется, вам необходимо мысленно установить различия между тем, что Дебра может и чего не может контролировать. В этом вопросе у вас нет полной определенности. Когда вы говорите, что ваша жена не желает доводить дела до конца, это звучит как обвинение в преднамеренном поведении, словно она нарочно стремится вас позлить. Дебра, действительно ли проблемы с доведением дел до конца обусловлены трудностями концентрации внимания? Или плохой памятью?

Д (*оживленно кивает*): Вот именно! Если бы можно было это ему объяснить, мы бы добились гораздо большего.

Б: Проблемы с Памятью обусловлены биполярным расстройством или невнимательностью?

Т1: Мне не кажется, что проблема состоит именно в этом. Это не более чем диагностическая тонкость, поэтому мой ответ вряд ли вам поможет. Скорее всего, вам хочется знать, способна ли Дебра контролировать эти свои проблемы. Если бы я был на вашем месте, я бы очень злился, если бы знал, что она делает это намеренно.

Б: Да, но я не всегда об этом думаю.

Т1: Если бы я считал, что ее поведение обусловлено нарушением биохимического равновесия, я проявлял бы больше терпения, больше сочувствия, как к человеку, который сломал ногу и не может подниматься по лестнице; во всяком случае, я бы сочувствовал ему гораздо больше, чем если бы знал, что он нарочно меня задерживает.

В этом фрагменте клиницист непосредственно обратился к проблеме, которую считал основным источником критических установок Барри в отношении Дебры: убеждению в умышленности многих видов ее негативного поведения (см. Hooley & Licht, 1997; Miklowitz et al, 1998). В некоторых случаях Барри верно судил о ее мотивах. Однако вопрос о контролируемости ее симптомов вынудил его рассмотреть другое объяснение ее поведения. Различие между контролируемым и неконтролируемым поведением является ключевым моментом в психологическом просвещении у семей пациентов с биполярным расстройством.

Успехи Барри и Дебры

После завершения терапии *FFT* Дебры иногда возникали небольшие проявления депрессии, несмотря на прием лекарственных препаратов. Эти депрессивные проявления были неприятными, но не столь уж тяжелыми, чтобы мешать работе или исполнять материнские обязанности. Краткие гипоманиакальные эпизоды иногда служили источником конфликтов с Барри, но не выбивали ее из колеи. Общение Барри и Дебры наладилось, оба признавали, что Барри теперь проявлял больше терпения. Однако Дебра часто наблюдала за собой склонность действовать в соответствии с цитатой из известного фильма: «Что? если это так же хорошо, как и то, что можно в результате этого получить?» Вполне удовлетворительно справляясь со своими делами, она выражала сожаление о том, что не может вести такую жизнь, какую хотела бы: успешная карьера, более теплые отношения с мужем, больше друзей, более близкие отношения с дочерью, большой материальный достаток. Ей было трудно смириться с реальностью своего расстройства и его психосоциальными последствиями. Вместе с тем Дебра считала, что терапия *FFT* помогла, так же как лекарственные препараты, от которых она не собиралась отказываться. Клиницисты предложили направить ее на индивидуальную психотерапию, однако она решила пройти пока психосоциальное вмешательство.

Заклучение

Семейное вмешательство, основанное на психологическом просвещении, является полезным дополнением к фармакотерапии. Однако не все пациенты с биполярным расстройством имеют семьи, поэтому важными альтернативами могут служить индивидуальные подходы (Frank et al., 1999). Тот факт, что лекарственные стабилизаторы настроения эффективнее помогают справиться с маниакальными, а не депрессивными симптомами, в то время как психотерапия действует наоборот, служит аргументом в пользу сочетания лекарственного и психосоциального вмешательства в амбулаторной терапии биполярного расстройства.

К сожалению, пока мало данных о том, какие семьи подходят для терапии *FFT*. Наш собственный анализ (Miklowitz et al, 2000) показал, что показатели тяжести депрессии за один год более заметно улучшились у пациентов в высокоэкспрес-

сивных семьях по сравнению с низкоэкспрессивными. Вместе с тем снижение частоты рецидивов биполярного расстройства касалось не только высокоэкспрессивных семей, проходивших терапию *FFT*.

Наши клинические наблюдения также показывают, что есть группы пациентов, которые плохо откликаются на терапию *FFT*. В частности, пациенты, которые отказываются смириться с диагнозом биполярного расстройства, часто обижаются на образовательную направленность терапии *FFT*. Такие пациенты, как правило, видят источники своих проблем вовне (т. е. в несправедливом отношении окружающих) и сопротивляются вмешательству, требующему взять на себя ответственность за свое поведение. Эти же пациенты могут также отказываться от лекарственной терапии. К сожалению, нам довелось встречать пациентов, которые признавали наличие у себя биполярного расстройства только после повторных госпитализаций.

Иной тип сопротивления возникает, если видеть исключительно биологические корни расстройства. Некоторые пациенты предпочитают ограничиваться визитами к психиатру и лекарственной терапией, считая психотерапию бесполезной. В такой позиции нет ничего плохого, поскольку некоторым пациентам этого вполне достаточно. Требуются дополнительные исследования, чтобы выяснить, отличается ли эта группа от пациентов, которые нуждаются в психотерапии, по симптоматическим проявлениям, течению расстройства, семейному анамнезу или генетическим особенностям.

Основным источником сопротивления иногда становятся члены семьи пациента. Причинами этого могут служить желание дистанцироваться от пациента (которому они безрезультатно пытались помочь в течение многих лет), нехватка времени или территориальная удаленность. А также нежелание обсуждать семейные проблемы с незнакомыми людьми. Иногда проявляется страх быть обвиненными за расстройство (Hatfield, Spaniol, & Zippel, 1987). Движение семейной психотерапии имеет длинную историю, а корни его находятся в культуре, в которой было принято винить родителей за психические расстройства у детей. Теоретический подход, лежащий в основе *FFT*, ни в коем случае не предполагает связи между плохим выполнением родительских обязанностей и началом биполярного расстройства. Тем не менее клиницисту часто требуется с первых дней вмешательства четко заявить, что он не разделяет этой устаревшей позиции.

Будущие направления

В будущем важным направлением исследований станет оценка эффективности, в частности клинического воздействия психотерапии в условиях «реального мира» (обычно в амбулатории или стационаре системы общественного здравоохранения), которую проводят клиницисты, работающие в условиях ограниченного времени. Как было отмечено выше, в настоящее время на базе нескольких центров проводится исследование эффективности вмешательства при биполярном расстройстве (Sachs, 1998), в котором терапия *FFT* сравнивается с межличностной психотерапией и когнитивно-поведенческой психотерапией в разнообразных условиях, в том числе общественного здравоохранения. Предстоит выяснить, в какой степени успех терапии *FFT* в лабораторных условиях проявится в условиях общей практики.

С этим связана и другая проблема, а именно правильный выбор структуры терапии *FFT*. В ряде случаев страховые компании оплачивают не более 6-8 сессий. Терапия *FFT* становится более интенсивной, и в ходе исследования необходимо определить, какой из ее компонентов связан с наибольшей вариабельностью в исходах. Например, вполне возможно, что некоторым семьям будет полезен модуль психологического просвещения. Не исключено, что модули психологического просвещения и тренинга *CET* удастся упростить без значительного ущерба для результативности терапии. В идеале решения о модификации вмешательств типа терапии *FFT* должны основываться на результатах исследований клинической эффективности, а не исключительно на желании сэкономить средства.

Заключительное направление исследований — применимость терапии *FFT* и других психотерапевтических вмешательств у детей и подростков с биполярным расстройством. Тот факт, что биполярное расстройство существует уже в этом возрасте, только еще осознается (Geller & Luby, 1997), поэтому не существует общепринятых методов психосоциального вмешательства у пациентов младшего возраста. Дебатируется вопрос о том, применимы ли к детям диагностические критерии для взрослых (McClellan & Werry, 1997). Не будучи распознанным, биполярное расстройство у ребенка может прогрессировать и перейти в тяжелую форму заболевания во взрослом возрасте (Sachs & Lafer, 1998). Добавление терапии *FFT* к лекарственной терапии на ранних стадиях развития расстройства может сыграть защитную роль в отдаленном прогнозе. Возможно, негативная симптоматика и психосоциальные последствия биполярного расстройства у взрослых могут быть предотвращены или хотя бы уменьшены за счет раннего выявления и тщательно спланированного профилактического вмешательства.

Благодарности

Подготовка данной главы стала возможна при частичной поддержке грантов Национального института психиатрии (*National Institute of Mental Health Grants No. MH43931, No. MH55101, No. MH42556*), а также гранта Комитета по исследовательской и творческой работе Университета Колорадо (*University of Colorado's Council on Research and Creative Work*).

Литература

- Akiskal, H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16 (Suppl. 1), 4-14.
- Akiskal, H. S., & Akiskal, K. (1992). Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as sub-affective variants of mood disorders. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 11, pp. 43-62). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalaukas, K., Rosoff, A., & Ackerman, L. (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1130-1138.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994a). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(Suppl.), 1-36.

- American Psychiatric Association. (1994b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Mazziotta, J. C., Alazraki, A., Selin, C. E., Feng, H.-K., Munford, P., & Phelps, M. E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Beigel, A., & Murphy, D. L. (1971). Differences in clinical characteristics accompanying depression in unipolar and bipolar affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 24, 215-220.
- Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 546-554.
- Brockington, I. F., Hillier, V. F., Francis, A. F., Helzer, J. E., & Wainwright, S. (1983). Definitions of mania: Concordance and prediction of outcome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 435-439.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Calabrese, J. R., Fatemi, S. FL, Kujawa, M., & Woyshville, M.J. (1996). Predictors of response to mood stabilizers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26 (Suppl. 1), 24-31.
- Carpenter, D., Clarkin, J. F., Click, I. D., & Wilner, P.J. (1995). Personality pathology among married adults with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34, 269-274.
- Clarkin, J. F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P., & Click, I. (1998). Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services*, 49, 531-533.
- Clarkin, J. F., Click, I. D., Haas, G. L., Spencer, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., Demane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., & Lestelle, V. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: V. Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 17-28.
- Clarkin, J. E., & Miklowitz, D. J. (1997). Marital and family communication difficulties. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, & W. Davis (Eds.), *DSM-IV sourcebook* (Vol. 3, pp. 631- 672). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Cohen, M., Baker, G., Cohen, R. A., Fromm-Reichmann, F., & Weigert, V. (1954). An intensive study of 12 cases of manic-depressive psychosis. *Psychiatry*, 17, 103-137.
- Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. *Archives of General Psychiatry*, 49, 126-131.
- Coryell, W., Keller, M., Lavori, P., & Endicott, J. (1990). Affective syndromes, psychotic features, and prognosis: II. Mania. *Archives of General Psychiatry*, 47, 658-662.
- Coryell, W., Scheffner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 720-727.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (1998). Psychosocial treatments for bipolar disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 240-248). New York: Oxford University Press.
- Cutler, N. R., & Post, R. M. (1982). Life course of illness in untreated manic-depressive patients. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 101-115.
- Dion, G., Tohen, M., Anthony, W., & Watemaux, C (1989). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 652-656.
- Ehlers, C L., Kupfer, D. J., Frank, E., & Monk, T. H. (1993). Biological rhythms and depression: The role of zeitgebers and zeitstörers. *Depression*, 1, 285-293.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Frank, E. (1999). Interpersonal and social rhythm therapy prevents depressive symptomatology in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 1 (Suppl. 1), 13.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Ehlers, C L., Monk, T. H., Comes, C, Carter, S., & Frankel, D. (1994). Interpersonal and social rhythm therapy for bipolar disorder: Integrating interpersonal and behavioral approaches. *The Behavior Therapist*, 17, 143-149.
- Frank, E., Swartz, H. A., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V, & Kupfer, D.J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Gelenberg, A. J., Kane, J. N., Keller, M. B., Lavori, P., Rosenbaum, J. F, Cole, K, & Lavelle, J, (1989). Comparison of standard and low serum levels of lithium for maintenance treatment of bipolar disorders. *New England Journal of Medicine*, 321, 1489-1493.

- Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1168-1176.
- George, E. L., Miklowitz, D. J., & Richards, J. A. (1996, September). *Personality disorders among bipolar patients*. Poster presented at the 11th Annual Meeting of the Society for Research in Psychopathology, Atlanta, GA.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1635-1640.
- Glick, L. D., Clarkin, J. E., Haas, G. L., Spencer, J. H., & Chen, C. L. (1991). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: VI. Mediating variables and outcome. *Family Process*, 30, 85-99.
- Goldberg, J. E., Harrow, M., & Grossman, L. S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 379-385.
- Goldberg, J. E., & Kocsis, J. H. (1999). Depression in the course of bipolar disorder. In J. F. Goldberg & M. Harrow (Eds.), *Bipolar disorders: Clinical course and outcome* (pp. 129-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goldstein, M. J., Rea, M. M., & Miklowitz, D. J. (1996). Family factors related to the course and outcome of bipolar disorder. In C. Mundt, M. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 193-203). London: Gaskell Press.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Grossman, L. S., Harrow, M., Fudula, J., & Meltzer, H. Y. (1984). The longitudinal course of schizo-affective disorders: A prospective follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 140-149.
- Grossman, L. S., Harrow, M., Goldberg, J. E., & Fichtner, C. G. (1991). Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: Comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1359-1365.
- Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magana, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., Miklowitz, D. J., & Snyder, K. S. (1989). Expressed emotion and patient—relative interaction in families of recent-onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 11-18.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Harrow, M., Goldberg, J. E., Grossman, L. S., & Meltzer, H. Y. (1990). Outcome in manic disorders: A naturalistic follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 47, 665-671.
- Hatfield, A. B., Spaniol, L., & Zippel, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 221-226.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Hooley, J. M. (1987). The nature and origins of expressed emotion. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 176-194). New York: Family Process Press.
- Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298-306.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Hoover, C. E., & Fitzgerald, R. G. (1981). Marital conflict of manic-depressive patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 65-67.
- Huxley, N. A., Parikh, S. V., & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.
- Jamison, K. R., & Akiskal, H. S. (1983). Medication compliance in patients with bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 175-192.
- Jamison, K. R., Gerner, R. H., & Goodwin, F. K. (1979). Patient and physician attitudes toward lithium: Relationship to compliance. *Archives of General Psychiatry*, 36, 866-869.
- Katz, M. M., Robins, E., Croughan, J., Secunda, S., & Swann, A. (1982). Behavioral measurement and drug response characteristics of unipolar and bipolar depression. *Psychological Medicine*, 12, 25-36.
- Keck, P. E., & McElroy, S. L. (1996). Outcome in the pharmacological treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(Suppl. 1), 15-23.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., Boume, M. L., & Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Coryell, W., Andreasen, N. C., Endicott, J., Clayton, P. J., Klerman, G. L., & Hirschfeld, R. M. A. (1986). Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *Journal of the American Medical Association*, 255, 3138-3142.

Сексуальная дисфункция¹

Эйми К. Бах, Джон
П. Уинц, Дэвид Х.
Барлоу

Психологические вмешательства, разработанные в последние несколько десятилетий для терапии различных сексуальных дисфункций, имеют, в частности, прочную эмпирическую основу. Теперь в нашем распоряжении имеются психологические процедуры с использованием новых лекарственных препаратов и без них, которые дают хороший эффект у подавляющего большинства индивидов, сексуальная дисфункция которых включает психогенный компонент. Вместе с тем, как указывают авторы, при оценке таких проблем не имеет смысла различать органическое и психогенное происхождение дисфункций. По этой причине разработка нового эффективного препарата (Виагры) для одной сексуальной дисфункции, эректильного расстройства у мужчин, мешает осознанию того, что в ряде случаев возникает необходимость в психологическом вмешательстве, несмотря на действенность лекарственной терапии. К счастью, фармацевтическая компания, производящая Виагру, не сделала такой ошибки и в настоящее время спонсирует проведение исследования на базе нескольких центров с целью подчеркнуть важность учета психосоциального контекста сексуальной дисфункции. Однако этот аспект вмешательства часто упускается из виду врачами общей практики, не обладающими достаточным опытом в этих вопросах. В данной главе после обзора современных достижений в области исследования сексуальности излагается биопсихосоциальный подход, учитывающий как медицинские, так и психологические факторы при диагностике и вмешательстве. После этого раздела описан сравнительно несложный случай из практики: мужчина с сексуальной дисфункцией смешанной (органической и психогенной) этиологии. По ходу вмешательства стало ясно, что сексуальной дисфункцией страдает также и его супруга. Читатель, возможно, будет поражен всевозможными ухищрениями, на которые пускается психотерапевт при работе с данным пациентом, а также специфическими психотерапевтическими стратегиями, которые он применяет. Описывая конкретные подходы к различным сексуальным дисфункциям, авторы выделяют индивидуальные поведенческие стратегии, а также отмечают общие психотерапевтические факторы (такие, как сексуальное просвещение, налаживание коммуникации, выявление важных эмоциональных и культурных факторов, которые могут вносить вклад в сексуальную дисфункцию). При секс-терапии хорошо видны преимущества интеграции когнитивно-поведенческого и системного подходов; необходимость такой интеграции проиллюстрирована случаем из практики.

Дэвид Х. Барлоу

Цель настоящей главы состоит в изложении когнитивно-поведенческого подхода к оценке и вмешательству при сексуальной дисфункции. Когнитивно-поведенческая терапия сексуальной дисфункции может служить самостоятельным вмешательством или дополнением к медикаментозному или хирургическому вмешательству. В любом случае, излагаемые здесь техники и информация должны быть адаптированы к конкретным потребностям индивида или пары, а также к природе сексуальных затруднений.

Прежде чем описывать собственный подход к клинической работе, давайте обратимся к двум наиболее интересным разработкам в сфере изучения сексуальности за последние пять лет.

Важные достижения в изучении сексуальности

Распространенность сексуальной дисфункции

На протяжении многих лет считалось, что сексуальная дисфункция широко распространена и затрагивает значительную часть населения. До недавнего времени, однако, практически отсутствовали эпидемиологические данные в поддержку этого мнения. Эпидемиологические исследования, посвященные сексуальной дисфункции, сталкивались с методологическими проблемами, в частности, нерепрезентативными выборками и необходимостью полагаться на данные самоотчетов (Spector & Carey, 1990). Более того, большинство подобных исследований были проведены более 15 лет назад.

Недавно были опубликованы результаты масштабного исследования, посвященного наличию различных сексуальных проблем; в нем приняли участие 1410 мужчин и 1749 женщин в возрасте от 18 до 59 лет (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Демографические характеристики данной выборки позволяют считать ее репрезентативной для популяции США. Индивидуальный опрос респондентов проводился опытными интервьюерами.

Ломанн с коллегами (Laumann et al., 1999) обнаружили, что 43% женщин и 31% мужчин страдали той или иной формой сексуальной дисфункции. Эти данные позволяют утверждать, что сексуальная дисфункция распространена шире, чем тревожные расстройства, расстройства настроения или расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами (Kessler et al., 1994). Тот факт, что свыше трети взрослых американцев страдают сексуальной дисфункцией, привлек всеобщее внимание и подтвердил мнение клиницистов о том, что сексуальная дисфункция является основной медицинской проблемой.

Публикация данных этого исследования является одним из важнейших достижений в сфере изучения сексуальности за последние несколько лет. Второе крупное достижение — конечно, создание и широкое внедрение лекарственного препарата силденафила, больше известного как Виагра. Виагра (пояснение для тех, кто не читал газет и журналов, не смотрел телевизор с марта 1998 г.) представляет собой оральный препарат, эффективно восстанавливающий эректильное функционирование у тысяч мужчин с нарушениями психогенной и органической этиологии; в настоящее время изучается применение этого лекарства у женщин.

Виагра: интеграция с секс-терапией

Появление Виагры в некотором смысле стало революцией в сфере терапии сексуальной дисфункции. Сексуальные проблемы, которые раньше с неохотой обсуждали даже профессиональные медики, теперь стали достоянием гласности, о них можно услышать по радио и телевизору, прочесть в газетах. Виагра привела к заметному повышению осознания и принятия сексуальной дисфункции в обществе. Более того, успех Виагры вселил в пациентов надежду и ожидание быстрого устранения сексуальных проблем. Результатом стало резкое увеличение числа пациентов, желающих пройти вмешательство по поводу сексуальных проблем.

Может показаться, что появление препаратов типа Виагры знаменует собой закат секс-терапии. Ничуть не бывало: секс-терапевтам приходится лечить больше пациентов, чем когда-либо. Хотя Виагра помогла многим парам, она, подобно другим «чудо-средствам», имеет свои недостатки. К наиболее очевидным из них относится несовместимость с нитратами; побочные эффекты типа головной боли, прилива крови к коже, диспепсии; высокая стоимость; тот факт, что Виагра не оказывает существенного влияния на сексуальное функционирование 16-44% мужчин и 82% женщин в состоянии менопаузы (Conti, Pepine, & Sweeney, 1999; Goldstein et al., 1998; Kaplan et al, 1999). Особое значение имеет то, что исследования эффективности Виагры преимущественно фокусируются на способности препарата восстанавливать физиологическую половую реакцию. Устойчивая эрекция и адекватная lubricация не обязательно ведут к удовлетворяющим сексуальным отношениям. Так, пары с плохо налаженной коммуникацией, негативными установками и ошибочными убеждениями относительно сексуального функционирования могут испытать разочарование после приема таблеток. Привлекательной альтернативой или необходимым дополнением к медицинскому вмешательству в таких случаях может стать когнитивно-поведенческая терапия. Таким образом, основная задача состоит в том, чтобы определить наиболее оптимальный план вмешательства для каждого пациента и пары: только лекарство, только психосоциальное вмешательство, психосоциальное вмешательство в сочетании с лекарственными препаратами, отсутствие вмешательства по поводу сексуальной дисфункции.

Прежде чем переходить к рассмотрению соответствующих вариантов вмешательства, необходимо, конечно, выяснить природу сексуальной проблемы. Далее приводится краткое описание каждого вида сексуальной дисфункции в соответствии с *DSM-IV* (*American Psychiatric Association [APA], 1994*).

Определение сексуальных дисфункций

В цикле сексуальной реакции выделяется четыре этапа: влечение, возбуждение, оргазм, разрешение. Руководство *DSM-IV* определяет сексуальную дисфункцию как нарушение на одном из этих этапов или боль, связанную с половым сношением. Большинство людей время от времени испытывают снижение интереса к сексуальной активности, трудности с возбуждением или проблемы с достижением оргазма. Диагноз сексуальной дисфункции ставится в тех случаях, когда трудности с сексуальным функционированием наблюдаются постоянно, вызывая у индивида/пары значительный дистресс или проблемы. Чтобы решить, являются ли

сексуальные проблемы основанием для постановки клинического диагноза, следует учитывать возраст и культурные особенности клиента, а также развитие проблемы. Как только диагноз сексуальной дисфункции поставлен, клиницисту следует выяснить, возникает ли данная проблема во всех без исключения ситуациях (т. е., является генерализованной) или приурочена к определенным обстоятельствам (является ситуационной). Кроме того, клиницист должен принять во внимание, всегда ли существовала данная проблема (пожизненная) или она развилась после периода нормального функционирования (приобретенная). Наконец, клиницист должен определить, обусловлена ли проблема психологическими или комбинированными (психогенными и органическими) факторами. Руководство *DSM-IV* рекомендует клиницистам использовать эти критерии, потому что они дают психотерапевту полезную информацию относительно природы и течения дисфункции и могут быть учтены при вмешательстве.

Расстройства влечения

Расстройство, связанное со сниженным сексуальным влечением

Руководство *DSM-IV* определяет расстройство, связанное со сниженным сексуальным влечением, как недостаток или отсутствие сексуальных фантазий или желания сексуальной активности. Сниженное влечение может быть основной проблемой, но может быть и вторичным по отношению к другой сексуальной дисфункции (например, мужчина может потерять интерес к сексу из-за фрустрации в связи с эректильной дисфункцией). Ломанн с коллегами (Laumann et al, 1999) сообщают, что 5% мужчин и 22% женщин испытывают трудности в связи со сниженным сексуальным влечением. Исследования женщин в гинекологических клиниках дали сходные результаты: 17% (Osborn, Hawton, & Gath, 1988) и 21% (Bachmann, Leiblum, & Grill, 1989). Сниженное влечение — одна из наиболее распространенных проблем у пациентов, желающих пройти вмешательство по поводу сексуальных затруднений. Были проанализированы диагнозы (Segraves & Segraves, 1991) 906 участников, отобранных для участия в фармакологическом исследовании сексуальных дисфункций на базе нескольких центров. Выяснилось, что у 65% основным диагнозом было снижение сексуального влечения; из них женщины составляли 81%.

Бек считает, что определение сниженного влечения в *DSM-IV* дано нечетко, поэтому некоторые исследователи модифицируют его, исходя из частоты половых контактов (Beck, 1995). Предполагается, что это не оправдано, потому что люди могут вступать в половые контакты и без всякого к тому влечения (например, с целью угодить партнеру) (Beck, 1995). Более надежными показателями полового влечения могут быть частота сексуальных мыслей, желаний и фантазий, а также готовность использовать возможности для половых контактов (Wincze & Carey, в печати). Конечно, необходимо рассматривать эти параметры в контексте возраста, пола и культурных особенностей человека. Так, студенты-мужчины сообщили о значительно большем числе случаев влечения и мастурбации по сравнению со студентками (Jones & Barlow, 1990).

Расстройство, связанное с отвращением к половым сношениям

Если пациенты со сниженным половым влечением выражают безразличие, то пациенты с аверсивным сексуальным расстройством негативно относятся к самой

идее половых контактов. Их наиболее типичные чувства — страх или отвращение. В результате человек, страдающий сексуальным аверсивным расстройством, часто избегает половых контактов (APA, 1994). К сожалению, слишком мало данных о распространенности этой дисфункции. Клинический опыт говорит о том, что большинство пациентов, желающих пройти терапию по поводу сексуальной аверсии, — это женщины.

Люди с сексуальным аверсивным расстройством часто испытывают страх перед половым сношением или отвращение к нему. Женщины могут сообщать об ожидании сильной боли или кровотечения при проникновении. Сексуальная аверсия, однако, может быть связана с любым аспектом сексуальной активности. Одному из нас недавно довелось лечить женщину, которая с удовольствием позволяла себя целовать и гладить, но начинала сильно нервничать, когда партнер пытался ее обнять или взять за руку.

Наконец, в некоторых случаях сексуальная аверсия может быть вторичной по отношению к паническому расстройству. В таких случаях пациент избегает сексуальной активности из-за условно-рефлекторного страха в ответ на физические ощущения типа учащения сердцебиения и дыхания (Sbrocco, Weisberg, Barlow, & Carter, 1997).

Расстройства возбуждения

Эректильное расстройство у мужчин

Появление Виагры позволило установить, что эректильное расстройство — наиболее часто признаваемая сексуальная дисфункция. Эректильное расстройство у мужчин, также называемое «эректильной дисфункцией», или «импотенцией», определяется как устойчивая или повторная неспособность достичь или поддерживать адекватную эрекцию до завершения полового сношения (APA, 1994).

По данным Ломанна с коллегами (Laumann et al, 1999), распространенность эректильной дисфункции составляет 5%. Скорее всего, этот показатель занижен, поскольку в обследованной выборке отсутствовали мужчины в возрасте 60 лет и старше, у которых это расстройство чрезвычайно распространено. В другую выборку (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994) были включены 1290 мужчин 40-70 лет, проживавших в Массачусетсе. Оказалось, что распространенность полного отсутствия эрекции составила 5% в возрасте 40 лет, а к 70 годам она увеличилась до 15%. Вероятность умеренных эректильных затруднений составляет 17% в возрасте 40 и 34% к 70 годам. На Конференции по достижению консенсуса, посвященной проблеме импотенции, которую проводили Национальные институты здоровья (*National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference*, 1993), также было отмечено, что эректильная дисфункция чрезвычайно распространена, ею страдают примерно 10-20 млн мужчин в США.

Мужчины с расстройством эрекции часто сообщают, что «ничего не могут». Результаты исследования показали, что такие мужчины в действительности склонны недооценивать свою эректильную реакцию во время полового сношения (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck, & Athanasiou, 1985). Психофизиологическая оценка полового возбуждения у мужчин чрезвычайно полезна, потому что позволяет объективно измерить эректильную функцию. Оборудование, необходимое для психофизиологической* оценки, достаточно дорогое, и клиницисты часто им

не располагают. Имеет смысл по возможности получить у партнера описание эректильной дисфункции пациента.

Расстройство полового возбуждения у женщин

Руководство *DSM-IV* определяет расстройство полового возбуждения у женщин как стойкую или повторяющуюся недостаточность генитальной реакции (неспособность достичь или поддерживать достаточное увлажнение и кровенаполнение наружных половых органов до завершения полового сношения). Женщины с этим расстройством могут испытывать минимальные ощущения возбуждения или не испытывать их вовсе. Ломанн с коллегами сообщают, что 20 % женщин в возрасте 18-59 лет испытывают трудности с физиологическим возбуждением при половом сношении (Laumann et al, 1999).

Женщины менее склонны обращаться за помощью к специалистам по поводу нарушения процесса возбуждения, потому что проблему удастся устранить за счет использования лубриканта. В отсутствие вмешательства расстройство полового возбуждения у женщин может привести к болезненности полового сношения, избеганию половых контактов и проблемам во взаимоотношениях с партнером.

Оргазмические расстройства

Преждевременная эякуляция

Преждевременная эякуляция определена в *DSM-IV* довольно нечетко: это эякуляция с ограниченной стимуляцией, которая возникает перед, во время или вскоре после проникновения и гораздо быстрее, чем пациенту хотелось бы (APA, 1994). Операциональное определение проблемы (Strassberg, Kelly, Carroll, & Kircher, 1987) звучит так: это эякуляция, имеющая место в течение двух минут после проникновения в 50% случаев и чаще, ощущение невозможности контролировать ее продолжительность и убежденность в том, что это является проблемой. В конце концов, наиболее важным критерием может служить субъективное ощущение мужчины, что он не может контролировать время наступления оргазма. Мужчины с преждевременной эякуляцией могут сообщить, что эякуляция у них наступает сразу после начала возбуждения. Хотя промежуток времени до начала эякуляции сам по себе не может служить решающим критерием, важно расспрашивать мужчин с жалобами на эту проблему, что значит «слишком быстро». Некоторые мужчины ошибочно диагностируют у себя преждевременную эякуляцию на том основании, что не могут продолжать половое сношение в течение 20-30 минут до эякуляции. В таких случаях диагноз преждевременной эякуляции не подтверждается, а сам «пациент» нуждается в просвещении относительно нормальной задержки эякуляции.

По данным Ломанна с коллегами, преждевременной эякуляцией страдают около 21% мужчин (Laumann et al, 1999). Другие авторы приводят более высокие показатели распространенности этого расстройства — 36-38% (Spector & Carey, 1990).

Оргазмическое расстройство у мужчин

Оргазмическое расстройство у мужчин представляет собой задержку или отсутствие оргазма после нормального этапа возбуждения и адекватной стимуляции

(APA, 1994). По данным Ломанна с коллегами, этой проблемой страдают 8% мужчин (Laumann et al, 1999). Другие авторы приводят сходные показатели — 4-10% (Spector & Carey, 1990). Оргазмическое расстройство у мужчин в большинстве случаев имеет ситуационный характер; человеку трудно достичь оргазма с партнером и легко при мастурбации (Wincze & Carey, в печати).

Оргазмическое расстройство у женщин

По аналогии с определением оргазмического расстройства у мужчин, оргазмическое расстройство у женщин представляет собой задержку или отсутствие оргазма после нормального этапа возбуждения и адекватной стимуляции (APA, 1994). По данным Ломанна с коллегами, 26% женщин испытывают значительные трудности с достижением оргазма (Laumann et al, 1999). Осборн с коллегами обследовали выборку из 436 женщин в возрасте 35-59 лет на предмет сексуального функционирования (Osborn et al, 1988). Нечастым считался оргазм при его отсутствии во время половых сношений за последние три месяца. Согласно такому консервативному определению, 16% женщин в выборке сообщили о проблемах с оргазмом.

Частота достижения женщинами оргазма может значительно варьировать. Так, предполагается, что только 50% женщин регулярно испытывают оргазм во время половых сношений (LoPiccolo & Stock, 1987). Следовательно, проводя диагностику оргазмического расстройства у женщин, следует учитывать, что действительная частота оргазма менее важна, чем представление женщины о выраженности своей проблемы.

Болевые расстройства

Диспареуния

При диспареунии ощущается боль в генитальной области до, во время или после полового сношения (APA, 1994). Природа, продолжительность и интенсивность боли у разных индивидов варьируют, однако наиболее часто боль возникает во время полового сношения (Wincze & Carey).

Исследование в гинекологической клинике, в котором приняли участие 329 женщин (Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann, 1993), показало, что 7,7% женщин в большинстве или во всех случаях испытывают при половом сношении боль. Осборн с коллегами (Osborn et al, 1988) приводит сходные показатели — 8%. К сожалению, мы практически не располагаем данными о распространенности данной проблемы у мужчин. Наш клинический опыт свидетельствует о том, что у мужчин подобная проблема часто становится следствием медицинской патологии (например, инфекции мочевыводящих путей). Диспареуния у женщин чаще обусловлена медицинскими проблемами, психологическими факторами или их сочетанием.

Вагинизм

DSM-IV определяет вагинизм как непроизвольный спазм мышц, окружающих наружную треть влагалища, в ответ на попытку проникновения. Эта проблема чаще возникает как реакция на попытку полового сношения. Женщина может сообщить, что ее партнер словно «наталкивается на стену» при попытке проникнове-

ния. Сходная проблема может возникнуть при раздражении стенок влагалища пальцем, тампоном или гинекологическим зеркалом. Группа исследователей поднимает ряд интересных вопросов по поводу определения вагинизма (Reissing, Binik, & Khalife, 1999). Они указывают, что хотя вагинизм считается в *DSM-IV* болевым расстройством, боль не является центральным или необходимым критерием для диагноза. Напротив, диагноз вагинизма фокусируется на непроизвольном мышечном спазме. Райссинг с коллегами (Reissing et al, 1999) не согласны с таким подходом и полагают, что вагинизм лучше определить как фобическую/аверсивную реакцию на проникновение во влагалище (часто не связанную с половым сношением) или как болевое расстройство. По их мнению, такое определение точнее отражает существо проблемы.

По данным Роузена с коллегами (Rosen et al., 1993), частичный вагинизм наблюдался у 6,8%, а проходящий — у 21,6% пациенток гинекологической клиники. В соответствии с этими показателями Райссинг с коллегами сообщают, что частота вагинизма колеблется от 5 до 17% (Reissing et al., 1999).

Биопсихосоциальный подход к причинным факторам

За последние три десятилетия произошли заметные изменения во взглядах на причины сексуальной дисфункции. В 1970-х гг. работа Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон способствовала распространению представлений о том, что в большинстве случаев сексуальная дисфункция становится результатом действия психологических факторов. В 1980-х гг. было разработано несколько медицинских подходов к сексуальной дисфункции. В итоге утвердились представления о том, что сексуальная дисфункция — преимущественно биологическая проблема. В 1990-х гг. продолжались споры о соотношении психогенных и органических факторов в этиологии дисфункции. Тем не менее большинство специалистов сейчас признают тот факт, что и психологические, и биологические факторы играют значительную роль в этиологии сексуальной дисфункции.

Оценка сексуальной дисфункции часто требует мультидисциплинарного подхода. В идеале сотрудничество врача и психотерапевта позволяет выявить социальные, психологические и биологические факторы, вызывающие сексуальные затруднения. Эти факторы часто взаимосвязаны и взаимодействуют между собой. Таким образом, следует оценивать каждый случай в целом, а не фокусировать внимание на одном из компонентов этиологической картины. Недоучет совместного вклада биологического и психосоциального факторов заметно снижает действенность вмешательства.

Биологические риск-факторы

Сексуальные трудности обусловлены целым рядом биологических факторов. Эти факторы могут оказывать прямое влияние на сексуальное функционирование, как в случае сосудистых заболеваний, нарушающих кровоток в пенисе. Не исключено также и опосредованное влияние на сексуальное функционирование, например, боли, которая не вызывает физиологических нарушений, но снижает удовольствие от занятий сексом.

Биологические риск-факторы прямого действия

К некоторым из наиболее распространенных биологических риск-факторов сексуальной дисфункции, обладающих прямым действием, относятся диабет, сосудистые заболевания, алкоголь и лекарства. Прежде чем переходить к детальному рассмотрению этих факторов, необходимо отметить, что легкие/умеренные медицинские проблемы могут просто предрасполагать человека к сексуальной дисфункции. Наличие положительных психосексуальных факторов может перевешивать эти обстоятельства, позволяя человеку поддерживать здоровое сексуальное функционирование. Напротив, выраженные риск-факторы, особенно в сочетании с негативными психосексуальными условиями, могут вызвать сексуальные трудности.

Сосудистые заболевания. Негативное влияние сосудистых заболеваний на сексуальное функционирование сказывается в действии одного из двух механизмов. Нарушение притока артериальной крови ухудшает кровоснабжение гениталий. Поражение венозной системы ведет к нарушению оттока крови из гениталий (Wincze & Carey, в печати). Эрекция у мужчин и набухание стенок влагалища у женщин зависят от усиленного притока крови к области половых органов. Следовательно, сосудистые нарушения могут нарушить фазу возбуждения полового сношения. Распространенным фактором риска является атеросклероз, который служит причиной 70% эректильных расстройств у мужчин старше 60 лет в США (Kellett, 1996; Korenman, 1998). К другим сосудистым расстройствам, которые могут негативно сказаться на сексуальном функционировании, относятся болезнь периферических сосудов, сердечно-сосудистые заболевания, гипертония (Feldman et al., 1994; Korenman, 1998; *NIH Consensus Conference*, 1993).

Диабет и другие заболевания, поражающие центральный и периферический отделы нервной системы. По данным Фелдмана с коллегами, у мужчин, получающих терапию по поводу диабета, частота эректильной дисфункции составляет 28% (Feldman et al., 1994). Особенно высокий риск сексуальной дисфункции связан с неадекватно подобранной терапией диабета (Bemelmans, Meuleman, Doesburg, Notermans, & Debruyne, 1994). Томас и Лопикколо (Thomas & LoPiccolo, 1994) полагают, что физиологическое влияние диабета на сексуальное функционирование у женщин не столь выражено, как у мужчин. Группа исследователей (Schreiner-Engel, Shavi, Vietorisz, & Smith, 1987) обнаружила, что влияние диабета на сексуальное функционирование у женщин может варьировать в зависимости от типа диабета. Они не отметили различий в выраженности сексуальной дисфункции у женщин с диабетом I типа и в здоровой контрольной группе. Напротив, женщины с диабетом II типа гораздо чаще испытывают трудности, связанные с сексуальным влечением, возбуждением, оргазмом и сексуальным удовлетворением. Результаты как минимум одного исследования противоречат этому наблюдению. Группа авторов (Wincze, Albert, & Bansal, 1993) изучала физиологическое и субъективное сексуальное возбуждение в ответ на фильмы эротического содержания у женщин с диабетом I типа и в группе женщин без диабета. Несмотря на отсутствие различий в уровнях субъективного возбуждения, для женщин с диабетом I типа был характерен значительно более низкий уровень физиологического возбуждения при просмотре фильмов. Результаты данного исследования говорят о том, что женщины с диабетом I типа имеют повышенный риск сексуальных проблем.

Предполагается, что нейропатия и сосудистые проблемы часто обуславливают сексуальную дисфункцию у пациентов с диабетом (Bemelmans- et al, 1994; Korenman, 1998). В недавно проведенном исследовании, однако, группа авторов (Takanami, Nagao, Ishii, Miura, & Shirai, 1997) обнаружила, что не у всех пациентов эректильная дисфункция имеет органическую природу. Авторы измеряли физиологическое возбуждение в ответ на эротический фильм у 24 мужчин с диабетом и эректильным расстройством и обнаружили, что у 25% мужчин наблюдалось значительное увеличение окружности пениса (в частности, увеличение на 20% и более) вне всякого медицинского вмешательства. Таканами с коллегами (Takanami et al., 1997) высказал предположение о психогенной основе эректильного расстройства в этих случаях. Они полагают, что диабет является источником сильного стресса, который, в свою очередь, может негативно влиять на сексуальное функционирование в этой подгруппе пациентов.

К другим заболеваниям, затрагивающим центральную и периферическую нервную систему с возможным возникновением сексуальной дисфункции, относятся эпилепсия, рассеянный склероз, болезни почек (Hakim & Goldstein, 1996; Wincze & Catey). Помимо неврологических расстройств нарушить нормальную сексуальную реакцию могут травмы или оперативные вмешательства, в частности в области таза, промежности и спинного мозга (Korenman, 1998).

Уровни гормонов. Низкие уровни тестостерона ассоциированы со сниженным половым влечением у мужчин (Meston, 1997). В то же время результаты исследований показывают, что низкий уровень тестостерона сам по себе не вызывает эректильной дисфункции. Коренманн (Korenman, 1995) полагает, что нехватка тестостерона не препятствует нормальной эрекции в ответ на эротические стимулы. С этим наблюдением согласуются результаты нескольких других исследований (например, Schiavi, White, Mandeli, & Levine, 1997), согласно которым дополнительное введение тестостерона может повысить сексуальное влечение, однако это не ведет к заметному улучшению эректильного функционирования.

Сообщения о взаимосвязи между гормонами и сексуальным функционированием у женщин не столь однозначны (Sherwin, 1988). Подытоживая результаты нескольких исследований, Бек приходит к выводу о том, что тестостерон может повышать сексуальное влечение и субъективное удовольствие у женщин; низкий уровень эстрогенов может быть связан с атрофией тканей влагалища, что сопровождается сухостью и дискомфортом во время полового сношения (Beck, 1995).

Алкоголь. Некоторые исследователи считают чрезмерное употребление алкоголя фактором риска сексуальной дисфункции (например, Benet, Sharaby, & Melman, 1994; Hirschfield, 1998). В обзоре исследований, посвященных взаимосвязи сексуальной дисфункции и злоупотребления алкоголем, сообщается (Schiavi, 1990), что 8-54% мужчин с алкоголизмом имеют эректильную дисфункцию, а 31-58% страдают снижением полового влечения. Автор подчеркивает, что, несмотря на очевидную связь между сексуальным функционированием и употреблением алкоголя, во многих исследованиях не учитывается стадия расстройства (например, продолжающийся запой, середина детоксикации), а также действие лекарственных препаратов, возраст и состояние здоровья.

Исследования, посвященные женщинам, также показывают связь между злоупотреблением алкоголем и сексуальной дисфункцией. В результате обследования 917 женщин в США (Klassen & Wilsnack, 1986) была выявлена положитель-

ная корреляция между сильным пьянством и сексуальными проблемами. Группа авторов (Malatesta, Pollack, Crotty, & Peacock, 1982) изучала непосредственное влияние больших доз алкоголя на достижение оргазма женщинами. Оказалось, что женщины с более высокими уровнями алкоголя в крови испытывали оргазм достоверно позже, а его субъективная интенсивность была ниже.

Считается, что хроническое избыточное употребление алкоголя может способствовать возникновению сексуальных проблем, так как влияет на гипоталамо-гипофизарную систему (например, снижая уровень тестостерона), печень, процессы в центральной и периферической нервной системе (например, нейропатия) (Schiavi, 1990). Кроме того, предполагается, что злоупотребление алкоголем усугубляет сексуальную дисфункцию, нарушая межличностные отношения. Группа исследователей (O'Farrell, Choquette, Cutter, & Birchler, 1997) обнаружила, что мужчины с алкоголизмом достоверно чаще страдают эректильной дисфункцией, чем мужчины без алкоголизма с конфликтными и нормальными супружескими отношениями. Интересно, однако, что мужчины с алкоголизмом не отличаются от мужчин, живущих в конфликтном браке и не страдающих алкоголизмом, по уровням сексуального влечения, частоте преждевременной эякуляции, распространенности болезненности половых сношений у жен. Обе группы сообщили о большем числе проблем в этих сферах по сравнению с мужчинами, живущими в бесконфликтном браке и не страдающими алкоголизмом. Результаты данного исследования показывают, что, помимо нарушений эрекции, сравнительно высокая распространенность сексуальных проблем у мужчин с алкоголизмом в значительной степени объясняется сопутствующими межличностными конфликтами.

Лекарственные препараты. Целый ряд лекарственных препаратов может способствовать расстройствам влечения, возбуждения или оргазма у мужчин и женщин. К наиболее распространенным препаратам, играющим роль в этиологии сексуальной дисфункции, относятся антидепрессанты, гипотензивные и антипсихотические лекарства (Finger, Lund, & Slagle, 1997). По данным группы исследователей (Hogan, Wallin, & Baer, 1980), 9-23% мужчин, принимающих лекарства для снижения давления, страдают сексуальной дисфункцией, по сравнению с 4% здоровых мужчин из контрольной группы. Чанг с коллегами (Chang et al., 1991) обнаружил, что распространенность сексуальной дисфункции особенно высока у мужчин, принимающих мочегонные. Группа авторов (Hodge, Harward, West, Krongaard-DeMong, & Kowal-Neely, 1991) провела одно из немногочисленных исследований, посвященных влиянию гипотензивных препаратов на сексуальное функционирование женщин. Не удалось выявить значимых различий между женщинами, принимавшими и не принимавшими препараты для снижения давления. К сожалению, из-за небольшого размера выборки результаты исследования не подлежат генерализации.

Механизм действия антидепрессантов заключается в селективной ингибции обратного захвата серотонина; это такие препараты, как прозак, золофт и паксил. В проспективном исследовании 192 женщин и 152 мужчин, принимавших антидепрессанты (Montejo-Gonzalez et al., 1997), 14% пациентов спонтанно сообщили своим врачам о сексуальной дисфункции, а 58% признали наличие сексуальных проблем при прямом вопросе. Результаты данного исследования показывают, что у значительной части пациентов, принимающих антидепрессанты, возникают сексуальные побочные эффекты. Полученные данные также говорят о том, что ис-

следования, основанные на спонтанном самоотчете о побочных эффектах, могут занижать распространенность сексуальных проблем, связанных с приемом того или иного препарата. Сергрейвс проанализировал влияние приема антидепрессантов на сексуальное функционирование. Оказалось, что частота одних только нарушений оргазма составляет 20-75% (Segraves, 1998). По его данным, задержка наступления оргазма и преждевременная эякуляция относятся к наиболее распространенным побочным эффектам (Segraves, 1998). К другим лекарствам, ассоциированным с сексуальными трудностями, относятся малые транквилизаторы, противосудорожные препараты и холинолитики. (Полный перечень этих препаратов с побочными эффектами, затрагивающими сексуальную сферу, представлен у Finger et al., 1997.)

Другие риск-факторы прямого действия. В обзоре публикаций, посвященных вагинизму, Райссинг с коллегами (Reissing et al., 1999) высказал предположение, что болезненность при половом сношении могут обусловить следующие факторы или условия: аномалии девственной плевы; врожденные нарушения; атрофия слизистой влагалища и спайки вследствие атрофии, хирургических вмешательств или интравагинального облучения; пролапс матки; синдром Бульварного вестибулита; эндометриоз, инфекции; повреждения и опухоли влагалища; болезни, передаваемые половым путем; гиперемия тазовых органов.

Биологические риск-факторы непрямого действия

Возраст. Одним из наиболее распространенных риск-факторов сексуальной дисфункции непрямого действия является старение. Многие полагают, что сексуальная дисфункция является естественным следствием старения. На самом деле, сексуальное функционирование мужчин и женщин старшего возраста имеет качественные отличия. С возрастом мужчины могут заметить, что для достижения эрекции им требуется больше времени и более сильная стимуляция, что эрекция не такая устойчивая, как в прошлом, продолжительность оргазма и интенсивность эякуляции могут уменьшиться, а сексуальное влечение слабеет (Leiblum & Segraves, 1995; Meston, 1997). Во время и после менопаузы женщины могут испытывать отсроченное выделение влагалищной смазки, которой становится меньше, снижается кровенаполнение больших половых губ (Bachmann, 1995; Leiblum & Segraves, 1995). Хотя некоторые из этих изменений могут способствовать сексуальным трудностям, сам по себе возраст в большинстве случаев не является непосредственной причиной сексуальной дисфункции. Скорее, с возрастом у людей все чаще возникают заболевания, являющиеся риск-факторами сексуальной дисфункции (Korenman, 1998; NIH Consensus Conference, 1993). Таким образом, возраст оказывает опосредованное, а не прямое влияние на сексуальную дисфункцию.

Курение сигарет. Курение оказывает опосредованное влияние на сексуальное функционирование за счет усиления эффекта таких факторов риска, как леченные заболевания сердца; леченая гипертония; нелеченый артрит; прием сердечных, гипотензивных и сосудорасширяющих препаратов (NIH Consensus Conference, 1993; Feldman et al., 1994). Имеются данные о том, что курение сигарет является самостоятельным фактором риска сексуальной дисфункции. Группа исследователей (Mannino, Kleven, & Flanders, 1994) учитывала влияние таких факторов риска, как сосудистые заболевания, гормональные факторы, злоупотребление

психоактивными веществами в группе из 4462 ветеранов американской армии. Оказалось, что само по себе курение сигарет было связано с достоверно более высокой распространенностью эректильной дисфункции.

Другие риск-факторы непрямого действия. Целый ряд дополнительных медицинских факторов или состояний косвенно способствует сексуальной дисфункции. Боль, в частности хроническая, может вызывать значительный дискомфорт или тревогу во время полового сношения; это может привести к проблемам с возбуждением или утрате интереса к сексу. Хронические или тяжелые заболевания и состояния, например болезни сердца или рак, могут также вызвать изменения сексуального возбуждения или влечения. Пациенты, которые пережили сердечный приступ, могут опасаться физического напряжения, связанного с половым сношением. Неприятные симптомы, ассоциированные с заболеваниями или его терапией (например, тошнота из-за химиотерапии), могут нарушать нормальное сексуальное функционирование. Наконец, медицинские состояния или процедуры, связанные с изменениями внешнего облика (например, мастэктомия), могут привести к нарушению сексуального функционирования вследствие негативного представления о своей внешности.

Психосоциальные риск-факторы

В контексте популярности Виагры средства массовой информации поддерживают идею о том, что сексуальная дисфункция практически всегда вызывается органическими факторами, которые перечислены выше. Действительно, во многих случаях биологические факторы риска играют важную роль. Тем не менее психосоциальные факторы, самостоятельно или в сочетании с биологическими факторами, также имеют определенное значение. Психосоциальные факторы риска могут быть классифицированы на две емкие категории: индивидуальные факторы и межличностные факторы. Индивидуальные факторы риска касаются индивида и не зависят от взаимоотношений с окружающими (например, ложные убеждения относительно сексуального функционирования). Межличностные факторы касаются как индивида, так и партнера (например, проблемы или ограничения в рамках отношений). В целом межличностные факторы лучше всего поддаются воздействию при работе с обоими партнерами одновременно, а не порознь с каждым из них.

Индивидуальные риск-факторы

Психологические расстройства. Одним из наиболее распространенных индивидуальных риск-факторов сексуальной дисфункции является наличие психологических расстройств. Сюда относятся расстройства настроения, тревожные расстройства, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, расстройства питания. Депрессия часто сопровождается ангедонией, отсутствием удовольствия или интереса к занятиям, которые обычно нравятся людям. Таким образом, неудивительно, что депрессия может быть связана с утратой сексуального влечения и трудностями с достижением возбуждения (Hirschfield, 1998). Проведено (Angst, 1998) проспективное сравнение частоты сексуальной дисфункции у 591 мужчин и женщин, которые были разделены на категории «без депрессии», «нелеченая депрессия», «леченая депрессия». Оказалось, что частота сексуальной дисфункции в этих группах составила 26, 45 и 62% соответственно.

Результаты исследования поддерживают гипотезу о том, что частота сексуальной дисфункции выше у мужчин и женщин, страдающих депрессией. Не исключено, что частота сексуальной дисфункции оказалась выше в третьей группе, потому что пациенты, желающие пройти терапию по поводу сексуальной дисфункции, имели наиболее выраженную депрессию, которая, следовательно, сильнее нарушала сексуальное функционирование.

Человек с паническим расстройством боится таких физиологических проявлений, как учащенное сердцебиение, одышка, потливость и прилив крови. Многие из этих симптомов сопровождают половое сношение. Таким образом, из-за панического расстройства при сексуальной активности может возникнуть тревога, дискомфорт, трудности с достижением возбуждения или аверсия (Kaplan, 1988; Sbrocco et al, 1997).

Эмоции. Учитывая потенциальное влияние аффективных и тревожных расстройств на сексуальное функционирование, можно предположить, что эмоции воздействуют на сексуальное возбуждение. Так, Каплан (Kaplan, 1979) утверждает, что «сексуальные дисфункции... вызываются единственным фактором: тревогой» (р. 24). Эмпирическое изучение влияния тревоги на сексуальное возбуждение показывает, что эта взаимосвязь не так проста, как полагает Каплан. В ряде исследований показано, что тревога оказывает негативное влияние на сексуальное возбуждение у людей с сексуальной дисфункцией, вместе с тем действуя возбуждающе на людей без сексуальных проблем (например, Barlow, Sakheim, & Beck, 1983; Hoon, Wincze, & Hoon, 1977). Барлоу (Barlow, 1986; Cranston-Cuebas & Barlow, 1990) высказал предположение о том, что адекватно функционирующие мужчины и женщины достигают более высокого уровня возбуждения вегетативной нервной системы и больше концентрируются на эротических сигналах, если испытывают тревогу при половом сношении. Напротив, когда тревогу испытывают люди с сексуальной дисфункцией, повышается уровень возбуждения вегетативной нервной системы, однако в фокусе внимания оказываются последствия неадекватного функционирования. Не удивительно, что возбуждения не наступает.

Группа исследователей (Mitchell, DiBartolo, Brown, & Barlow, 1998) использовала индукцию настроения с помощью музыки для изучения влияния позитивного и негативного настроения на сексуальное возбуждение у нормально функционирующих мужчин. Оказалось, что негативное настроение было значимо ассоциировано со сниженными уровнями физиологического возбуждения. Другой эмоцией, оказывающей отрицательное влияние на сексуальное функционирование, является гнев. По данным Фелдмана с коллегами (Feldman et al, 1994), подавление и экспрессия гнева коррелировали со значимо более высокой частотой эректильной дисфункции.

Неадаптивные когниции. Неадаптивные когниции (например, негативные ожидания) могут отрицательно повлиять на сексуальное функционирование. Барлоу (Barlow, 1986; Cranston-Cuebas & Barlow, 1990) выдвигает гипотезу о том, что мужчины и женщины с сексуальной дисфункцией реагируют на сексуальные стимулы, фокусируя внимание на негативных представлениях о себе. Это отвлекает их от эротических проявлений и нарушает способность достичь возбуждения. Согласно результатам нескольких исследований, отвлечение от эротических проявлений ассоциировано со сниженными уровнями физиологического возбуждения (например, Abrahamson et al., 1985; Geer & Fuhr, 1976). Более того, прове-

денные в последнее время исследования свидетельствуют о том, что негативные ожидания и воспоминания о нарушениях эрекции в прошлом могут привести к сниженным уровням физиологического возбуждения (Bach, Brown, & Barlow, 1999; Weisberg, Brown, Wincze, & Barlow, в печати).

Неадаптивные мысли могут также выступать в форме негативных установок или ложных представлений относительно сексуального функционирования. Пациенты не рождаются на свет с идеями и убеждениями, касающимися сексуальности; они появляются по мере взросления. Таким образом, сообщения и информация, получаемые пациентами в детском или подростковом возрасте, могут оказать сильное влияние на установки взрослых людей. Эти установки, в свою очередь, влияют на сексуальное функционирование. Индивиды, которые воспитываются в чрезмерно консервативных культурах, могут считать добрый секс грехом, мастурбацию — постыдной, а секс в браке — исключительно способом продолжения рода. Мужчины могут усвоить, что обязаны достичь эрекции в любых обстоятельствах. Женщины учат, что половое сношение всегда сопровождается сильной болью. Подобные идеи нарушают здоровое сексуальное функционирование. Исследователи обнаружили, что женщины с сексуальной дисфункцией чаще, чем здоровые женщины, сообщали о негативных установках в отношении половых сношений в подростковом возрасте (McCabe & Cobain, 1998). Кроме того, мужчины и женщины с сексуальной дисфункцией чаще негативно относились к сексу уже во взрослом возрасте по сравнению с лицами без сексуальных проблем.

Культурные факторы. Расовые, этнические и религиозные факторы оказывают значительное влияние на убеждения, ожидания и поведение человека в сексуальном взаимодействии. Более того, определения сексуальных проблем и реакции на них часто культурно детерминированы. Например, группа авторов (Verma, Khaitan, & Singh, 1998) проанализировала частоту различных сексуальных дисфункций у 1000 пациентов, последовательно обратившихся в психосексуальную клинику в Индии. Оказалось, что 77% пациентов-мужчин сообщили о преждевременной эякуляции, что гораздо чаще, чем в США. Более того, 71% пациентов-мужчин пожаловались на ночные поллюции в связи с эротическими сновидениями. Авторы высказали предположение, что высокая распространенность проблем с эякуляцией частично объясняется распространенным в Индии убеждением, что семяизвержение сопровождается утратой физической и психической силы. Интересно отметить, что только 36 из этих 1000 пациентов были женского пола. Авторы полагают, что это может быть обусловлено религиозными, социальными и культурными особенностями населения Индии, где считается аморальным, если женщины желают пройти терапию по поводу сексуальных проблем.

Недостаток сведений о сексуальном функционировании. Наконец, фактором риска сексуальной дисфункции является недостаточная информированность о сексуальном функционировании. Наш клинический опыт свидетельствует, что уровень образования не всегда коррелирует с информированностью о сексуальном функционировании. Иначе говоря, ложные убеждения относительно сексуального функционирования могут с равной вероятностью иметь и адвокат, и человек, не имеющий среднего образования. Таким образом, клиницисту не следует заранее предполагать, что конкретный пациент обладает достаточным запасом знаний, на которые можно опираться. Одному из нас довелось работать с медиком, который жаловался на проблемы с эрекцией. В процессе собеседования вы-

ленилось, что он занимался оральным сексом до эякуляции включительно; когда же, после эякуляции, не смог поддерживать достаточную для полового сношения эрекцию, решил, что у него эректильная дисфункция. К сожалению, этот пациент был так расстроен своими выводами, что в конце концов у него возникли настоящие проблемы с эрекцией.

Факторы, связанные с межличностными отношениями

Супружеский дистресс. Сексуальные проблемы иногда вторичны по отношению к супружескому дистрессу. При выраженном супружеском дистрессе вмешательство по поводу сексуальной дисфункции целесообразно отложить. После того как удастся разрешить межличностные проблемы, можно непосредственно заняться оставшимися сексуальными трудностями.

Сексуальные проблемы могут привести к фрустрации, дистрессу и напряжению в отношениях. Таким образом, многие пары, обратившиеся по поводу сексуальной дисфункции, имеют определенные трудности в общении. Если эти трудности являются преимущественно следствием, а не причиной сексуальной дисфункции, их можно попытаться разрешить в контексте секс-терапии.

Плохие коммуникативные навыки могут негативно влиять на сексуальные отношения. Пациенты, не способные эффективно взаимодействовать со своими партнерами, могут накапливать гнев, обиду или другие негативные чувства, нарушающие сексуальное функционирование. В частности, особое значение имеет способность конструктивно обсуждать конфликты. Исследователи (McCabe & Cobain, 1998) обнаружили, что мужчины с сексуальной дисфункцией ссорились со своими партнерами гораздо чаще, чем здоровые мужчины. Другие авторы (Hawton & Catalan, 1986) считают, что умение выражать свой гнев связано с лучшими результатами секс-терапии супружеских пар.

Наряду с общими проблемами коммуникации неспособность обсуждать свои сексуальные отношения усугубляет сексуальные трудности. Некоторые пары эффективно обсуждают другие аспекты своих взаимоотношений, однако испытывают неловкость, говоря о сексе. Партнеры, не способные обсуждать свои сексуальные отношения, не имеют возможности опровергнуть ложные убеждения (например, «Мой партнер не любит заниматься со мной сексом»). Более того, они лишены возможности высказать свои пожелания относительно различных типов стимуляции. Не так уж редко приходится работать с парами, которые прожили вместе много лет, но никогда не обсуждали свои сексуальные предпочтения. Такие пациенты искренне верят в то, что хороший любовник сам знает, чего хочет партнерша.

Недостаток физического влечения. Все мужчины и женщины, в пору своего медового месяца или на 30-м году совместной жизни, нуждаются в ощущении физического влечения к своему сексуальному партнеру. Супружеские пары иногда недооценивают значение этого фактора. Они могут считать, что для сексуальных отношений вполне достаточно взаимной любви и уважения (Wincze & Barlow, 1997a). Это далеко не так. Физическое влечение — важная часть отношений. Отсутствие таких чувств служит препятствием к здоровому сексуальному функционированию. Партнеры, утратившие это чувство, могут попытаться его восстановить. Осознание важности влечения друг к другу, вместо того чтобы считать, будто это не имеет значения, служит первым шагом на пути к достижению цели.

Ограниченный сексуальный репертуар. В норме тоже иногда бывают сексуальные трудности. Партнеры, которые практикуют различные формы стимуляции, не столь подвержены иногда возникающим проблемам, связанным с половыми сношениями; у них в распоряжении имеются разные средства взаимного удовлетворения сексуальных потребностей друг друга. Вместе с тем многие пары приравнивают секс к половым сношениям. Для них неспособность к половому сношению означает невозможность физической близости. Страх неудачи и требовательность к себе у них выше (Rosen, 1996). Следовательно, выше риск развития стойких сексуальных проблем. В соответствии с этой гипотезой, уже упоминавшиеся исследователи (McCabe & Cobain, 1998) выяснили, что женщины с сексуальной дисфункцией чаще, чем женщины, не имеющие сексуальных проблем, сообщали об ограниченности своего сексуального репертуара. Сходным образом, группа авторов (Wiegel, Bach, Brown, Rhein, & Barlow, 1997) обнаружила, что мужчины с эректильными расстройствами сообщали о более узком спектре сексуального поведения, чем мужчины с нормальной эрекцией.

Контекст диагностики и терапии

Дав определение сексуальной дисфункции и обсудив факторы риска, перейдем к контексту, в котором проводится диагностика и вмешательство при этих проблемах.

Условия

В последние несколько лет средства массовой информации широко распространили идею о том, что люди с сексуальными проблемами должны обращаться за помощью к своим лечащим врачам (Tiefer, 1996). Таким образом, медицинский центр часто служит идеальной базой для секс-терапевта. В этих условиях психотерапевт становится доступен значительной части пациентов. Более того, работа в тесном сотрудничестве с урологами, гинекологами и врачами общей практики позволяет осуществлять мультидисциплинарный подход к оценке и вмешательству при сексуальных проблемах. Кроме того, психотерапевты могут работать с пациентами в поликлиниках на университетской базе, центрах психического здоровья или в рамках частной практики. В этих случаях имеет смысл наладить сотрудничество с местными врачами. Это способствует мультидисциплинарному подходу и позволяет давать направления к соответствующим специалистам.

Пациенты, желающие пройти вмешательство по поводу сексуальных проблем, поначалу с трудом говорят на эту интимную тему. Официальная обстановка офиса, медицинская одежда психотерапевта помогают пациенту или паре расслабиться. Офис должен иметь достаточные размеры, чтобы могли удобно разместиться супружеская пара и один-два психотерапевта. В условиях, где может потребоваться психофизиологическая диагностика, необходимо иметь два смежных помещения: одно для пациента, а другое для психотерапевта.

График сессий и продолжительность терапии

Программа терапии сексуальной дисфункции по Мастерсу и Джонсон в течение двух десятилетий служила стандартом секс-терапии. Их подход включал еже-

дневные терапевтические сессии, которые проводились на протяжении 2-3 недель. Таким образом, ежедневные сессии стали привычными. Исследователи (Herman & LoPiccolo, 1983) сопоставили сравнительную эффективность 15 ежедневных по сравнению с 15 еженедельными терапевтическими сессиями. Оказалось, что по большинству показателей различия между этими двумя форматами были незначимыми. Поскольку каждый подход имел свои преимущества, решено было остановиться на сессиях один раз в неделю.

Мы обычно проводим терапию раз в неделю, по крайней мере до тех пор, пока пациент или пара выполняют поведенческие домашние задания (например, упражнение на фокусирование ощущений) между сессиями (Wincze & Barlow, 1997a). В это время частота сессий может быть снижена до одного раза в 2-3 недели, чтобы дать паре возможность попрактиковаться в выполнении упражнений. По нашему опыту, не следует проводить сессии реже одного раза в 3-4 недели. Редкие сессии могут нарушить ход вмешательства и, по-видимому, снижают мотивацию пациентов к практике навыков между сессиями.

Продолжительность вмешательства варьирует в зависимости от конкретного случая. Одни пациенты извлекают пользу из 3-4 сессий, заключающихся преимущественно в психологическом просвещении. Другим требуется более продолжительное вмешательство. В большинстве случаев мы говорим своим пациентам, что после 10-12 сессий цели вмешательства будут пересмотрены, чтобы судить о необходимости дополнительных сессий. Знакомство пациентов с таким планом терапии представляется полезным, чтобы те из них, которым не удалось достичь своих целей после 12 сессий, не считали себя неудачниками. Большинству пациентов удается достичь целей терапии за 15 сессий.

Хотя Мастере и Джонсон рекомендовали сотрудничество когерапевтов разного пола, мы сочли данный подход не обязательным и не практичным. В эпоху *managed care* подобный подход вряд ли возможен. Таким образом, если речь не идет о подготовке интернов или студентов, работа проводится индивидуально.

Работа с парами или индивидами

Не считая это обязательным условием, мы настоятельно рекомендуем каждому пациенту вместе с партнером пройти диагностику и терапию как паре. Это оправдано по нескольким причинам. Интервью с партнером может дать дополнительную информацию о психосоциальных факторах, усугубляющих сексуальные трудности. Более того, участие партнера в оценивании дает клиницисту возможность наблюдать взаимодействие пары. Включение партнера в терапию гарантирует, что оба партнера понимают план вмешательства, а также помогает добиться терапевтического поведения комплайенса. Наконец, работа с парой, а не индивидом способствует реструктуризации представления о том, что сексуальная дисфункция является проблемой пациента, которого следует «вылечить».

Результаты недавно проведенных исследований говорят в пользу работы с парой, а не с отдельными пациентами. Изучалась сравнительная эффективность индивидуальной и супружеской терапии сексуальной дисфункции (Hirst & Watson, 1997). Оказалось, что посещение сессий было наиболее сильным предиктором исхода; пациенты, у которых имелись партнеры, но которые проходили индивидуальное вмешательство, посетили меньше сессий и отменили больше

встреч. В результате 84% пациентов, проходивших супружескую терапию, добились успеха, по сравнению с 51% пациентов, партнеры которых не участвовали во вмешательстве. Эти результаты подтверждаются и другим исследованием действенности психосоциального супружеского вмешательства по поводу эректильного расстройства у 37 мужчин (Wylie, 1997). Если партнерша посетила оценочное интервью, пациенты проявляли большую склонность к продолжению терапии.

Оценивая пару, мы считаем необходимым встречаться с каждым партнером индивидуально, кроме собеседования с ними как с парой. При встрече с пациентом и его партнером как с парой психотерапевту иногда не удастся получить информацию, проливающую свет на проблему. Кроме того, мы считаем целесообразным периодически встречаться с каждым партнером индивидуально на протяжении всего вмешательства. Это дает психотерапевту возможность уделить больше времени каждому партнеру и его проблемам. В то же время это позволяет каждому поговорить с психотерапевтом с глазу на глаз и поделиться своими проблемами, о которых было неудобно говорить в присутствии партнера.

Общаясь с каждым индивидуально, психотерапевт должен выяснить, какие именно вопросы (если таковые имеются) не следует обсуждать с партнером. Пациент и партнер должны понимать, что информация, которой они делятся с клиницистом, будет конфиденциальной, если они того пожелают. Если человек подозревает, что интимная информация станет достоянием партнера, он может скрыть детали, важные для понимания проблемы.

Когнитивно-поведенческое вмешательство может принести пользу пациенту, не имеющему постоянного партнера. В таких случаях вмешательство фокусируется на психологическом просвещении, оспаривании мыслей, нарушающих сексуальное функционирование, а также назначении поведенческих упражнений, которые можно выполнять самостоятельно. Это вмешательство может включать меньше сессий, чем супружеское, потому что некоторые упражнения не могут быть выполнены, а отдельные вопросы не подлежат обсуждению в отсутствие партнера. Следовательно, работа проводится с индивидом, разрабатывается план преодоления проблем в контексте взаимоотношений, пациенту предоставляется возможность продолжить вмешательство, когда у него появится постоянный партнер.

Отдельные пациенты предлагают включить в процесс диагностики и вмешательства случайных партнеров. Или молодой пациент (например, студент колледжа) может захотеть включить в терапию постоянную партнершу. В обоих случаях мы объясняем пациенту, что целесообразно поработать с психотерапевтом индивидуально, поскольку в процесс диагностики и терапии будут обсуждаться сведения интимного характера. Это делается для соблюдения конфиденциальности, чтобы пациент впоследствии не раскаялся в том, что поделился личной информацией с кем-либо помимо психотерапевта. Компромиссным решением в таких случаях может быть привлечение партнера к участию в некоторых терапевтических сессиях.

Характеристики клиента

Одно из первых исследований, посвященных прогностическим параметрам в секс-терапии, было проведено в 1986 г. (Hawton & Catalan, 1986). Как выяснилось, качество сексуальных отношений, качество отношений в целом, мотивация пациен-

та, выполнение домашних заданий на этапе третьей терапевтической сессии были значимыми предикторами исхода терапии. В более позднем исследовании (Hawton, Catalan, & Fagg, 1992) показано, что качество коммуникации до начала терапии, общая сексуальная адаптация и наличие психического заболевания у партнерши, социально-экономический статус, а также участие пары в психотерапии в прошлом являются значимыми предикторами исхода вмешательства. Исследователи (Sarwer & Durlak, 1997) обнаружили, что количество упражнений на фокусирование ощущений, выполненных в течение первой недели терапии, было значимым прогностическим фактором для исхода терапии. Наконец, как было отмечено ранее, изучались исходы терапии 37 пар, проходивших психосоциальное вмешательство по поводу эректильного расстройства у мужчин (Wylie, 1997). Оказалось, что отсев пациентов был связан с низкими показателями удовлетворенности отношениями до начала вмешательства. Более того, выяснилось, что с неблагоприятным исходом было ассоциировано психическое заболевание в анамнезе у партнера-мужчины.

Эти исследования показывают, что качество отношений до начала вмешательства положительно коррелирует с исходом вмешательства. Более того, пациенты, следующие терапевтическим рекомендациям (в частности, выполняющие упражнения в промежутках между сессиями), добиваются лучших результатов.

Религиозные, этнические и культурные параметры часто играют центральную роль в секс-терапии. Эти факторы могут оказать сильное влияние на ценности и убеждения пациента относительно сексуальной активности. Если представления пациента согласуются с бытующими в его субкультуре, психотерапевту следует их уважать и не навязывать собственную систему ценностей. В некоторых случаях, однако, пациент ошибочно интерпретирует наставления своей религии. Тогда имеет смысл направить его к представителю соответствующей религии, который поможет точнее понять учение. Психотерапевт далеко не всегда владеет специфическими вопросами, которые тревожат пациентов, представляющих ту или иную подгруппу. Следовательно, надо быть готовым заниматься самообразованием, а в случае необходимости обращаться за консультацией.

Характеристики психотерапевта

Пока нет достаточных данных о том, какое влияние оказывают характеристики психотерапевта на вмешательство при сексуальной дисфункции (Mohr & Beutler, 1990). В одном из немногих исследований в этой области группа авторов (LoPiccolo, Heiman, Hogan, & Roberts, 1985) обнаружила, что количество психотерапевтов (в частности, один или два) не оказывало значимого влияния на исход вмешательства. Более того, оказалось, что половая принадлежность психотерапевта также не значима. Хотя исследование показывает, что пол психотерапевта не оказывает влияния на результаты терапии, некоторые пациенты могут высказывать предпочтение мужчине или женщине-психотерапевту. В таких случаях мы пытаемся приспособиться к желаниям пациентов. Хотя дополнительных исследований влияния характеристик психотерапевта практически не проводилось, собственный клинический опыт подсказывает, что наиболее эффективным оказывается поддерживающий, но директивный стиль ведения сессий. Психотерапевту также важно быть чутким и неосуждающим при обсуждении столь интимных аспектов жизни пациентов.

Диагностика и вмешательство

В оставшейся части главы описан наш подход к оценке и вмешательству у пациентов с сексуальной дисфункцией. Изложенная информация и техники подробнее обсуждаются в ряде работ (Wincze & Barlow, 1997a, 1997b; Wincze & Carey).

Задачи диагностики

Хотя пациенты часто выражают готовность приступить к терапии, мы считаем необходимым посвятить достаточное количество сессий процессу диагностики, или оценивания. Психотерапевту требуется достаточная исходная информация, сведения о природе и степени выраженности сексуальных трудностей, а также знания об этиологии и поддерживающих факторах, прежде чем разрабатывать план эффективного вмешательства. Как правило, мы посвящаем оцениванию первые три сессии перед началом терапии.

Основная задача оценки — понять и точно охарактеризовать природу существующей проблемы. Как показано выше, пациентам с сексуальными проблемами в конечном итоге может быть поставлен диагноз сексуальной дисфункции, аффективного или тревожного расстройства, пагубного употребления психоактивных веществ, другого психического расстройства или супружеского дистресса. Вместе с тем пациенты, предъявляющие жалобы на сексуальные проблемы, могут просто не иметь необходимых знаний о нормальном сексуальном функционировании. Например, женщина может полагать, что ее низкое сексуальное влечение объясняется несовпадением их с мужем предпочтений. В таких случаях вполне достаточно бывает психологического просвещения относительно нормативного сексуального функционирования и индивидуальной вариабельности. При наличии сексуальной дисфункции психотерапевту следует выяснить ее анамнез, частоту проявлений, предпосылки и последствия.

Вторая задача оценивания состоит в идентификации:

- 1) предрасполагающих биологических и психосоциальных факторов (например, диабета, негативных сообщений о сексе в детском возрасте);
- 2) непосредственных предпосылок (например, употребление алкоголя, конфликты);
- 3) поддерживающих факторов (например, нейропатия, тревога).

Идентификация этих факторов часто требует интеграции сведений, полученных в результате всесторонней психосоциальной оценки и медицинского обследования.

Третья задача — оценить до начала терапии сексуальное функционирование пациента. Исходные данные позволят психотерапевту измерить прогресс по ходу вмешательства.

В процессе оценивания психотерапевт будет иметь возможность приступить к психологическому просвещению и оспорить ошибочные убеждения относительно сексуального функционирования. В связи с этим можно считать, что вмешательство начинается в контексте оценивания. Предоставление базовой информации часто оказывает быстрое положительное воздействие на сексуальные отношения супругов. В результате еще до начала терапии партнеры уже получают некоторые преимущества от общения со специалистом.

По ходу оценивания психотерапевт помогает паре выделить обстоятельства, при которых вероятность возникновения сексуальных проблем увеличивается. Это оказывает положительное воздействие на партнеров по двум причинам. Сексуальные проблемы начинают представляться изменчивыми и зависящими от ряда факторов; следовательно, возрастает оптимизм в отношении предстоящей терапии. Кроме того, удастся отделить пациента от проблемы и ослабить чувство вины, которое часто присутствует в начале терапии.

Наконец, оценивание дает пациенту и партнеру возможность научиться обсуждать свои сексуальные отношения с психотерапевтом. Открыто и свободно обсуждая сексуальное функционирование, психотерапевт демонстрирует эффективный подход к решению проблем, давая партнерам негласное разрешение говорить об интимных аспектах своей жизни.

Процессуальные вопросы при оценивании

Уинц и Кейри (Wincze & Carey, в печати) определяют «процесс» как взаимодействие между психотерапевтом и клиентом. Некоторые процессуальные вопросы присутствуют в любом подходе к терапии; к ним относятся пол, возраст, расовая или национальная принадлежность, вероисповедание психотерапевта и пациента. Различия между психотерапевтом и клиентом по одному из этих факторов могут оказать заметное влияние на терапевтический процесс. Психотерапевту следует проявлять чуткость к аспектам, отличающим его от пациента. В частности, имеет смысл обсудить эти различия или расспросить пациента о его отношении к ним. Во всяком случае, психотерапевт обязан проанализировать, какое влияние, тормозящее или фасилитирующее, могут оказать эти факторы на терапевтический процесс.

Некоторые процессуальные вопросы играют особенно важную роль при вмешательстве по поводу сексуальной дисфункции. Психотерапевты без специализации в области оценивания и вмешательства, связанного с сексуальным функционированием, часто испытывают неловкость, обсуждая такие вопросы с пациентами. Неловкость психотерапевта не ускользает от внимания пациента и нарушает терапевтический процесс. Напротив, психотерапевты, привыкшие работать с пациентами, страдающими сексуальной дисфункцией, могут забывать о том, что пациенты не привыкли обсуждать свою сексуальную активность в подобном контексте; следовательно, терапевт может не заметить смущения или дискомфорта пациента. В идеальном случае, естественно, психотерапевт свободно обсуждает сексуальные темы и проявляет чуткость к дискомфорту пациента.

При работе с сексуальной дисфункцией психотерапевтам особенно важно уметь устанавливать и поддерживать соответствующие границы дозволенного поведения. При возникновении влечения к пациенту следует обратиться за консультацией к коллеге. Такие консультации помогают избежать нарушения границ. Если психотерапевт не способен оставаться в рамках своей профессиональной роли или подозревает, что пациент питает к нему взаимные чувства, данного пациента следует направить к другому психотерапевту.

Помимо процессуальных вопросов Уинц и Кейри (Wincze & Carey) рассматривают ряд аспектов, которые полезно учитывать при оценке сексуального функционирования.

- Клиенты, как правило, смущаются и с трудом обсуждают сексуальные темы. Смущение может привести к утаиванию информации, пропуску сессий, избеганию обсуждения своих проблем. Клиницист может помочь, нормализуя (и даже «предугадывая») дискомфорт пациента и подавая пример открытого обсуждения сексуального функционирования.
- Многие клиенты не понимают точной медицинской терминологии типа «половое сношение», «эякуляция», «влагалище». Более того, даже употребляя эти термины, пациенты часто делают это неправильно. Иногда имеет смысл после медицинских терминов использовать бытовые, чтобы убедиться в том, что пациент правильно понимает вопросы клинициста; осваивает точную медицинскую терминологию; чувствует себя комфортно, поскольку бытовые термины вполне допустимы.
- Даже пациенты с высоким уровнем образования часто не много знают о нормальном сексуальном функционировании. Некоторые женщины убеждены в том, что при первом половом сношении у них возникнет сильное кровотечение. Мужчины часто полагают, что половой акт до эякуляции может длиться 30 минут. Выявление и коррекция этих ошибочных убеждений, как правило, приводят к быстрому и значительному улучшению.
- Некоторые клиенты находятся в кризисе и имеют суицидальные намерения. Клиницист должен исходить из того, что сексуальная дисфункция является основной проблемой для пациента с сексуальными проблемами. Оценка общего психологического функционирования может показать, что у пациента выраженная депрессия, возможно, суицидальные намерения. В таких случаях клиницист обязан уделить внимание вопросам, выходящим за рамки сексуального функционирования, и обеспечить соответствующую терапию.
- Партнеры часто не откровенны друг с другом, избегают открытого обсуждения сексуальных проблем. Имеет смысл предполагать, что партнеры скрывают друг от друга важную информацию, мысли или чувства. Терапия способствует налаживанию более открытой коммуникации. Как отмечено выше, многие пары испытывают смущение при обсуждении своих сексуальных отношений. Следует уделить внимание и этой сфере коммуникации.
- Иногда клиенты впервые обсуждают свои сексуальные проблемы с психотерапевтом. Сексуальное функционирование относится к интимным аспектам жизни людей. В то же время в нашей культуре делается акцент на важности сексуальных отношений и успешности в этой сфере. По этим двум причинам пациенты склонны избегать обсуждения или признания сексуальных трудностей. Некоторым пациентам бывает даже трудно обсуждать проблемы со своими сексуальными партнерами. Таким образом, для многих пациентов первое интервью с психотерапевтом является первой возможностью поговорить о своих сексуальных затруднениях.
- Пара склонна избегать половых сношений из-за страха или дискомфорта. Многие пары с сексуальными проблемами начинают избегать сексуальной активности, которая становится источником фрустрации, разочарования или физического дискомфорта. Партнеры, не способные вступить в половое сношение, могут сообщить, что прекратили сексуальные отношения из-

за нежелания беспокойства. Иногда при сексуальной дисфункции партнеры не проявляют нежности друг к другу, потому что не желают «начинать то, чего не смогут закончить».

Методы диагностики

Психосоциальная оценка сексуальной дисфункции обычно предполагает проведение личного интервью. Кроме того, часто используются самоотчеты или психофизиологическая оценка.

Клиническое интервью

Беседовать с пациентами об их психологическом функционировании может быть довольно трудно; это под силу только чуткому, эмпатичному и опытному психотерапевту. Тем более это относится к пациентам с сексуальными трудностями. При оценке сексуального функционирования пациентам приходится обсуждать с психотерапевтом наиболее интимные, личные аспекты своей жизни. Как правило, они ощущают неловкость при обсуждении сексуальных тем и бывают смущены расспросами о сексуальном функционировании. Психотерапевту следует сочетать постепенный подход к постановке личностных вопросов с эффективными стратегиями получения необходимой информации.

Использование структурированных подходов позволяет клиницистам получить необходимые сведения достаточно быстро. Некоторые принципы, которые мы используем в своей работе, описаны ниже. Вместе с тем клиницисты могут отдавать предпочтение частично структурированному интервью (например, Sbrocco, Weisberg, & Barlow, 1992). Весьма распространенные в исследовательских условиях, частично структурированные интервью позволяют быстро и эффективно провести собеседование, помогая оценить сексуальное функционирование.

Как отмечалось выше, мы обычно отводим на процесс оценивания первые три сессии. Сначала проводится собеседование с пациентом (первая сессия), затем интервью с партнером (вторая сессия), затем, на третьей сессии, проводится работа одновременно с обоими партнерами.

Первая сессия: введение и интервью с пациентом. Мы начинаем первую сессию с процесса оценивания. Разъяснение задач диагностического периода особенно важно для пациентов, которые были направлены врачами. Эти пациенты иногда встречаются с психотерапевтом лишь потому, что так посоветовал доктор. Сами они могут не представлять себе, зачем нужна эта встреча и чего ждать от психотерапевта.

В начале первой сессии мы кратко беседуем с пациентом и его партнером одновременно, что позволяет разъяснить задачи диагностики и ответить на имеющиеся у пары вопросы. Донесение этой информации до пары, а не каждого индивида по отдельности подкрепляет идею о том, что, несмотря на идентификацию «пациента», партнеры будут проходить диагностику и вмешательство как пара. Кроме того, за эту короткую встречу психотерапевт может составить представление о взаимодействии и общении партнеров. (В примере из практики, приведенном в конце главы, есть фрагмент беседы психотерапевта с парой при первой встрече.)

После обоснования процесса оценивания терапевт переходит к ответам на вопросы, затем оставшаяся часть первой сессии посвящается индивидуальному собеседованию с пациентом или его партнером (обычно с пациентом). Психотера-

психотерапевт должен объяснить паре, что индивидуальные интервью способствуют более точному пониманию сексуальных трудностей, позволяя получить как можно больше информации от каждого индивида. Можно проинформировать пару о том, что периодические индивидуальные встречи с каждым из партнеров по ходу вмешательства также весьма полезны. Это позволяет психотерапевту уделить больше внимания каждому и проработать индивидуальные вопросы. Иногда целесообразно напомнить о целях индивидуальных интервью уже после начала вмешательства. Тем не менее, разъяснив эти вопросы с самого начала, психотерапевт подает мысль о том, что при работе с парами индивидуальные встречи — дело вполне обычное.

К задачам интервью с пациентом относятся установление раппорта, сбор демографических сведений, получение описания существующей проблемы, оценка общего психологического функционирования, сбор психосексуального анамнеза. Хотя иногда имеет смысл воспользоваться планом проведения интервью, психотерапевт должен быть готов отклониться от стандартного набора вопросов, чтобы сфокусироваться на основных проблемах и важной исходной информации. Далее приводится описание общего подхода к клиническому интервью, который мы находим полезным.

В связи с тем, что пациенты сначала часто ощущают неловкость и дискомфорт, имеет смысл начинать с не угрожающей информации, например демографических сведений. Психотерапевт может затем начать задавать открытые вопросы типа: «Расскажите немного о тех трудностях, с которыми вам довелось недавно столкнуться». Тут же станет ясно, насколько свободно и открыто готов говорить пациент о своих сексуальных проблемах. При явном смущении или защитной позиции пациента имеет смысл вернуться к сбору другой необходимой информации, прежде чем переходить к обсуждению сексуальных трудностей. Это даст пациенту время расслабиться и привыкнуть к психотерапевту.

Как правило, имеет смысл собирать психосексуальный и психосоциальный анамнез. Так, можно расспросить пациента о его детстве. Важно узнать подробности структуры родительской семьи, взаимоотношений родителей между собой и с пациентом (включая проявления любви), случаи сексуального или физического жестокого обращения в детстве, ранние сообщения о сексе и впечатления от него, ранние сексуальные переживания (приятные или неприятные). Подростковый период имеет большое значение в психосексуальном анамнезе; таким образом, информация о подростковой сексуальности пациента может оказаться весьма полезной.

Важно выяснить подробности отношения пациента со сверстниками (например, насмешки по поводу внешних проявлений, например угрей, веса и черт лица), свиданий, отношения к своему физическому облику, злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами в прошлом. Далее психотерапевт приступает к сбору информации относительно личной истории пациента и его взрослых переживаний. Необходимо затронуть следующие важные сферы:

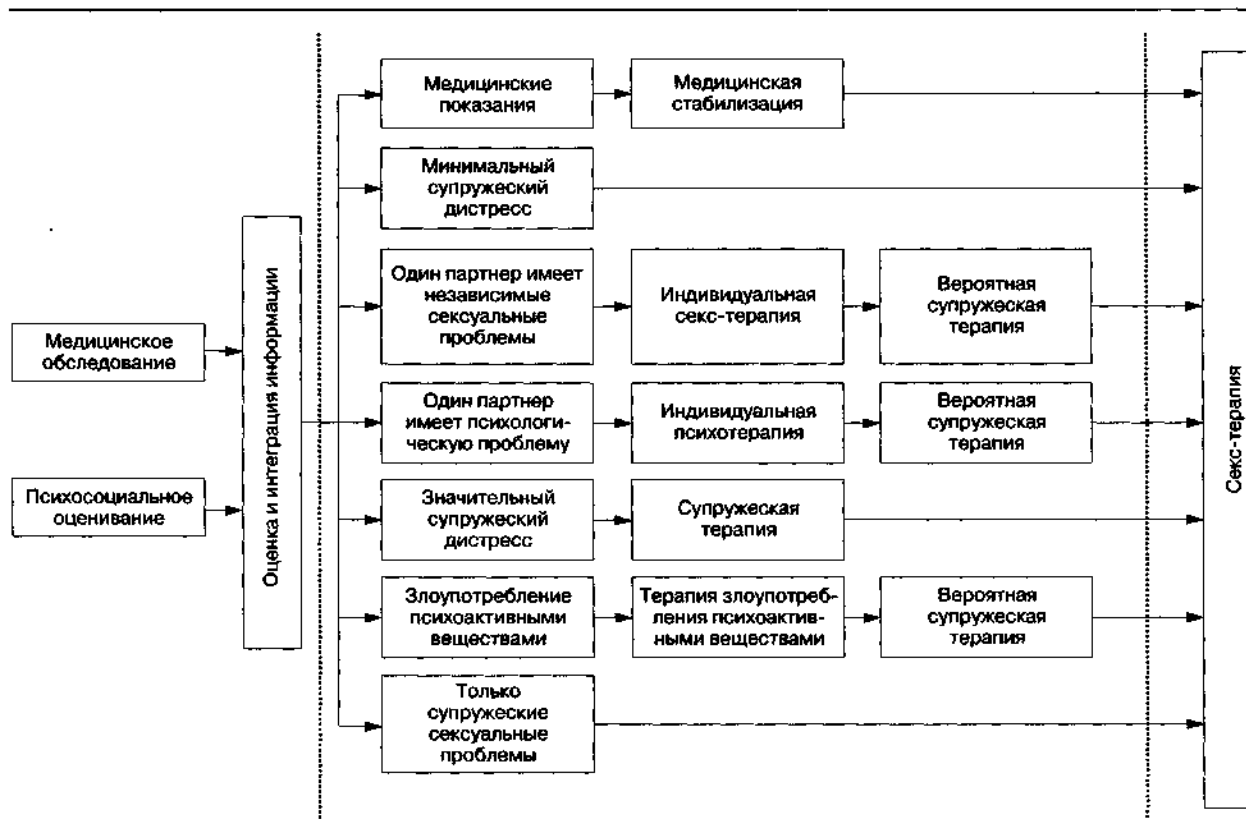
- *История взаимоотношений с окружающими в возрасте старше 20 лет.* Сюда относится история сексуальных отношений, длительных привязанностей и предыдущих браков.
- *История необычных переживаний.* Дается краткая оценка наличия парафаллических фантазий или поведения, в частности сексуального возбуж-

дения, связанного с детьми или неодушевленными предметами. При работе с пациентами, склонными к атипичным сексуальным фантазиям, необходимо выяснить, действовали ли они в соответствии со своими фантазиями, имели ли такие намерения, возникает ли у них сексуальное возбуждение в отсутствие этих стимулов/ситуаций.

- *Медицинский анамнез.* Независимо от того, когда и насколько детально проводилось медицинское обследование пациента, психотерапевт должен расспросить его о заболеваниях, хирургических вмешательствах, перенесенных в детском/подростковом возрасте, пребывании в больнице, врожденных расстройствах и других значительных медицинских проблемах. Информация относительно медицинского анамнеза пациента в возрасте старше 20 лет особенно важна. Опять-таки, следует выяснить анамнез заболеваний, хирургических вмешательств, пребывания в больнице и других серьезных медицинских проблем. Наконец, психотерапевт должен выяснить, есть ли у пациента постоянный лечащий врач (в противном случае его следует направить на медицинское обследование), принимает ли он в настоящее время медикаменты, лечится ли от какого-либо заболевания.
- *Текущее психологическое функционирование и психические расстройства в анамнезе.* Оценка общего психологического функционирования проводится, чтобы определить, целесообразно ли фокусировать вмешательство именно на сексуальной дисфункции. Если сексуальные проблемы вторичны по отношению к таким расстройствам, как депрессия, тревожность, выраженный супружеский дистресс или злоупотребление психоактивными веществами, вряд ли следует ожидать больших успехов, если начать с терапии по поводу сексуальной дисфункции. Напротив, лучше обратиться к первичной проблеме. После успешного ее разрешения или стабилизации можно будет уделить внимание остаточным сексуальным трудностям. В форме 13.1 представлено дерево принятия решений, которое поможет психотерапевтам решить, в каких ситуациях следует проводить вмешательство, сфокусированное исключительно на сексуальной дисфункции (Wincze & Barlow, 1997a). Кроме того, психотерапевт должен разузнать о проводившемся в прошлом вмешательстве по поводу психических расстройств.
- *Информация относительно текущих сексуальных и других взаимоотношений пациента.* Речь идет об удовлетворенности текущими сексуальными и другими отношениями, готовности пациента сохранять эти отношения, взаимно приятном времяпрепровождении партнеров, сильных и слабых сторонах отношений. Психотерапевту следует оценить влияние на отношения сексуальных проблем; реакции каждого из партнеров на эти проблемы; степень и природу сексуальной активности со времени возникновения проблем; мысли и убеждения, связанные с сексуальной активностью.

Наконец, психотерапевт должен удостовериться в том, что получена вся необходимая информация о природе, возникновении, тяжести и течении сексуальной проблемы. Психотерапевт должен четко представлять себе, в каких обстоятельствах эта проблема возникает, и может поинтересоваться мнением пациента о происхождении проблемы.

Во время оценивания психотерапевт должен проявлять чуткость к тому, что пациент желает сохранить в тайне. Как уже говорилось, психотерапевт должен



Форма 13.1. Клиническая оценка, диагностическое заключение и предпосылки к секс-терапии: семь критических путей.

Из «Psychotherapist Guide of Enhancing Sexuality: A Problem Solving Approach. Copyright 1997 by Graywind Publications Inc. Воспроизведено с разрешения издателя, The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Все права защищены (схема)

выяснить у пациента, какими сведениями, если таковые имеются, не следует делиться с партнером.

Первую сессию можно закончить открытым вопросом, позволяющим пациенту сообщить сведения, о которых психотерапевт не спросил. Можно задать прямой вопрос: «Нет ли чего-нибудь, о чем мы не поговорили, но о чем мне следовало бы узнать?»

Вторая сессия: интервью с партнером. Вторая сессия посвящена собеседованию с партнером, если по какой-либо причине это собеседование не проводилось на первой сессии. Психотерапевт может начать с вопроса о том, изменилось ли что-либо с момента последней встречи. Имеет смысл задать такой вопрос в случае значительных событий (например, смерти одного из членов семьи, потери работы, крупной ссоры), которые могли оказать положительное или отрицательное влияние на отношения между супругами. Кроме того, надо выяснить, насколько пара озабочена этими событиями, не отвлекают ли они ее от терапии. Психотерапевт может поинтересоваться, обсуждали ли партнеры между собой первую сессию. Ответ на этот вопрос может пролить свет на стереотипы взаимодействия и открытость коммуникации у данной пары. Бывают случаи, когда партнеры охотно обсуждают друг с другом волнующие их темы в офисе психотерапевта, избегая этого дома. Таким образом, целесообразно выяснить не только, как партнеры общаются в присутствии психотерапевта, но также как они взаимодействуют наедине.

Прежде чем переходить к следующим вопросам, психотерапевт может поинтересоваться у партнера пациента, не желает ли тот что-либо обсудить. Такой открытый вопрос дает партнеру возможность затронуть процессуальные вопросы или личностные факторы, способные повлиять на терапию. После обсуждения всех этих вопросов интервью с партнером проводится в том же формате, что и с пациентом.

В некоторых случаях по завершении интервью с пациентом и партнером психотерапевт принимает решение о необходимости дополнительных диагностических процедур, прежде чем давать рекомендации по вмешательству. Речь идет о физиологической оценке или медицинском обследовании. Психотерапевт должен объяснить паре причины, по которым требуется дополнительная информация, и какое она может иметь значение. Если оба партнера понимают потенциальную важность дополнительных сведений, они не будут столь разочарованы отсрочкой терапевтических рекомендаций. Кроме того, психотерапевт должен объяснить, какое влияние окажут дополнительные сведения на окончательный план вмешательства.

Третья сессия: обратная связь. В третьей сессии, как правило, принимают участие оба партнера. В некоторых случаях психотерапевт принимает решение о необходимости индивидуальной терапии до того, как приступить к совместной работе партнеров по преодолению своих сексуальных проблем. Психотерапевт может встретиться с парой и сообщить им это свое решение в качестве рекомендации, после чего оставшаяся часть сессии посвящается индивидуальной работе с пациентом, ему разъясняют необходимость предварительной индивидуальной терапии.

Далее мы исходим из того, что психотерапевт работает с парой на протяжении всей третьей сессии. Психотерапевт может начать с вопроса, адресованного обоим партнерам, о том, произошло ли что-либо новое с момента последней встречи, и нет ли у них каких-либо вопросов в связи с предыдущими сессиями, которые хотелось бы обсудить. Реакция пары на открытый вопрос позволяет психотера-

певту наблюдать за ее взаимодействием, за тем, кто именно задает вопросы, как реагирует собеседник и насколько хорошо каждый партнер может сформулировать свои потребности. Как указано выше, такое начало помогает перейти к обсуждению личностных вопросов, не связанных с сексуальными трудностями, которые отнимают время или эмоциональную энергию (например, проблемы с детьми). Психотерапевту следует знать об этих проблемах, поскольку они могут помешать проведению секс-терапии.

После обсуждения вопросов, которые интересуют партнеров, психотерапевт излагает свое видение данного случая. После перечисления факторов, способствующих, по мнению терапевта, сексуальной дисфункции, можно приступить к работе над целями вмешательства. После обсуждения и выбора целей психотерапевт может в общих чертах описать план вмешательства и обсудить начальные этапы терапии. (Пожалуйста, обратите внимание на нижеследующие разделы: «Интеграция данных, полученных разными методами» и «Цели вмешательства».)

Опросники-самоотчеты

Опросники, построенные по типу самоотчетов, представляют собой стандартизированный инструмент с использованием только карандаша и бумаги и обычно требуют мало затрат и времени, легко обрабатываются и просты в использовании. У таких опросников имеется ряд преимуществ. Они дают информацию, получаемую в интервью, а также информацию, которую пациент не желает сообщать лично. С учетом нормативных показателей, стандартизованные опросники используются для сопоставления симптоматики или убеждений пациента с представителями той же половозрастной группы. Наконец, такие опросники заполняются быстро и их можно применять неоднократно. Повторное заполнение помогает клиницисту более объективно оценить прогресс пациента на протяжении вмешательства.

Существует ряд опросников-самоотчетов: одни из них посвящены исключительно сексуальному функционированию, другие затрагивают психологическое функционирование в целом. Ниже перечислены некоторые опросники, которые мы часто используем в своей клинической работе.

Опросник сексуального функционирования Дерогатиса (*Derogatis Sexual Functioning Inventory, DSFI*) предназначен для всеобъемлющей оценки сексуального функционирования (Derogatis & Melisaratos, 1979). Инструмент включает 10 подшкал: Информация, Переживания, Влечение, Установки, Психологические симптомы, Аффект, Определение тендерной роли, Фантазия, Внешний облик и Сексуальное удовлетворение. Подшкалы характеризуются хорошей и очень хорошей взаимной согласованностью и ретестовой надежностью (Derogatis & Melisaratos, 1979). Опросник *DSFI* обладает хорошей дискриминантной валидностью. Девять из 10 подшкал позволяют различить мужчин с сексуальной дисфункцией и без нее; 5 из 10 подшкал позволяют различить женщин с сексуальной дисфункцией и без нее. Опросник *DSFI* является полезным методом оценки факторов, связанных с сексуальным функционированием. К недостаткам шкалы можно отнести ее длину (245 пунктов) и затрудненный подсчет результатов.

Шкала диадной адаптации (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*) используется довольно широко и представляет собой опросник-самоотчет из 32 пунктов. Она позволяет измерить адаптацию в диаде, а также получить показатели по четырем

подшкалам: диадная удовлетворенность, диадное единство, диадное согласие и проявление любви. Шкала *DAS* обладает хорошей дискриминантной валидностью, очень хорошей конструктивной валидностью, а также очень хорошей внутренней согласованностью (Spanier, 1976; Spanier & Thompson, 1982).

Опросник сексуального мнения (*Sexual Opinion Survey, SOS*; Fisher, 1988; Fisher, Byrne, White, & Kelley, 1988) включает 21 пункт для оценки аффективных и оценочных реакций на разнообразные сексуальные стимулы. Каждый пункт описывает сексуальную ситуацию и соответствующую негативную или позитивную реакцию. Пациенты оценивают степень своего согласия с каждой реакцией. Мы используем шкалу *SOS*, чтобы составить представление об индивидах и их отношении к различным сексуальным ситуациям. Исследование показало, что шкала *SOS* — валидный и надежный инструмент, для нее разработаны нормативные показатели (Fisher et al., 1988). Шкала *SOS*, как правило, заполняется и обрабатывается менее чем за 20 минут.

Часть клинического интервью отводится на оценку психологического функционирования. Самоотчеты могут дать ценную дополнительную информацию по таким направлениям, как настроение, тревога, употребление психоактивных веществ. Краткий опросник симптомов (*Brief Symptom Inventory*) (Derogatis & Melisaratos, 1983) — полезный инструмент для оценки общей психопатологии. Шкалы депрессии, тревожности-стресса (*Depression Anxiety Stress Scales*) (Lovibond & Lovibond, 1993) позволяют измерить симптоматику депрессии, тревожности и стресса. Краткая версия Мичиганского скрининг-теста на алкоголь (*Michigan Alcohol Screening Test*) (Pokorny, Miller, & Kaplan, 1972) и скрининг-теста на злоупотребление наркотиками (*Drug Abuse Screening Test*) (Skinner, 1982) позволяют оценить соответственно употребление алкоголя и других психоактивных веществ.

Психофизиологическое оценивание

Психофизиологическое оценивание позволяет получить уникальную и ценную информацию о сексуальном функционировании. Результаты клинического интервью могут быть искажены как самим пациентом, так и интерпретацией клинициста. Самоотчеты могут дать неверные сведения, если пациент дает ложные ответы. Преимущество физиологической оценки состоит в том, что она дает возможность объективно измерить уровень сексуального возбуждения. Эти данные помогают выявить природу и тяжесть функциональных нарушений у пациента. Кроме того, они помогают уточнить этиологию дисфункции (например, органическая, психогенная или смешанного типа).

Наиболее часто используемый подход к психофизиологической оценке сексуального возбуждения у мужчин — измерение ночного опухания пениса (*nocturnal penile tumescence, NPT*), т. е. эректильной активности во время сна. В прошлом для этого необходимо было, чтобы мужчины проводили как минимум одну ночь в лаборатории. Технический прогресс теперь позволяет проводить измерение *NPT* в домашних условиях. Монитор *RigiScan* (Dacomed/Urohealth, Minneapolis, MN) представляет собой небольшое портативное устройство, которое надевается на время сна и позволяет оценить как *NPT*, так и ригидность пениса. Пациент проводит измерение у себя дома и возвращает устройство врачу.

В лабораторных условиях применяется дополнительный подход к измерению физиологической реакции пациента на эротические стимулы. Этот метод исполь-

зуется для оценки сексуального возбуждения как у мужчин, так и у женщин. Пациент находится в отдельной комнате. Пациент-мужчина надевает на пенис электромеханический датчик, представляющий собой мягкий металлический зажим (см., например, Barlow, Becker, Leitenberg, & Agras, 1970), или ргугный датчик на-пряжения в виде гибкой ленты. Эти датчики измеряют изменения окружности пениса. Пациентки вводят во влагалище пластмассовый цилиндр размером с там-пон (Geer, Morokoff, & Greenwood, 1974). Это небольшое устройство испускает свет и измеряет степень его отражения. При возбуждении приток крови к стен-кам влагалища усиливается, и сквозь них проходит меньше света.

Обоснованием лабораторной оценки служит тот факт, что пациенты, которые испытывают трудности с возбуждением при половом сношении с партнером, мо-гут испытать возбуждение в ответ на эротические стимулы, когда нет необходи-мости в половом сношении. В таком случае ясно, что пациент физически спосо-бен испытать возбуждение; просто в естественной ситуации действуют какие-либо мешающие факторы (например, обеспокоенность адекватностью своего по-ведения). Вместе с тем отсутствие возбуждения во время психофизиологической диагностики не обязательно свидетельствует об органической природе сексуаль-ной дисфункции. Иногда пациенты в лаборатории испытывают тревогу, потому что ситуация эта для них новая, причем известно, что за ними ведется наблю-дение; тревога за адекватность своего поведения может нарушать способность к возбуждению. В таких случаях может потребоваться повторное оценивание, во время которого пациенты обычно чувствуют себя увереннее.

Оборудование для психофизиологической оценки стоит довольно дорого, для работы с ним необходимы технические знания и навыки. Несмотря на то что психофизиологическая оценка может дать важную и ценную информацию, в ряде случаев она недоступна.

Медицинское обследование

Как правило, в рамках диагностических процедур необходимо провести полное медицинское обследование пациента, чтобы выявить возможные биологические факторы, влияющие на сексуальные проблемы. Если медицинское обследование не было проведено перед началом психосоциального оценивания, следует дать пациенту соответствующее направление. В любом случае следует убедиться, что пациент сообщил лечащему врачу о своих сексуальных проблемах. Часто бывает так, что пациент проходит обследование, не сообщая врачу о причинах, побудив-ших его обратиться за помощью. Результаты медицинского обследования следует проанализировать с учетом данных интервью и психофизиологических пока-зателей.

Интеграция данных, полученных разными методами

Одна из задач оценки — составить представление о данном случае (формулиро-вание), т. е. рабочую гипотезу об этиологии проблемы. При формулировании учи-тываются все аспекты взаимных претензий партнеров и разъясняются причины существования сексуальных проблем (Flasher, Maisto, & Turkat, 1984). Одна из целей формулирования — помочь психотерапевту в выработке плана вмеша-тельства. Вторая цель — сообщить клиентам:

- 1) что их проблема вполне объяснима, особенно если учитывать их физиологию; медицинский анамнез, жизненные переживания и т. д. (т. е. что они психически здоровы);
- 2) что есть все основания для надежды и оптимизма;
- 3) что существуют концептуальная схема и обоснование для выработки психотерапевтического плана.

Наконец, формулирование представления о случае позволяет психотерапевту свериться с пациентом, чтобы выяснить, вся ли необходимая информация имеется и насколько она верна.

Один из наиболее сложных аспектов секс-терапии — интеграция множественных уровней влияния, т. е. биологического, психологического, диадного и культурного, в согласованное формулирование представления о случае. Несмотря на все трудности, биопсихосоциальное формулирование охватывает все богатство сексуального функционирования и дисфункции. Пациент с большей готовностью согласится на психосоциальный подход, если психотерапевт не станет отрицать значения биологических факторов, расспрашивая при этом о специфических диадных и социокультурных влияниях, которые могли бы их компенсировать или усугубить. Необходимо проявлять чуткость к определенным ритуалам и традициям, присущим паре, а также этническим, культурным и религиозным вопросам.

Формулирование представления о случае должно включать биологическую, психологическую и социальную сферы, даже если психотерапевт убежден, что какая-то из них не актуальна в данный момент. Сложно предугадывать будущее, поэтому следует получить дополнительную информацию, которая, возможно, еще пригодится. Более того, всесторонний подход к формулированию представлений усиливает доверие клиента к психотерапевту, который рассматривает все возможности. Косвенно психотерапевт сообщает пациенту, что ему также следует рассматривать свою проблему в биопсихосоциальном контексте.

Задачи вмешательства

Многие пациенты приступают к секс-терапии с целью улучшить собственное функционирование. Например, мужчины с эректильным расстройством желают достичь устойчивой эрекции, а женщины с оргазмическим расстройством хотят достигать оргазма. По нашему мнению, подобные цели по ряду причин не годятся. Они давят на пациентов и могут привести к тревоге за адекватность своего функционирования; следовательно, такие цели вредны. Кроме того, эти цели основаны на убеждении в том, что сексуальное взаимодействие не является полноценным, если определенные события (например, половое сношение, оргазм) не произошли. Такие цели противоречат представлению о том, что существует множество способов физической близости и сексуального удовлетворения.

Мы считаем, что основная задача секс-терапии состоит в том, чтобы помочь паре наладить более удовлетворительные сексуальные отношения. Мы объясняем обоим партнерам, что нет ничего плохого в том, чтобы желать вступить в половое сношение или достичь оргазма (если этого не признать, у пациента или его партнера может возникнуть отчуждение, а доверие к психотерапевту ослабеет). Эти задачи, однако, являются вторичными. Если имеют место половое сношение или оргазм, замечательно; вместе с тем эти события не являются необходимыми

для удовлетворения сексуальными отношениями. Психотерапевт может обсудить с парой недостатки целей, связанных с улучшением собственного функционирования. В конце концов необходимо прийти к соглашению относительно целей вмешательства. Если пациент или пара пытаются достичь целей улучшения функционирования, а у психотерапевта другие задачи, может возникнуть разочарование в терапии и терапевте.

Мы предлагаем психотерапевту и паре периодически пересматривать цели вмешательства по ходу терапии. Это поможет достигать соглашения относительно задач терапии в каждый конкретный момент. Кроме того, появляется возможность оценить прогресс и внести в терапию соответствующие поправки в случае необходимости.

Процессуальные вопросы при терапии

Допущения по умолчанию

Как и в процессе оценивания, целесообразно начинать вмешательство с некоего набора допущений. Уинц и Кейри (Wincze & Carey, в печати) полагают, что действенное вмешательство основывается на следующих исходных посылах:

- 1) клиент, как правило, склонен к узкому определению секса и фокусируется на собственном функционировании как на показателе успеха;
- 2) клиент иногда обладает стереотипными представлениями о мужской и женской ролях, что мешает усвоению новой информации;
- 3) клиент часто не знает составляющих сексуального возбуждения (например, благоприятного времени для занятий сексом и мешающих факторов);
- 4) клиент может быть склонен к избеганию сексуальных взаимодействий и, как результат, непреднамеренно саботирует терапию;
- 5) клиент может быть не осведомлен о заболеваниях, передающихся половым путем, и не использует средства защиты.

Все эти допущения помогают психотерапевту предвосхитить возможные препятствия на пути успешного вмешательства. Если какие-либо из допущений не соответствуют действительности, их можно не обсуждать. Это значит, что у данного пациента отсутствует одно из препятствий на пути к достижению целей терапии.

Обстоятельства, осложняющие терапию

Предпочтение обычных таблеток. Наслушавшись про Виагру, многие пациенты ожидают, что их сексуальные трудности удастся излечить с помощью обычных таблеток. Они не считают нужным тратить время и силы, необходимые для эффективного когнитивно-поведенческого вмешательства. В таких случаях следует напомнить паре, что когнитивно-поведенческое вмешательство оказывает длительное действие. Освоенные стратегии могут быть использованы после завершения терапии для поддержания удовлетворительных сексуальных отношений. Полезно также напомнить, что любое вмешательство (включая Виагру и секс-терапию) имеет свои преимущества и недостатки. Пациенту и его партнеру необходимо оценить затраты и выгоды, связанные с каждым вмешательством, чтобы отдать предпочтение тому или иному подходу.

Ригидное, ложное объяснение сексуальных проблем. Пациенты иногда склонны придерживаться единственного объяснения своих сексуальных проблем. Например, пациент-мужчина может считать, что эректильная дисфункция у него имеет органическую природу. Психотерапевту следует подыскивать другие возможные объяснения, более приемлемые и не столь угрожающие для пациента. В случае, если пациент твердо убежден в органической природе своей эректильной дисфункции, психотерапевт может подчеркнуть, что в данном случае органических предпосылок дисфункции нет, что весьма благоприятно.

Невыполнение домашних заданий. Когнитивно-поведенческие вмешательства, как правило, предполагают домашние задания, чтобы пациенты практиковались в использовании полученных навыков между сессиями. В секс-терапии домашние задания играют центральную роль, потому что ряд процедур (например, фокусирование на ощущениях) может проводиться исключительно вне рамок сессии. По этой причине невыполнение домашних заданий значительно осложняет вмешательство. Это происходит по ряду причин, в частности из-за страха избегания, отсутствия взаимопонимания со стороны партнера, напряженного графика. По нашему опыту, необходимо предвидеть потенциальные препятствия к выполнению домашних заданий (например, пациенту может быть неприятно выполнять некоторые упражнения) и действительно разрешать эти вопросы с парой. Если партнерам трудно выделять время на выполнение упражнений, иногда имеет смысл назначать упражнения заранее. Естественно, партнеры должны выбирать время, когда они смогут расслабиться и им никто не мешает. Психотерапевт может лишь напомнить, что следует соблюдать назначенное друг для друга время точно так же, как договоренность о встрече с другим человеком (например, врачом).

Внебрачные связи. Работая с парой, психотерапевт может обнаружить, что у одного из пациентов есть внебрачная связь. В подобных случаях психотерапевт должен попытаться сохранить объективность и оценить влияние внебрачной связи на взаимоотношения между партнерами и на вмешательство. Если внебрачная связь мешает терапии (как обычно и бывает), психотерапевт может помочь человеку принять решение о целесообразности прекращения связи. Если связь продолжается, и, по мнению психотерапевта, вмешательство вряд ли будет успешным, может быть принято решение о прекращении терапии. Психотерапевт принимает такое решение в зависимости от конкретных обстоятельств. В любом случае, однако, психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность как в отношении клиента, так и его партнера.

Противостояние методам терапии, связанное с культурой или религией. Такое противостояние методам терапии может угрожать срывом терапевтического процесса. Одним из наиболее типичных примеров является негативная реакция некоторых пациентов на саму идею мастурбации. Упражнения на мастурбацию часто используются с целью помочь пациентам привыкнуть к своему телу, а также чтобы помочь женщинам с аверсивными и болевыми расстройствами перенести проникновение. Некоторые пациенты полагают, что мастурбация — грех, недопустимый для семейного человека. Один из способов помочь пациентам свыкнуться с идеей мастурбации — объяснить, что она необходима для клинических целей. Психотерапевт может отметить, что совсем не обязательно мастурбировать постоянно. Это всего лишь техника, которая применяется кратковременно и с помощью которой удастся достичь поставленных целей.

Методы вмешательства

Просвещение

Просвещение может стать одним из важнейших компонентов секс-терапии. Ложные убеждения, нереалистичные ожидания и недостаток информации по физиологии, анатомии и сексуальному функционированию могут играть решающую роль в этиологии и поддержании сексуальной дисфункции. Как результат, психологическое просвещение иногда ведет к быстрому улучшению в течение первых нескольких сессий. Например, мужчины, не знавшие о существовании рефрактерного периода после эякуляции, с облегчением узнают, что «эректильная дисфункция» после оргазма — явление вполне нормальное. Аналогичным образом женщины с облегчением узнают, что недостаточное количество смазки является естественным следствием менопаузы и может быть легко восполнено смазками.

Выдержки из учебников по человеческой сексуальности помогают дать обзор сексуального функционирования. Кроме того, мы используем картинки и диаграммы с изображениями мужских и женских половых органов, чтобы помочь пациентам познакомиться с анатомией человека. Обязательно следует сообщать сведения о безопасном сексе и заболеваниях, передающихся половым путем (включая вирус иммунодефицита человека и гепатит).

К сожалению, задача психологического просвещения пациентов на тему нормального сексуального функционирования не всегда легко решается. Мы живем в культуре, в которой бытуют различные мифы о сексуальном функционировании. Таким образом, ложные убеждения и нереалистичные ожидания пациентов иногда укореняются довольно глубоко и с трудом поддаются изменению. Ниже перечислены наиболее распространенные мифы о мужской и женской сексуальности (адаптировано из Heiman & LoPiccolo, 1988; Wincze & Barlow, 1997b; Zilbergeld, 1998).

Мифы о мужской сексуальности

1. Настоящий мужчина не станет заниматься женскими штучками вроде чувств и разговоров.
2. Мужчина всегда проявляет интерес и всегда готов к сексу.
3. Настоящий мужчина играет активную роль в сексе.
4. Секс основан на твердом пенисе и том, что можно с его помощью сделать.
5. Мужчина должен уметь вскружить голову партнерше или по крайней мере поразить ее воображение.
6. Мужчины не должны слушать женщин во время занятий сексом.
7. У настоящего мужчины не бывает сексуальных проблем.
8. Чем больше, тем лучше.
9. Я должен быть способен заниматься сексом всю ночь.
10. Женщины не станут меня любить, если у меня не будет эрекции.
11. Если у меня нет эрекции, значит, я не люблю свою партнершу.
12. Если мужчина знает, что он не способен достичь эрекции, нечестно начинать сексуальные игры с партнершей.
13. Фокусирование на эрекции — лучший способ ее достичь.

Мифы о женской сексуальности

1. Секс — занятие для женщин до 30 лет.
2. Нормальные женщины испытывают оргазм при каждом половом акте.
3. Все женщины могут испытывать множественный оргазм.
4. Беременность и роды снижают сексуальную реактивность женщины.
5. Сексуальная жизнь женщины прекращается с наступлением менопаузы.
6. Различные виды оргазма связаны с личностью женщины; вагинальный оргазм более женственный и зрелый, чем клиторический.
7. Сексуально реактивная женщина всегда возбуждается от общения с партнером.
8. Приличные женщины не приходят в возбуждение от эротических книг и фильмов.
9. Вы фригидны, если вам не нравятся экзотические формы секса.
10. Если вы не можете быстро и легко достичь оргазма, с вами что-то не в порядке.
11. Добропорядочные женщины не становятся инициаторами занятий сексом, а во время полового сношения ведут себя сдержанно.
12. Двойной стандарт: вы фригидны, если не желаете секса, и распутны, если стремитесь к нему.
13. Забота о контрацепции — дело женщины, а жалобы на то, что контрацептивные меры подавляют сексуальность, — всего лишь отговорка.
14. Если женщина не становится инициатором секса, то секс ее попросту не интересует.

Мифы о мужской и женской сексуальности

1. Мы либеральные люди и легко вступаем в сексуальные отношения.
2. Все прикосновения сексуальны или должны вести к сексу.
3. Секс и половое сношение — это одно и то же.
4. Хороший секс предполагает оргазм.
5. Если любишь, то автоматически угадываешь желания партнера. Секс должен быть спонтанным, без планов и разговоров: совсем не романтично интересоваться у партнера, что ему нравится.
6. Увлечение мастурбацией — дурной тон.
7. В присутствии сексуального партнера нельзя мастурбировать.
8. Фантазии о чем-либо другом означают неудовлетворенность тем, что имеешь.

Как правило, мы обсуждаем эти мифы с парами и предлагаем отметить те из них, которые представляются им верными. Такое упражнение помогает паре исследовать свои установки относительно сексуального функционирования. Кроме того, психотерапевт имеет возможность выявить убеждения, подлежащие проработке в процессе вмешательства. В некоторых случаях ложные убеждения пациентов насчет сексуального функционирования (например, секс равняется половому сношению) требуют неоднократной проработки на протяжении терапии.

Наряду с получением информации от психотерапевта пациенты часто извлекают пользу из чтения рекомендованных книг. Есть ряд книг, которые представляют для пациентов интерес (Wincze & Barlow, 1997b; McCarthy & McCarthy, 1998; Zilbergeld, 1998). Мы не рекомендуем предлагать пациентам книги, которые сам психотерапевт не читал. Кроме того, если психотерапевт рекомендует паре знакомство с литературой, целесообразно отводить время на последующих сессиях для обсуждения прочитанного. Это дает паре возможность выяснить непонятные вопросы, поощряет к выполнению домашнего задания и способствует терапевтическому поведению в будущем.

Контроль стимулов

Многие пары ошибочно полагают, что сексуальное функционирование — автоматический процесс, для которого не требуется ничего, кроме подходящего партнера. Если заниматься сексом в неблагоприятных условиях, вряд ли стоит удивляться наличию сексуальных проблем. Одному из нас недавно довелось беседовать с пациентом, который жаловался на проблемы в своих текущих отношениях. На вопрос, чем партнеры любят заниматься вместе, он рассмеялся и ответил: «Проводить время порознь». Несмотря на очевидные проблемы в отношениях, пациент выражал удивление и озабоченность тем, что не мог поддерживать достаточную эрекцию во время половых сношений с партнершей.

Для здорового сексуального функционирования необходимы положительные межличностные и средовые факторы. Контроль стимулов представляет собой метод вмешательства, включающий манипуляцию средовыми факторами с целью фасилитации конкретного поведения или результата. В контексте секс-терапии контроль стимулов связан с усилиями по созданию условий, ведущих к здоровому сексуальному функционированию.

На сексуальное функционирование оказывают воздействие биологические, психологические и межличностные факторы. Позитивные и негативные факторы в каждой из этих сфер взаимодействуют между собой, влияя на сексуальное возбуждение (см. форму 13.2). К биологическим факторам относятся заболевания, наркотики, алкоголь, сигареты и даже усталость. Психологические факторы включают самооценку, настроение, тревогу, мысли и установки. Межличностные факторы (включенные в психологические факторы, см. форму 13.2) связаны с физическим влечением к партнеру и положительной установкой в отношении него.

Первая задача контроля стимулов — помочь паре проанализировать конкретные условия, необходимые для здорового сексуального функционирования (например, партнер, с которым приятно и комфортно общаться). Важно объяснить пациентам, что даже медицинское вмешательство может не привести к сексуальному возбуждению в отсутствие благоприятных психологических и межличностных условий. Кроме того, как уже говорилось, медицинская проблема (например, гипертония) повышает риск сексуальных проблем, однако при наличии благоприятных межличностных и психологических условий человек может функционировать вполне удовлетворительно.

Каждый партнер может составить перечень условий или факторов, которые положительно влияют на его сексуальное возбуждение. Сюда обычно включают такие факторы, как обстановка, время дня, собственное и партнера настроение, атмосфера (музыка, свечи, красивое белье). Пара может поработать над тем, что-

бы увеличить количество положительных факторов при каждом сексуальном общении. Кроме того, партнерам следует определить, какие факторы негативно воздействуют на их сексуальное функционирование. Негативные факторы типа ложных убеждений, неблагоприятного окружения, тревоги за адекватность своего поведения могут быть проработаны в контексте секс-терапии. В случае необходимости можно направить клиентов к консультанту по вопросам семьи и брака, индивидуальному психотерапевту или врачу.



Психологические факторы	Хорошее эмоциональное здоровье	Депрессия или ПТСР
	Влечение к партнеру	Недостаточное влечение к партнеру
	Позитивная установка в отношении партнера	Негативная установка в отношении партнера
	Позитивная установка в отношении секса	Негативная установка в отношении секса
	Фокусирование на удовольствии	Фокусирование на соответствии представлениям об адекватном поведении
	Новизна	Привычка, стереотип
	Хорошая самооценка	Низкая самооценка
	Благоприятные условия для секса	Неблагоприятные условия для секса
Физические факторы	Гибкое отношение к сексу	Ригидное отношение к сексу
	Отсутствие привычки курить	Курение
	Неупотребление чрезмерного количества алкоголя	Чрезмерное употребление алкоголя
	Отсутствие приема лекарств, влияющих на секс	Гипотензивные (сердечные) препараты
	Хорошее физическое здоровье	Плохое физическое здоровье
	Регулярные адекватные физические упражнения	Проблемы с сердцем и нарушения кровотока
	Хорошее питание	Диабет

Форма 13.2. Позитивные и негативные факторы, влияющие на сексуальное функционирование. Из «Psychoterapist Guide of Enhancing Sexuality: A Problem Solving Approach». Copyright 1997 by Graywind Publications Inc. Воспроизведено с разрешения издателя, The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Все права защищены (схема)

Когнитивное реструктурирование

В начале вмешательства мы обычно расспрашиваем пациентов, о чем они думают во время занятий сексом. Если пара совершенно избегает сексуальной активности, мы спрашиваем, о чем партнеры думают, представляя себя участниками по-

лового акта. Большинство признаются в негативных мыслях типа: «Лишь бы на этот раз получилось», «Я снова его/ее разочарую», «Мне не хочется этого делать», «Это будет больно». Мы обращаем внимание партнеров на то, что эти мысли не способствуют ни возбуждению, ни расслаблению; вполне естественно, что на фоне таких мыслей сексуального возбуждения не возникает. Благодаря такому комментарию сексуальные трудности представляются вполне закономерными, а оба партнера начинают сознавать влияние мыслей на сексуальное возбуждение.

Если сексуальная дисфункция у пациента является приобретенной, мы просим его описать мысли, которые возникали у него во время занятий сексом до возникновения проблем. Психотерапевт подводит пациента к выводу о том, что во время приятных занятий сексом люди фокусируются на частях тела, физических ощущениях и других возбуждающих аспектах сексуальной деятельности. Психотерапевт разъясняет пациенту, что одним из компонентов вмешательства будет оспаривание негативных мыслей, отвлекающих его во время занятий сексом. В результате пациент вновь сможет сосредоточиться на мыслях, связанных с приятной сексуальной деятельностью.

Как было отмечено выше, многие пациенты с готовностью сообщают о мыслях, которые мешают им во время занятий сексом. Другие с трудом обнаруживают свои негативные убеждения. В любом случае мы часто предлагаем пациентам заполнить простую форму-самоотчет после занятий сексом. Требуется указать природу сексуальной деятельности (например, массаж), уровень тревоги (по шкале Лайкерта от 0 до 8 баллов), а также мысли, которые при этом возникали. Самонаблюдение помогает пациентам выявить негативные мысли, фасилитирует дискуссии во время сессий, позволяет следить за прогрессом на протяжении вмешательства.

Как только негативные мысли выявлены, психотерапевт учит пациента их оспаривать. Одной из стратегий оспаривания негативных мыслей является просвещение. Как уже отмечалось, просвещение служит мощным инструментом в секс-терапии. Одному из нас довелось работать с женщиной, испытывавшей отвращение к семенной жидкости. Обсуждение этой проблемы позволило выяснить, что в семейном анамнезе у мужа был случай рака яичек. Во время занятий сексом она тревожилась о том, что может заразиться раком. Медицинское просвещение позволило ей избавиться от этого страха и чувствовать себя более комфортно во время занятий сексом.

Вторая стратегия оспаривания мыслей пациента состоит в том, чтобы помочь выяснить, имеет ли негативная мысль фактическую основу. Пациенты часто придерживаются негативных допущений или прогнозов, несмотря на отсутствие подтверждающих их фактов. Психотерапевт учит пациента основывать свои мысли на фактах, а не на опасениях. Например, мужчина с эректильным расстройством может полагать, что партнера бросит его, если с проблемой справиться не удастся. Супружеская терапия дает прекрасную возможность обсудить представления пациента о том, что думает и чувствует его партнер. Можно посвятить сессию тревогам пациента, связанным с партнером. Ответы и реакция партнера часто устраняют недоразумения и помогают оспорить ложные убеждения. Кроме того, подобная дискуссия способствует налаживанию коммуникации вне сессии. Женщина с сексуальным аверсивным расстройством может полагать, что поло-

вое снoшение будет крайне болезненным и неприятным. Психотерапевт помогает пациентке поставить под сомнение эти негативные мысли, анализируя факты за и против. Пациентку просят объяснить, на каком основании она считает свое убеждение или негативный прогноз верным. По ходу изложения пациенткой своих доводов психотерапевт помогает выявить ошибки в ее мышлении. Например, пациентка говорит, что в подростковом возрасте мать предупреждала ее, что занятия сексом крайне неприятны и болезненны. Психотерапевт указывает, что это не обязательно так; возможно, есть и другие вопросы, где они с матерью расходятся во мнениях. Далее психотерапевт может поинтересоваться фактами, говорящими о ложности такого убеждения. При этом пациентка должна перечислить как можно больше свидетельств ложности негативной мысли.

Заключительный метод оспаривания негативных мыслей — помощь пациентам в декатастрофизации неблагоприятных исходов, т. е., допуская возможность такого исхода, следует прийти к выводу о том, что это еще не конец света. Например, пациент-мужчина может сообщить о том, что обязательно умрет от смущения, если у него пропадет эрекция при первой попытке полового акта с партнершей. Психотерапевт помогает ему понять, что даже при отсутствии эрекции, несмотря на смущение и неловкость, он вполне в состоянии с этим справиться. Психотерапевт может привести пример негативного события в прошлом, с которым пациент успешно справился, помогая выработать более реалистичные ожидания.

Помимо оспаривания негативных мыслей пациента, часто возникает необходимость обратиться и к мыслям партнера. Многим людям во время занятий сексом приходят в голову негативные, мешающие мысли, если у партнеров возникают сексуальные проблемы. Как правило, мы расспрашиваем партнеров, о чем они думают во время занятий сексом. Для оспаривания негативных мыслей у партнеров применяются такие же техники, как у пациентов.

Техники когнитивного реструктурирования иногда сложны, и пациентам бывает трудно в них вникнуть. Следовательно, процесс оспаривания мыслей должен быть адаптирован к конкретному пациенту. Более детальную информацию относительно техник когнитивного реструктурирования можно получить из работы Бека (Beck, 1976).

После того как пациент начал оспаривать мешающие мысли, ставится следующая задача — переключить его внимание на эротические сигналы. Психотерапевт предлагает пациенту фокусировать внимание на ощущениях или отдельных частях тела во время занятий сексом.

Кроме того, можно поощрить использование пациентом фантазии. Некоторые пациенты избегают фантазировать, опасаясь, что это говорит об их неудовлетворенности сексуальными отношениями. К обсуждению этой темы следует подходить с осторожностью, стараясь нормализовать использование сексуальных фантазий. Пара может извлечь пользу из чтения специальной главы, посвященной сексуальным фантазиям (McCarthy's, 1988).

Поведенческие техники при конкретных расстройствах

Расстройства возбуждения. Метод фокусирования на ощущениях был разработан Мастерсом и Джонсон (Masters & Johnson, 1966). Он применим к пациентам с любыми сексуальными дисфункциями, однако наиболее часто используется

в терапии расстройств возбуждения. Фокусирование на ощущениях предполагает наложение запрета на половое сношение на фоне чувственных/сексуальных занятий возрастающей интенсивности. Главная цель фокусирования — устранить давление необходимости адекватно функционировать, переключить внимание пары на приятные ощущения, вернуть партнеров к «основам» занятий сексом, побудить пару получать удовольствие от различных форм стимуляции.

Многие пары бывают удивлены и озабочены тем, что им запрещают вступать в половое сношение. Такие рекомендации следует тщательно обосновать, иначе пара может досрочно прекратить терапию. Следовательно, психотерапевт обязательно должен четко разъяснить цель фокусирования на ощущениях. Можно объяснить партнерам, что занятия сексом приносят наибольшее удовлетворение, когда каждый из партнеров сосредотачивает внимание на своих ощущениях. Пары, испытывающие сексуальные проблемы, часто уделяют чрезмерное внимание адекватному функционированию в ущерб собственным ощущениям. Фокусирование на ощущениях призвано снять напряжение, связанное с необходимостью соответствовать определенному стандарту поведения, что позволяет паре вновь наслаждаться приятными ощущениями.

Каждую неделю психотерапевт и пара оговаривают конкретное упражнение на фокусирование. Предписывая такие упражнения, психотерапевт должен ясно представлять себе следующее:

- в чем заключается упражнение;
- как часто его следует выполнять (как правило, 1-3 раза каждую неделю);
- какова его продолжительность (обычно 15-30 минут);
- какие цели оно преследует (например, фокусирование на физических ощущениях, практика обсуждения занятий сексом);
- что не является целью упражнения (например, достижение возбуждения, достижение оргазма, половое сношение);
- кто из партнеров должен проявить инициативу в выполнении упражнения.

Конкретные упражнения варьируют в зависимости от потребностей и уровня комфорта каждой пары. Во многих случаях фокусирование на ощущениях начинается с массажа, не затрагивающего область половых органов. Начинать можно в раздетом или одетом виде, как партнерам удобно. Психотерапевт предлагает партнерам во время массажа сообщать друг другу о том, какие формы стимуляции им нравятся больше всего, с положительной обратной связью (без критики). Это позволяет партнерам обсудить свои сексуальные отношения. Когда партнеры привыкнут к обычному массажу, можно переходить к массажу с прикосновением к половым органам. Давая такое задание, психотерапевт должен подчеркнуть, что не ставится задача достичь возбуждения, а тем более оргазма. Основными целями по-прежнему остаются получение удовольствия и близость. Партнеры должны четко себе это представлять, приступая к выполнению упражнения.

Следующим шагом обычно становится проникновение без фрикций. На этом этапе целесообразно напомнить партнерам о том, что при невозможности проникновения (например, из-за недостаточной эрекции) можно продолжить занятия сексом с другими формами стимуляции. Это способствует снижению тревоги и подкрепляет мысль о том, что сексуальное удовлетворение не зависит от полового сношения.

Заключительный этап фокусирования на ощущениях включает занятия сексом с возможным половым сношением. «Разрешая» половое сношение, психотерапевт продолжает ограничивать требования к функционированию и подкрепляет идею о том, что пара не обязательно должна вступать в половое сношение. Можно напомнить партнерам, что они уже научились получать удовольствие от различных форм стимуляции. Следовательно, хотя половое сношение теперь «разрешено», оно не обязательно должно играть главную роль.

Описанные выше шаги можно разбить на серии более мелких упражнений в зависимости от потребностей конкретной пары. Например, массаж без стимуляции половых органов может начаться с того, чтобы партнеры держались за руки в одетом виде, далее постепенно переходя к массажу спины в раздетом виде. Каждая пара начинает со своей точки отчета. Иногда движение вперед происходит крайне медленно, пара прорабатывает один шаг неделями или месяцами, прежде чем переходить к следующему. В таких случаях необходимо периодически напоминать обоим партнерам, что они вместе стремятся к одной цели — удовлетворительным сексуальным отношениям. Пример обычного графика выполнения домашних заданий на чувственное фокусирование представлен в табл. 13.1.

Таблица 13.1. Фокусирование на ощущениях: серия домашних заданий

Каждое домашнее задание следует выполнять от одного до трех раз между сессиями в течение 15-30 минут.

Домашнее задание 1. Каждый партнер делает другому массаж в одетом виде. Тот, кого массируют, должен сообщать, что ему нравится, а что нет. Цель упражнения — не достижение возбуждения; партнеры должны получать удовольствие от совместного времяпрепровождения. Пара заранее договаривается о том, что не будет вступать в половое сношение

Домашнее задание 2. Каждый партнер делает другому массаж в обнаженном виде без прикосновений к половым органам и без полового акта. Тот, кого массируют, должен сообщать, что ему нравится, а что нет. Цель упражнения — не достижение возбуждения; партнеры должны получать удовольствие от совместного времяпрепровождения.

Домашнее задание 3. Повторить домашнее задание 2.

Домашнее задание 4. Каждый партнер делает другому массаж в обнаженном виде с прикосновениями к половым органам. И снова цель упражнения — не достижение возбуждения; партнеры должны получать удовольствие от совместного времяпрепровождения и фокусироваться на ощущениях. Никаких половых актов, никаких нарочитых усилий по достижению оргазма. Обязательно следует сообщать партнеру о своих ощущениях. На очередной сессии психотерапевт не задает вопросов о том, удалось ли кому-либо из партнеров достичь физического возбуждения (например, эрекции); *это преждевременно, важно подкрепить мысль о том, что эрекция и lubricация не являются целями упражнения.*

Домашнее задание 5. Повторить домашнее задание 4.

Домашнее задание 6. Повторить домашнее задание 4.

Таблица 13.1. Окончание

Домашнее Пара занимается сексом, включая проникновение без фрикций. Цель — задание 7. насладиться ощущениями.

Домашнее Пара занимается сексом, включая проникновение с минимальными заданиями 8. фрикциями. Цель — не достичь оргазма, а насладиться ощущениями. Через некоторое время следует прекратить половой акт и заняться чем-либо другим.

Домашнее Пара занимается сексом, включая половой акт — снятие запрета на половое сношение. задание 9.

Помимо помощи в планировании упражнений психотерапевту следует разбирать упражнения на очередной сессии. Целесообразно предложить партнерам записывать свои мысли и переживания во время выполнения упражнений, чтобы впоследствии обсудить их на сессии. Психотерапевт помогает паре реструктурировать искаженные мысли, проанализировать возникшие проблемы, выявить и проработать избегающее поведение.

Преждевременная эякуляция. Первый шаг в терапии преждевременной эякуляции часто заключается в психологическом просвещении относительно нормального латентного периода эякуляции. Психотерапевт информирует пациента, что большинство мужчин эякулируют спустя 2–8 минут после проникновения (Wincze & Barlow, 1997a). Возраст пациента и время после эякуляции также влияют на длительность отсрочки эякуляции.

Одним из возможных вариантов для мужчины с ускоренной эякуляцией может быть модификация стереотипа сексуального поведения. Пара может продолжать половое сношение, пока это возможно, уже после эякуляции. Когда эякуляция перестает означать окончание полового сношения, становится менее значимой способность мужчины ее контролировать. Это снижает тревогу, связанную с адекватностью поведения, и даже может привести к отсрочке эякуляции. Сходный подход состоит в продолжении сексуальной активности, когда половое сношение уже невозможно. И снова снижается психологическое давление на мужчину, поскольку эякуляция больше не сигнализирует об окончании занятий сексом.

Если эякуляция происходит слишком быстро (например, до проникновения), или мужчина пользуется презервативом во время занятий сексом, продолжение полового сношения после эякуляции вряд ли имеет смысл. Такие пациенты могут применить технику сдавливания (Masters & Johnson, 1970). Приближаясь к моменту эякуляции, мужчина сжимает пенис прямо под головкой, причем большой палец лежит на нижней части полового члена, где головка соединяется со стволом, а указательный палец напротив большого, другие пальцы — вокруг ствола полового члена. Сжимать следует достаточно сильно в течение 10 секунд. Мужчина может применять эту технику до проникновения. Или можно вынуть половой член уже после проникновения, а после применения техники сдавливания продолжить половое сношение. Эту технику можно многократно использовать во время одного и того же сексуального контакта. Кроме того, данную технику целесообразно применять при мастурбации, чтобы научиться лучше контролировать эякуляцию.

Мужское и женское оргазмические расстройства. Психотерапевт должен удостовериться, что пара имеет реалистичные представления об оргазме (например, необходимая степень стимуляции, нормативная частота и интенсивность), а также знает об индивидуальной вариабельности. При наличии реалистичных ожиданий необходимо выяснить у пациента с оргазмическим расстройством, адекватна ли стимуляция при сексуальной активности. В случае отрицательного ответа психотерапевт даст рекомендации по усилению стимуляции.

Пациенты, достигающие оргазма только при мастурбации, но не во время сексуального общения с партнером, могут показать партнеру тип стимуляции, который их возбуждает. Пациенты, не достигающие оргазма ни при мастурбации, ни при сексуальной активности с партнером, могут выполнить упражнения, перечисленные в табл. 13.2, чтобы лучше узнать о видах возбуждающей стимуляции. В обоих случаях психотерапевт помогает справиться с отвлекающими или негативными мыслями, которые могут возникать во время сексуальной активности с партнером. Наконец, пара может прийти в возбуждение от фантазий, сексуального белья, сексуальных игрушек, вибраторов, необычного поведения, поз или условий.

Таблица 13.2. Домашнее задание при терапии оргазмических расстройств

Порекомендуйте пациенту и партнеру составить перечень благоприятных и неблагоприятных условий для сексуальной активности. Это поможет обоим партнерам научиться учитывать обстоятельства, в которых возникает возбуждение.

Поощряйте пациента читать литературу, листать журналы, смотреть видео-фильмы, которые он находит возбуждающими. Этот материал может быть использован для помощи пациенту в формировании сексуальных фантазий. Нормализуйте и поощряйте использование сексуальных фантазий во время и вне сексуальной активности.

Предпишите серию упражнений на самостимуляцию. Пациент должен выполнять эти упражнения ежедневно приблизительно по 10-20 минут, в зависимости от содержания упражнения. Цель занятий — приучить пациента к собственному телу и помочь больше узнать о возбуждающих стимулах. Не ставится конкретная задача достичь оргазма — необходимо повысить удовольствие от сексуальной активности. Специфические упражнения варьируют в зависимости от уровня комфорта пациента. Вот типичная последовательность упражнений.

- Пациент рассматривает свое обнаженное тело в зеркале.
- Пациент рассматривает свои обнаженные половые органы в зеркале.
- Пациент стимулирует /раздражает эрогенные зоны тела помимо гениталий.
- Пациент стимулирует свои половые органы. (Психотерапевт должен убедиться в том, что пациент понимает, какие типы генитальной стимуляции обычно вызывают у людей возбуждение; не следует исходить из того, что пациент понимает значение слова «мастурбация».)
- Пациент демонстрирует партнеру тип стимуляции, наиболее для него возбуждающий.

Упражнения с зеркалом следует повторять до тех пор, пока пациент с ними не освоится. Упражнения на стимуляцию повторяются до тех пор, пока пациент не ощутит удовольствия от такого типа стимуляции («удовольствие» может означать расслабление, возбуждение или другие приятные ощущения).

Хотя пара работает над тем, чтобы усилить возбуждение пациента, психотерапевту следует внимательно следить за тем, чтобы подход к сексуальной активно-

сти не был переориентирован на достижение результата. Можно разъяснить паре, что оргазм не является необходимым для приносящей удовлетворение сексуальной активности. Психотерапевт напоминает партнерам, что иногда сексуальные контакты, приносящие наибольшее удовлетворение, не сопровождаются оргазмом, и наоборот.

Болевые расстройства и сексуальные аверсивные расстройства. Оценивая состояние пациента с болевым расстройством или сексуальным аверсивным расстройством, психотерапевт должен выяснить, какие действия трудны для пациента или вызывают у него тревогу. Большинство пациентов имеют проблемы с половым сношением. Пациентки могут испытывать затруднения при пользовании тампонами, гинекологическом обследовании и даже при разглядывании себя обнаженными в зеркале. В начале вмешательства психотерапевт вместе с пациентом составляет перечень из 10-15 действий, вызывающих тревогу. Эти действия варьируют от умеренно сложных до очень сложных. Вмешательство предполагает постепенную проработку иерархии с использованием повторных экспозиций и когнитивного реструктурирования (см. форму 13.3, где приведен пример типичного иерархического перечня страхов и избегания).

Действие	Страх	Избегание
Половое сношение	8	8
Партнер вводит половой член во влагалище — без толчков	8	8
Партнер частично вводит половой член во влагалище	8	8
Партнер вводит палец во влагалище	8	7
Партнер вводит кончик пальца во влагалище	7	7
Пациентка вводит собственный палец себе во влагалище	6	6
Пациентка вводит кончик своего пальца себе во влагалище	6	5
Партнер касается наружных половых органов пациентки	6	5
Пациентка рассматривает свои половые органы в зеркале	5	5
Партнер касается обнаженной груди пациентки	4	4
Пациентка трогает собственные наружные половые органы	4	4
Пациентка рассматривает фотографию мужских половых органов	4	4
Пациентка рассматривает фотографию женских половых органов	3	4
Пациентка смотрит видеофильм о занятиях сексом — актеры обнажены	3	4
Пациентка смотрит видеофильм о занятиях сексом — актеры обнажены	3	3

Форма 13.3. Пример иерархии страхов и избегания при терапии сексуальных болевых и аверсивных расстройств. (Иерархия составлена для пациентки. Показатели даны по шкале Лайкерта от 0 до 8 баллов, где 0 = отсутствие страха или избегания, а 8 = крайний страх или избегание) (таблица)

Пациент начинает с наименее тревожных действий, не предполагающих участия партнеров (например, пациентка рассматривает свою обнаженную грудь в зеркале в течение пяти минут). Это действие следует повторить несколько раз до очередной сессии. Пациентка может записать свои мысли и уровень тревоги во

время каждой экспозиции. На следующей сессии психотерапевт помогает пациентке оспорить неадаптивные мысли и анализирует уровни ее тревоги.

Каждый шаг в иерархии следует повторять до тех пор, пока пациент с ним не привыкнет. В конце концов пациент может приступить к действиям, требующим участия партнера (например, партнер-мужчина касается половых губ своей партнерши). И снова каждый шаг необходимо повторять, пока пациент с ним не привыкнет. Пациент должен в любой момент контролировать упражнения на экспозицию, чтобы прекратить их выполнение при чрезмерном повышении уровня дискомфорта. Партнер должен дать предварительное согласие на соблюдение данного условия до начала упражнений.

Снижение сексуального влечения. Первый шаг в терапии гипоактивного сексуального влечения состоит в выявлении личностных и межличностных факторов, которые могут тормозить сексуальное влечение. Примерами таких факторов служат сексуальное насилие в анамнезе, недостаток физического влечения к партнеру, негативные установки в отношении сексуальной активности. Когда эти факторы выявлены, их можно проработать в ходе вмешательства. В табл. 13.3 перечислены стратегии проработки психосоциальных факторов, часто способствующих снижению сексуального влечения.

Помимо рассмотрения личностных или межличностных вопросов пациент может читать или рассматривать эротические материалы для усиления сексуального влечения. Разные пациенты сочтут возбуждающими разные материалы. Следовательно, хотя можно дать какие-либо конкретные рекомендации, мы считаем целесообразным оставить это домашнее задание открытым. Это позволяет каждому пациенту исследовать наиболее приемлемые и возбуждающие варианты. Работая с чрезмерно религиозными или консервативно настроенными пациентами, терапевт должен творчески подойти к поиску образов, одновременно возбуждающих и не обидных для пациентов.

Пациент может также повысить свое сексуальное влечение, отправившись в отпуск, изменив стереотип (другие условия или другое время дня для занятий сексом), подобрав новое белье или «вспомогательные средства» (например, вибратор, сексуальные игрушки).

Таблица 13.3. Стратегии проработки факторов, которые могут снижать половое влечение

Сюда

- Поощряйте обоих партнеров вносить новизну и разнообразие в свои сексуальные отношения: новые места, новые виды занятий сексом, новые позы, различные «вспомогательные средства» (например, сексуальные игрушки, белье).
- Нормализуйте и поощряйте использование сексуальной фантазии во время и вне сексуальной активности.
- Предложите каждому партнеру составить «перечень пожеланий» относительно занятий, условий и сценариев, которые ему хотелось бы привнести в сексуальный репертуар. Партнеры должны ознакомиться с предложениями друг друга и решить, какие пункты приятны и приемлемы для обоих.
- Попросите каждого составить перечень благоприятных и неблагоприятных условий для сексуальной активности. Пара может воспользоваться этими перечнями для создания ситуаций, наиболее благоприятных для сексуальной активности.

Таблица 13.3. Окончание

Недостаток физической привлекательности партнера

- Обсудите важность физической привлекательности для отношений.
- Поощряйте партнеров к обсуждению факторов, способствующих повышению физической привлекательности друг друга. Примеры включают использование духов или одеколона, определенную прическу, бритье, пользование ванной комнатой при закрытой двери, определенную одежду в дневное или ночное время. Поощряйте партнеров учитывать эти факторы, чтобы повысить свою привлекательность друг для друга.
- Подчеркните взаимосвязь между физическим здоровьем/физической формой и сексуальным функционированием. Поощряйте пару придерживаться здоровой диеты и физической активности. Такие изменения образа жизни особенно полезны для пациентов, не удовлетворенных собственным весом или весом своих партнеров. Тем не менее от этого могут выиграть все пары.

Негативные или ошибочные установки

- Прорабатывайте неадаптивные мысли с помощью психологического просвещения и когнитивного реструктурирования, как описано в данной главе.

Неудовлетворенность тем, что делает или не делает партнер во время сексуальной активности

- Нормализуйте и поощряйте обсуждение предпочтений каждого из партнеров во время сексуальной активности. Объясните, что предпочтения тех или иных занятий сексом варьируют между партнерами, а также варьируют у каждого индивида от случая к случаю. Следовательно, без обсуждения трудно узнать, что именно нравится или не нравится партнеру.
- Помогите партнерам конструктивно обсудить то, что им не нравится во время занятий сексом. Это обсуждение следует отделить от занятий сексом и проводить в чуткой, необвинительной манере.

Сексуальное насилие в анамнезе

- Если человек страдает депрессией, посттравматическим стрессовым расстройством или другой психологической проблемой в результате жестокого обращения, эту проблему следует проработать, прежде чем фокусироваться на собственно сексуальной дисфункции.
- Прежде чем поощрять положительные чувства к занятиям сексом, необходимо проанализировать негативные чувства человека (например, страх, негодование, безразличие к занятиям сексом). Составьте и проработайте перечень страхов и избегания, как описано в терапии сексуальных болевых и аверсивных расстройств. Проанализируйте мысли/страхи, мешающие сексуальной активности, с помощью психологического просвещения и когнитивного реструктурирования. После этого используйте перечисленные выше стратегии усиления положительных чувств в отношении сексуальной активности.

Тренинг коммуникативных навыков

Практически во всех случаях секс-терапии в той или иной степени необходим тренинг коммуникативных навыков. Парам может потребоваться выработка общих навыков коммуникации. Уинц и Барлоу (Wincze & Barlow, 1997b) публикуют перечень навыков положительной коммуникации (см. форму 13.4). Этот перечень можно предложить паре в качестве источника информации на ранних этапах вмешательства. Пара может практиковаться в применении этих навыков в своем повседневном общении.

Если утверждение описывает ваши действия, поставьте отметку.

Навыки отправителя

(Отправитель — человек, желающий обсудить вопрос или проблему.)

- ☐ 1. Придерживайтесь темы дискуссии. Не привносите в обсуждение старые или не имеющие отношения к делу темы.
- ☐ 2. Укажите виды поведения, которые вам хотелось бы изменить, избегая при этом общих утверждений. Например, не следует говорить: «Тебе надо быть более доброжелательным». Лучше скажите: «Мне хотелось бы, чтобы ты уделял больше внимания хорошим вещам, которые я делаю, и меньше внимания моим просчетам».
- ☐ 3. Будьте честным и прямым. Не заставляйте партнера гадать, что вы имеете в виду.
- ☐ 4. Говорите о своих чувствах или мыслях без обвинений и ярлыков.
- ☐ 5. Говорите во взрослой манере, не обращайтесь к партнеру свысока, словно он ребенок. Будьте вежливы и разговаривайте с партнером, как с человеком, которого вы уважаете.
- ☐ 6. Не употребляйте слов «никогда» или «всегда». Пытайтесь использовать слова, отражающие реальную ситуацию или поведение. Это придаст больше смысла вашим утверждениям, и ваш партнер с большей вероятностью вас выслушает.
- ☐ 7. Если вы должны сказать партнеру что-либо неприятное, старайтесь проявить готовность помочь, а не обидеть. Отметьте некоторые хорошие виды поведения своего партнера, прежде чем переходить к его проступкам. В результате вы затронете лишь поведение партнера, а не его самого.

Навыки получателя

(Получатель — человек, с которым отправитель желает вступить в разговор.)

- ☐ 1. Используйте виды поведения, показывающие вашу заинтересованность. Речь идет о контакте глазами, кивках в знак согласия, позе.
- ☐ 2. Следите за своим поведением, пока не подойдет ваша очередь говорить. Не следует перебивать или гримасничать.
- ☐ 3. Убедитесь в том, что правильно поняли отправителя. Для этого повторите своими словами то, что вам не совсем ясно.
- ☐ 4. Читайте невербальные знаки и отвечайте на них. Речь идет о выражении лица, жестах и других видах языка тела. Например, можно сказать: «Ты хмуришься и выглядишь расстроенным». Это показывает ваше чуткое и внимательное отношение к чувствам отправителя.

Форма 13.4. Перечень положительных коммуникативных навыков. Из «Client Workbook of Enhancing Sexuality: A Problem Solving Approach». Copyright 1997 by Graywind Publications Inc. Воспроизведено с разрешения издателя, The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Все права защищены

Улучшение общей коммуникации способствует повышению удовлетворенности отношениями. Более того, применение этих навыков поможет партнерам обсуждать свои сексуальные проблемы в конструктивной манере.

Большинство пар испытывает трудности при обсуждении своих сексуальных отношений, следует поощрять партнеров к этому (Wincze & Barlow, 1997a). Важно начинать такие дискуссии в подходящее время (например, не сразу же после неудачного полового контакта). Партнеры могут отвести для этого специальное время, когда их ничто не будет отвлекать. Хотя выбрать такое время бывает трудно, устранение отвлекающих моментов и совместное обсуждение помогают прийти к конструктивным выводам. Выделение такого времени и соблюдение дого-

воренности о встрече говорит о том, что каждый высоко ценит отношения с партнером.

Партнеров следует поощрять к обсуждению своих сексуальных проблем. Если они этого не делают, будут накапливаться недоразумения. Учитывая важность обсуждения сексуальных проблем, партнеры не должны обвинять друг друга, косвенно или явно. Это деструктивная тенденция, мешающая разговору и способствующая сохранению проблемы.

Психотерапевт поощряет партнеров высказывать свои предпочтения относительно различных форм стимуляции или определенной сексуальной активности. После сексуального контакта партнеры могут поделиться друг с другом своими впечатлениями о том, что понравилось, а что нет. Не следует, однако, высказывать критику сразу после занятий сексом. Некоторые пары отказываются от обсуждения своих занятий сексом. Они могут полагать, что «хороший любовник», не задавая вопросов, знает, что нужно партнеру. Психотерапевт помогает опровергнуть эту идею и включает предоставление обратной связи в упражнения с фокусированием на ощущениях.

Случай из практики

Для демонстрации применения описанных выше техник приводится случай из практики, с которым работал один из нас несколько лет назад. Пациент обратился за помощью в связи с эректильными трудностями. Этиология расстройства была смешанной (т. е. имели место медицинские и психосоциальные факторы). Данный случай выбран намеренно, поскольку в то время еще не существовало Виагры. Если бы этот пациент обратился за помощью сейчас, ему скорее всего была бы назначена Виагра. Несмотря на наличие медицинских факторов риска, само по себе медицинское вмешательство не дало бы эффекта без проработки соответствующих психосоциальных факторов. Таким образом, данный случай призван показать роль психологических и социальных факторов, а также продемонстрировать, что и при наличии медицинских факторов когнитивно-поведенческая терапия, сама по себе или как дополнение к медицинскому вмешательству, является необходимой и действенной.

Предыстория

Эрик, 56 лет, был направлен к нам урологом для проведения психосоциальной диагностики сексуального функционирования в связи с жалобами на проблемы с эрекцией. Урологическое обследование позволило выявить несколько медицинских факторов, которые могли усугубить сексуальные трудности. Эрик страдал гипертонической болезнью, длительно злоупотреблял алкоголем (к моменту обследования он вел трезвый образ жизни на протяжении трех лет), а также курил в течение 25 лет по две пачки сигарет в день (курить он бросил год назад). На момент оценивания Эрик принимал гипотензивные препараты и антидепрессанты. Утренние эрекции у него практически отсутствовали.

Исходя из предоставленной урологом информации, складывалось впечатление о том, что определенную роль в этиологии эректильных проблем Эрика играют медицинские факторы. Оценивание имело две цели: выяснить вклад, если тако-

вой имеется, психологических и социальных факторов в проблему и определить, какой терапевтический подход принесет наибольшую пользу Эрику и его жене.

Клиническое интервью

Эрик и его жена, Аманда, пришли на первую сессию вместе. После процедуры знакомства психотерапевт сказал примерно следующее:

Эрик и Аманда, мне хотелось бы начать с разъяснения целей процесса диагностики. Эрик, как вам известно, вас направил доктор Тобин для оценки сексуального функционирования. Доктор Тобин обсуждал с вами некоторые медицинские факторы, которые могли повлиять на ваше сексуальное функционирование. Я собираюсь поговорить с вами о некоторых не медицинских факторах. После завершения оценки мы возьмем собранные сведения, объединим их с информацией от доктора Тобина и представим себе всю картину целиком. Это позволит выяснить, какие факторы вносят вклад в ваши сексуальные затруднения и какого рода вмешательство будет вам наиболее полезным.

Аманда, иногда супруги интересуются, зачем требуется их участие в процессе оценивания. Хотя сексуальная проблема может касаться только одного из партнеров, сексуальная активность предполагает взаимодействие. Сексуальная проблема влияет на обоих партнеров. Следовательно, мы считаем необходимым работать с вами как с парой и привлечь вас обоих к процессу оценивания.

Мне важно знать ваше мнение о проблемах Эрика, а также получить некоторые сведения и о вас. Встреча с вами даст мне возможность ответить на вопросы, которые могут у вас возникнуть по ходу процесса оценивания. Есть ли у вас сейчас какие-либо вопросы?

Позвольте пояснить, как будет проходить оценивание. Как правило, вначале я встречаюсь с каждым из вас индивидуально. Это позволяет выяснить взгляды каждого на происходящее и на то, какие именно факторы влияют на ваши сексуальные отношения. Кроме того, я предложу вам несколько опросников для заполнения. После индивидуальных встреч мы снова встретимся все вместе. На этот раз я объясню вам, какие факторы, по моему мнению, играют роль в вашей сексуальной проблеме. Если в нашем распоряжении будет вся необходимая информация, можно будет обсудить план вмешательства, который принесет вам наибольшую пользу. А теперь, прежде чем мы начнем, можно задать вопросы о моей квалификации или терапевтических процедурах.

Далее были рассмотрены вопросы, которые интересовали супругов, и собраны демографические сведения.

Эрику было 56 лет, он осуществлял надзор за условно осужденными. Это был его первый брак. Они с Амандой были женаты в течение 20 лет и имели трех дочерей (15, 13 и 11 лет).

Аманде было 49 лет, она работала учительницей в школе. Это был ее первый брак. Брак с Эриком был единственной длительной связью в ее жизни. До замужества она встречалась с несколькими мужчинами; отношения эти были сравнительно непродолжительными.

Эрик и Аманда сообщили, что Эрику трудно достигать эрекции и поддерживать ее. Кроме того, Аманда сообщила о своем пониженном интересе к сексуальной активности. Особенно низким этот интерес был в последний год.

После обсуждения основных вопросов было решено, что индивидуальное собеседование первым пройдет Эрик. Психотерапевт (в приведенных фрагмен-

тах — Т) дал Эрику (Э) и Аманде (А) батарею тестов-самоотчетов, предложив заполнить их независимо друг от друга и принести на следующую сессию.

Сессия 1

Т (с Эриком): Эрик, на этой встрече мне хотелось бы выяснить ваши взгляды на отношения с Амандой и на те сексуальные трудности, которые вы испытываете. Все, что вы мне расскажете, будет строго конфиденциально, за некоторыми исключениями. [Перечисляются исключения в соответствии с законодательством, например, угроза для себя или других, сообщение о жестоком обращении с ребенком.] Я не стану делиться полученными от вас сведениями с Амандой, если вы сами не позволите мне это. Вы уже сообщили мне необходимую исходную информацию, поэтому давайте сразу перейдем к вопросу о том, что вас сюда привело.

Э: Занятия сексом с Амандой никогда нельзя было назвать увлекательными, однако меня все устраивало. Мы перестали заниматься сексом пару лет назад, и мне бы хотелось вернуть все, как было. Мне кажется, это произошло по моей вине.

Т: Вам кажется, что это по вашей вине?

Э: Моя вина в том, что мы больше не занимаемся сексом. Когда у меня возникли проблемы с поддержанием эрекции, мы стали избегать секса. Это меня сильно расстраивало, поэтому я перестал выступать инициатором близости. Аманда практически никогда не начинает первой, поэтому в конце концов сексуальные отношения между нами прекратились.

Т: Хорошо, давайте вернемся немного назад. Вы сказали, что сексуальные отношения никогда не были увлекательными. Не могли бы вы рассказать об этом подробнее?

Э: Ну, как я сказал, меня все устраивало. Однако Аманда никогда особенно не интересовалась сексом. До женитьбы на Аманде у меня было множество связей с женщинами, которые были сексуально отзывчивы. Мне казалось, что я знаю, как доставить им удовольствие. С Амандой мне стало казаться, что ей просто нравится заниматься сексом, как мне. Складывается впечатление, что она никогда не дает воли своим чувствам. Я не знаю, в чем тут дело, во мне или в ней, но может быть это и есть поворотный пункт.

Т: Связываете ли вы это с возникновением эректильных проблем?

Э: Нет. (С усмешкой.) Я связываю свои сексуальные проблемы с бутылкой виски «Джек Дэниелс». Я выпивал каждый вечер, когда начались эти проблемы.

Т: Как давно это было?

Э: Примерно пять лет назад. В то время я решил, что не могу поддерживать эрекцию оттого, что слишком пьян. Аманда тоже так считала; хотя мы никогда об этом не говорили, но у меня сложилось впечатление, что она во всем винит мое пьянство. Я не слишком об этом беспокоился. Мне казалось, что стоит мне бросить пить, и проблема уйдет сама собой.

Т: Этого не произошло?

Э: Даже наоборот. После того как я бросил пить, проблемы с эрекцией стали возникать чаще. Я начал тревожиться, потому что не знал, в чем причина. В конце концов эрекция стала пропадать в половине случаев занятий сексом. Тогда-то я оставил попытки. Теперь мы ничего не предпринимаем, иногда я украдкой проверяю, есть ли эрекция (*смеется*), она терпеть не может, когда я это делаю, боится, что кто-нибудь увидит. Мы не занимались сексом больше года. Мне очень бы этого хотелось, поймите меня правильно. Но после стольких безуспешных попыток вряд ли есть смысл продолжать, если знаешь, что ничего не получится.

- Т: Сейчас, если вы станете думать о занятиях сексом, вы будете нервничать?
- Э: Думаю, да.
- Т: Знаете ли вы, какие мысли приходят вам в голову, когда вы нервничаете?
- Э: Боюсь, что я разочарую Аманду *{пауза}*, это меня смущает. Я всегда чувствовал себя уверенно в сексуальных отношениях с Амандой, у меня гораздо больше опыта. А теперь вдруг я ничего не могу поделать. Каждый раз, когда я терплю неудачу, мы оба очень огорчаемся и испытываем разочарование.
- Т: Не могли бы вы объяснить мне, что значит «терпеть неудачу»?
- Э: Я имею в виду, что не могу поддерживать эрекцию достаточно долго, чтобы заниматься сексом.
- Т: Говоря о сексе, вы имеете в виду половое сношение, верно?
- Э *{оглядывается по сторонам, смеется}*: Да, конечно.
- Т: Я знаю, такой вопрос может показаться забавным. Действительно, многие люди употребляют термины «секс» и «половое сношение» как синонимы. Вместе с тем надо сознавать, что «секс» на самом деле включает разнообразные действия, он не сводится к половому сношению. Таким образом, пара может заниматься сексом, не вступая при этом в половое сношение.
- Э *{смеется}*: Но не там, где я вырос.
- Т: Я знаю. Эта идея противоречит тому, что показывают в фильмах. Но это важный момент. Вам следует знать, что заниматься сексом можно и тогда, когда половое сношение невозможно. Мы еще вернемся к этому, а теперь у меня есть несколько дополнительных вопросов.
- Э: Спрашивайте.
- Т: Вполне нормально, когда мужчины мастурбируют в течение жизни. Некоторые мужчины занимаются мастурбацией, чтобы удостовериться, все ли в порядке. Что вы можете сказать о своем опыте? [Отметим, что психотерапевт нормализует мастурбацию, прежде чем предложить пациенту обсудить эту тему. Это важно, потому что некоторые мужчины настороженно относятся к мастурбации, считая ее «нормальной» лишь для подростков. Мы избегаем прямых вопросов типа: «Вы мастурбируете?»].
- Э: Я мастурбирую раза два в неделю. Поначалу мне казалось, что во время мастурбации все происходит гораздо лучше. Возможно, у меня неточные воспоминания. Но теперь и во время мастурбации в половине случаев мне не удается сохранить эрекцию. Так что нет особых отличий от занятий сексом, однако я не очень расстраиваюсь, ведь это не имеет большого значения.
- Т: Хорошо, замечаете ли вы у себя эрекцию ночью или в момент пробуждения по утрам?
- Э: Не слишком часто, возможно, раза три в месяц. И эрекция уже не столь устойчивая.

Психотерапевт перешел к оценке других аспектов сексуального функционирования Эрика. Эрик отрицал другие сексуальные дисфункции помимо проблем с эрекцией.

- Т: Вы дали мне точное описание проблем в сексуальных отношениях. Теперь мне хотелось бы поговорить с вами об отношениях с Амандой в целом.
- Э: Хорошо, не знаю, что вам и сказать... Мы с Амандой женаты двадцать лет, мы вместе пережили трудные времена. Годы, когда я пил, были действительно тяжелыми. Несколько лет назад я «завязал», я прошел терапию... [Психотерапевт уточняет детали, касающиеся длительности пьянства и того, когда и где пациент проходил терапию.] После прекращения пьянства дела пошли лучше. Мы прошли консультирование, и сейчас наши отношения гораздо лучше.
- Т: В чем это проявляется?

Э: Ну, мы вместе проводим время. Раньше я все время работал, а если находился дома, то был пьян. Теперь я стараюсь работать меньше, а то время, когда я дома, мы имеем возможность пообщаться друг с другом.

Т: Чем вам с Амандой нравится заниматься вместе?

Э: Хороший вопрос. Раньше мы любили ходить в кино, театры, на концерты. Мы оба любим искусство. Работа и три дочери-подростка не оставляют времени на подобные развлечения. Не знаю, чем мы занимаемся вместе. Мы видимся дома, проводим вместе время, при этом каждый из нас занимается своим делом. Я люблю читать. Аманда обычно смотрит телевизор или проводит время с девочками.

Далее во время интервью было продолжено обсуждение взаимоотношений Эрика с Амандой. Он сообщил, что они неплохо ладят: «Мы никогда не ссоримся». Он признался, что доволен своей семейной жизнью и готов попытаться ее улучшить. Интервью завершилось оценкой общего психологического функционирования Эрика. Помимо алкогольной зависимости в анамнезе, Эрик сообщил о рецидивирующей депрессии. Когда начались проблемы с эрекцией, у него на фоне пьянства была депрессия. Обратившись за помощью в связи с алкогольной зависимостью, он прошел курс лечения от депрессии. На момент оценивания Эрик принимал антидепрессанты, которые назначил ему участковый психиатр. Раз в месяц он консультировался с психиатром по поводу приема антидепрессантов. Эрик сообщил о том, что его настроение стабилизировалось, за последний год проявлений депрессии не было. В конце интервью психотерапевт поинтересовался, не упустили ли они из виду что-либо важное. Эрик ответил отрицательно. Наконец, психотерапевт спросил у Эрика, что из сказанного не следует сообщать Аманде. И снова Эрик ответил, что соблюдения конфиденциальности не требуется.

Сессия 2

Вторая сессия включала интервью с Амандой.

Т: Теперь, прежде чем мы начнем, мне хотелось бы знать, есть ли у вас вопросы по предыдущей сессии?

А: Да, напомните мне, пожалуйста, когда мы узнаем о том, каким будет предстоящее вмешательство?

Т: При наличии всей необходимой информации я сообщу вам о возможных вариантах терапии при следующей нашей встрече.

А: Прекрасно.

Т: Изменилось ли что-нибудь со времени нашей последней встречи? [Это важный вопрос на случай, если значительные события отвлекают пациента или партнера от терапии.]

А: Нет, не думаю. Неделя прошла, как обычно.

Т: Хорошо. Моя главная задача — выяснить ваши взгляды на отношения с Эриком, как отношения в целом, так и сексуальные отношения в частности. Я уже говорил Эрику и скажу вам, что сведения, которые вы мне сообщите, будут строго конфиденциальными. [И снова перечисляются исключения из этого правила, исходя из законодательства.] Я поделюсь информацией с Эриком только с вашего позволения.

А: С чего бы вы хотели начать — с отношений в целом или с сексуального взаимодействия?

Т: Как вам удобно.

А: Ну, мне кажется, мы встретились, чтобы поговорить главным образом о сексе, давайте с него и начнем.

Т: Хорошо.

А: Как вам известно, у Эрика проблемы с эрекцией. Началось это несколько лет назад. Вначале я считала, что все дело в его пьянстве. Наши сексуальные отношения в то время уже оставляли желать лучшего, поэтому меня это особенно не беспокоило.

Т: Что вы имеете в виду под выражением «оставляли желать лучшего»?

А: Ну, наши отношения тогда вообще были не очень хорошими, поэтому мы мало занимались сексом. Эрик много работал, а когда приходил домой, обязательно напивался. Я просила его обратиться за помощью, что он в конце концов и сделал.

Т: Что произошло после этого?

А: Он прекратил пить. Это полностью изменило нашу жизнь. Мы стали ходить к психотерапевту. Наверное, Эрик говорил вам об этом?

Т: Да, говорил.

А: Терапевт нам очень помогла. Наши взаимоотношения наладились, во всяком случае, стали лучше. Эрик стал меньше работать и больше времени проводить дома. С сексом все обстояло гораздо хуже. Мне кажется, мы оба ожидали, что сексуальная проблема Эрика пройдет, когда он бросит пить. Я была удивлена, когда этого не произошло. Я стала беспокоиться, что дело во мне. Складывалось впечатление, что он проявлял к сексу гораздо больше интереса, чем я, возможно, проблемы с эрекцией от этого усугублялись. Не могу точно сказать.

Т: В начале нашего знакомства вы упомянули, что у вас есть некоторое беспокойство по поводу собственного сексуального функционирования.

А: Ну, моя проблема, думаю, это все же проблема, состоит в том... Мне всегда казалось, что я интересуюсь сексом гораздо меньше, чем должна бы.

Т: Вы говорили об этом на нашей первой встрече, давайте обсудим это подробнее. Вы говорите, что не проявляете «должного» интереса к сексу; но ведь не существует такого уровня влечения, который у вас «должен» быть. Все дело в том, что вам удобно.

А: Нет, конечно, я знаю, что ничего не должна... Я хочу сказать, что мой интерес к сексу не так силен, как мне хотелось бы. И гораздо ниже, чем хотелось бы Эрику. В последнее время он *практически* отсутствует.

Т: Когда вы отметили изменение в своем сексуальном влечении?

А: За последний год или около того.

Т: Есть у вас какие-либо подозрения, почему это произошло?

А: Не знаю; скорее всего, все дело в сочетании факторов. Отчасти свою роль сыграла проблема Эрика. Он так сильно расстраивался всякий раз, когда ему не удавалось поддержать эрекцию. Почему для мужчин это так важно? Можно подумать, что вся их жизнь зависит от этой эрекции. Он так огорчался, что не стоило и пробовать.

Т: Итак, один из факторов — проблемы Эрика с эрекцией.

А: Нет, не столько проблемы с эрекцией, сколько последствия этого... Он расстраивался сам и расстраивал меня. Сексом заниматься больше не хотелось...

Т: Понятно. Что еще?

А: Этот год на работе был для меня очень тяжелым. У меня были трудные дети, некоторые просто ужасные. В этом году к нам пришел новый директор, который не оказывал нам привычной поддержки. Возвращаясь домой вечером, я чувствовала себя очень усталой. Вечерами мне хотелось посмотреть телевизор и лечь спать. Мысли о сексе как-то не приходили мне в голову. Раньше я иногда дума-

ла о сексе на работе. Я предвкушала, как проведу этот вечер с Эриком. Не помню, когда последний раз мне в голову приходили подобные мысли.

Т: Итак, складывается впечатление, что ваш интерес к сексу всегда был ниже, чем у Эрика, однако он все же был. Последний год был особенным, потому что этот интерес совсем пропал. Я правильно вас понимаю?

А: Да.

Психотерапевт перешел к оценке других аспектов сексуального функционирования Аманды. Она отрицала другие сексуальные трудности. Она сообщила, что они с Эриком проявляют нежность друг к другу, хотя и избегают сексуальной активности. Аманда сказала, что ей нравятся ласки, иногда ей хочется, чтобы Эрик не «лапал» ее (например, не прикасался к ее груди и ягодицам вне спальни). Ей такие действия мужа были неприятны. Психотерапевт продолжал:

Т: Хорошо, мы обсудили ваши текущие сексуальные отношения. Не могли бы вы рассказать о том, какими были ваши первые сексуальные отношения?

А: Конечно. Все было хорошо. Как я уже говорила, я никогда не давала волю чувствам так, как Эрик, но мне нравилось заниматься сексом. Раньше мы довольно часто занимались сексом... наверное, три-четыре раза в неделю.

Т: Вам тогда нравились ваши сексуальные отношения?

А: Да. Я любила Эрика. Он был красив и остроумен. Не уверена, что мне очень нравилось заниматься сексом, но я определенно хотела быть с ним близка.

Далее интервью было посвящено представлениям Аманды о взаимоотношениях с Эриком в целом. Она сообщила, что счастлива в браке, но хотела бы больше времени проводить вместе с мужем за развлечениями.

Итоги диагностики

Из результатов урологического обследования, клинических интервью и самоотчетов складывалось впечатление, что на проблемы Эрика с эрекцией оказывают влияние как медицинские, так и психосоциальные факторы. Мишенями психосоциального вмешательства были выбраны следующие сферы.

1. Недостаток «качественного» совместного времяпрепровождения.
2. Обеспокоенность Эрика своим неадекватным функционированием (например, боязнь потерпеть неудачу и разочаровать Аманду), а также его убеждение в том, что секс и половое сношение — одно и то же.
3. Недостаточное общение партнеров на тему сексуальной активности, о чем свидетельствуют: а) ощущение Эрика, что он не знает, как удовлетворить Аманду сексуально; б) озабоченность Аманды, что ее низкое влечение послужило причиной проблем с возбуждением у Эрика.
4. Мнение Эрика о том, что Аманда никогда не была «отзывчивой» во время сексуальной активности.
5. Низкое сексуальное влечение у Аманды.

Хотя «пациентом» считался Эрик, складывалось впечатление, что за последний год у Аманды развилось гипоактивное расстройство сексуального влечения. Аманда считала свое низкое влечение проблемой и проявляла интерес к проработке этого вопроса. Таким образом, эта тема была выбрана в качестве дополнительной мишени вмешательства.

Что касается отношений в целом, оба супруга сообщили, что счастливы вместе. Показатели Шкалы диадной адаптации (*DAS*) говорили о том, что пара приходила к соглашению по большинству вопросов и умела обсуждать различные аспекты своих взаимоотношений. Эрик и Аманда сообщили, что дорожат своими отношениями и готовы работать над их улучшением. Несмотря на сексуальные трудности, эти отношения были довольно прочными, что говорило о целесообразности проведения секс-терапии для пар.

Третья сессия в основном была посвящена изложению представлений терапевта о данном случае и обсуждению с парой вариантов вмешательства.

Сессия 3

Т: Прежде чем мы начнем, я хотел бы спросить, изменилось ли что-либо с момента нашей последней встречи?

Э: Нет, ничего.

Т: Хорошо. Сегодня я хотел бы объяснить, какие факторы оказывают влияние на вашу сексуальную проблему, а также обсудить варианты вмешательства.

Э: Сегодня мы поговорим о терапии, это так?

Т: Да, уже через несколько минут.

Э: Отлично.

Т: Хотелось бы сказать, что факторы, вызывающие проблемы с эрекцией, часто отличаются от факторов, поддерживающих эти проблемы.

Э: Я этого не понимаю.

Т: Хорошо, я поясню. Вполне вероятно, что проблемы с эрекцией начались оттого, что вы много пили и находились в состоянии депрессии. Эти факторы в настоящее время отсутствуют, поэтому поддерживают проблему совершенно другие факторы. Речь идет о медицинских, не медицинских факторах или их сочетании. В вашем случае, как мне кажется, имеет место сочетание факторов. Отчет, который передал мне доктор Тобин, а также информация, полученная от вас, заставляют предположить наличие как минимум трех медицинских факторов, которые могли бы негативно повлиять на ваше сексуальное функционирование: высокое кровяное давление, прием гипотензивных препаратов, а также препаратов от депрессии. Все это может усугубить сексуальные проблемы. Мы не знаем наверняка, играют ли эти факторы какую-либо роль в данном случае. Однако тот факт, что эрекция по утрам у вас возникает реже и не такая устойчивая, как раньше, эректильные проблемы во время мастурбации и занятий сексом с Аmandой заставляют предположить органическую причину.

Э: Значит, ничего сделать нельзя?

Т: Не совсем так, я считаю, что у вас несколько вариантов. Позвольте мне закончить с информацией, которую я хочу вам сообщить, а потом мы перейдем к тому, какое вмешательство в вашем случае принесет наибольшую пользу. Хорошо?

Э: Конечно.

А: Да.

Т: Существует и несколько не медицинских факторов, которые, как мне представляется, усугубляют проблему. Во-первых, складывается впечатление, что вы стали чаще, чем прежде, встречаться дома, однако при этом редко занимаетесь чем-либо вместе, во всяком случае, редко развлекаетесь. Если пара не проводит вместе досуг, расслабляясь и получая удовольствие, вряд ли их сексуальные отношения будут на высоте.

А: Мне кажется, так оно и есть.

- Т: Хорошо. Второе, что меня поразило: ни один из вас не знает, чего хочет и что думает партнер в отношении сексуальной активности. Складывается впечатление, что вам трудно обсуждать свои сексуальные отношения.
- Э: Мне кажется, мы общаемся лучше, чем большинство других пар, по крайней мере, из тех, кого мы знаем
- Т: Многие пары хорошо общаются на различные темы, но не обсуждают при этом секс.
- А: Я полностью согласна. Мне кажется, нам с Эриком легко договариваться обо всем, что касается детей или денег, но когда речь идет о сексе (*поворачивается к Эрику*), мне не всегда известно, о чем ты думаешь.
- Э: Хорошо. Значит, над этим нам предстоит поработать, верно?
- Т: Верно. И еще один важный фактор, Эрик: мысли, которые приходят вам в голову во время занятий сексом. Вы говорили, что иногда у вас возникают мысли: «Неужели я опять разочарую Аманду?», «Неужели мы оба будем опять разочарованы?», «Это не поможет». А теперь скажите мне, какая из этих мыслей действует возбуждающе? (*Эрик с Амандой улыбаются*).
- А: Никакая.
- Т: С некоторыми людьми происходит следующее: испытав трудности с эрекцией, они начинают волноваться, что это может повториться. Они сосредотачиваются на этих негативных мыслях во время занятий сексом, отвлекаясь от возбуждающих сигналов. В результате они фокусируются на мыслях, которые не способствуют возбуждению. Не удивительно, что возбуждения не происходит, а в следующий раз, когда они будут заниматься сексом, беспокойство будет еще сильнее.
- А: Это какой-то замкнутый круг.
- Т: Так оно и есть. И последнее. Аманда, вы сообщили о том, что ваш интерес к сексу за последний год ослабел. Теперь мне хотелось бы рассмотреть этот аспект не как предпосылку эректильных проблем у Эрика, а как фактор, мешающий вам как паре получать удовольствие от занятий сексом. Таким образом, если вы желаете пройти терапию с целью улучшить свои сексуальные отношения, над этим фактором также стоит поработать.
- Э: Собираемся ли мы пройти терапию? Я хочу сказать, что вы думаете по поводу вмешательства?
- Т: У вас есть три основных варианта. Как я уже говорил, ваши сексуальные трудности скорее всего являются результатом действия как медицинских, так и не медицинских факторов. Следовательно, вы можете пройти медицинское вмешательство. Доктор Тобин, вероятно, информировал вас об этом.
- Э: Да. Он сказал, что можно делать специальные уколы для достижения эрекции.
- Т: Да, это один из вариантов медицинского вмешательства, но есть и другие. Вы можете пройти только медицинское вмешательство и судить о его результативности. Другой вариант — пройти секс-терапию для пар, чтобы проработать некоторые не медицинские факторы, или одновременно пройти секс-терапию и медицинское вмешательство.
- А: У нас есть опыт супружеского консультирования, которое нам помогло. Но в этом случае складывается впечатление, что проблема имеет под собой медицинскую основу.
- Т: Ну, вполне возможно, что здесь действуют медицинские факторы, однако наверняка этого сказать нельзя. Нам также не известно, какова роль этих медицинских факторов. Иногда медицинская проблема повышает риск сексуальных трудностей, однако при наличии положительных психологических и социальных факторов сексуальное функционирование человека не нарушается. Итак, один из вариантов — пройти секс-терапию для пар и посмотреть на ее результа-

тивность, а затем уже принимать решение о необходимости медицинского вмешательства.

Э: Я не знал, что у нас есть несколько вариантов.

Т: Обычно я рекомендую своим клиентам проанализировать полученную информацию дома, все обсудить и принять совместное решение о своем выборе.

Психотерапевт дал Эрику с Амандой краткое описание когнитивно-поведенческой секс-терапии для пар. Супругам было рекомендовано обдумать возможные варианты терапии. Они позвонили через две недели и сообщили, что желают пройти секс-терапию для пар. Решение о медицинском вмешательстве будет принято по окончании курса терапии.

Сессия 4

Сессия 4 была первой сессией, посвященной исключительно вмешательству. Психотерапевт начал с вопроса о том, произошли ли какие-либо изменения со времени последней сессии (за три прошедших недели). Пара сообщила об отсутствии существенных изменений. Затем психотерапевт попросил Эрика с Амандой начать обсуждение своих текущих сексуальных отношений.

Т: На этапе оценивания вы сообщили, что обычно избегаете занятий сексом. Это по-прежнему так?

Э и А: Да.

Т: Ласкаете ли вы друг друга, то есть обнимаете, целуете, пусть даже не занимаясь сексом?

Э: Я пытаюсь проявлять нежность, но (*Аманда*) ты иногда ведешь себя так, словно тебя это раздражает.

А: Я бы не стала утверждать, что меня это раздражает. Я люблю объятия, люблю держаться за руки. Но мне часто кажется, что ты на этом не остановишься. Я чувствую, что после объятий и поцелуев ты захочешь большего.

Э: Это не так.

Т: Этот вопрос следует детально обсудить. Прежде чем двигаться дальше, я бы хотел обратить ваше внимание на то, что в данном случае мы имеем дело с примером непонимания, связанного с физическими взаимодействиями. Поэтому нам с вами следует обязательно прорабатывать подобные вопросы, чтобы, разрешая их, вы становились ближе, лучше понимали друг друга; не следует вынуждать партнера гадать, о чем вы думаете. Ладно, вернемся к нашей теме: Аманда, складывается впечатление, что когда речь идет о сексуальной активности с Эриком, вы применяете подход «все или ничего»..

А: Да.

Э: Это не так. Мне всегда нравилось быть нежным.

А (*со смехом, Эрику*): Это совсем другое дело, мне кажется, мы по-разному понимаем, что значит быть нежным. «Нежность» для меня означает объятия, поцелуи и прикосновения рук. Для тебя проявлять «нежность» иногда значит хватать меня за грудь на кухне. Лично мне это не кажется проявлением нежности; это выглядит так, словно ты кое-чего хочешь.

Э: Нет, я совсем не это имею в виду. Это не так. Мне нравится твое тело, нет ничего плохого в том, что мне хочется до него дотронуться. И я вовсе не собираюсь при этом заниматься сексом... разве что иногда. (*Смеется*).

А (*смеется*): Вот видите?

Т: Хорошо. Аманда, вы говорите, что вам нравятся ласки, но вы не хотите думать, что всякий раз, когда вы с Эриком прикасаетесь друг к другу, это обязательно должно закончиться сексом.

А: Вот именно.

Т: Складывается впечатление, что вы расходитесь во мнениях, как лучше проявлять нежность. Аманда, если бы вы знали, что Эрик не хочет секса, стали бы вы возражать против того, чтобы он прикасался к вам, скажем, к вашей груди, когда вы этого не ожидаете?

А: Думаю, нет. Если бы я была уверена, что он это делает потому, что считает меня привлекательной и не ждет большего, мне бы не казалось, что ко мне пытаются подольститься. *{Эрику:}* Ты никогда не говорил, что находишь меня привлекательной.

Э: Конечно, я считаю тебя привлекательной.

Далее на сессии прорабатывалась потребность в улучшении коммуникации в связи с сексуальной активностью. Дальнейшее обсуждение показало, что пара обычно избегала конфликтов во всех сферах своих взаимоотношений (отсюда комментарии Эрика о том, что супруги «никогда не спорят»). Отмечена ценность конструктивных споров, представлены конкретные стратегии улучшения коммуникации.

В качестве домашнего задания Эрику с Амандой было предложено:

- 1) потренироваться выражать мысли и предпочтения, связанные с сексуальной активностью;
- 2) обсуждать трудные вопросы по мере их возникновения с помощью брошюры о коммуникации;
- 3) прочитать и обсудить брошюру, в которой перечисляются распространенные мифы о мужской и женской сексуальности;
- 4) выделить 30 минут на совместное приятное времяпрепровождение.

Сессия 5

Эрик с Амандой к очередной сессии справились со своим домашним заданием. Они вместе совершили 30-минутную прогулку и сообщили о том, что отвыкли что-либо делать без детей, но им это понравилось. Обсуждение мифов о сексуальности включало следующие комментарии:

А: Мы затеяли спор, когда знакомились с перечисленными в списке мифами.

Т: О чем же вы спорили?

А: Я сказала, что если нам в ряде случаев не удаются половые сношения, это хороший повод, чтобы заняться другими видами секса.

Э *{обиженно}*: Это меня задело, потому что она не говорит мне о том, чего ей хочется. Откуда мне знать, что она хочет попробовать что-то другое?

Т: Хорошо, здесь есть пара важных моментов. Существует множество видов приятной сексуальной активности, помимо полового сношения. Думаю, вам обоим будет полезно выяснить, что каждый из вас считает приятным. Я понимаю, что вы имеете в виду, Эрик, когда говорите о том, что без обратной связи не можете догадаться о том, чего хочет Аманда. Именно поэтому вам обоим следует обсудить свои предпочтения относительно сексуальной активности, вместо того чтобы гадать о желаниях партнера.

Э *{тихим голосом Аманде}*: Возможно, тогда ты станешь более отзывчивой во время секса.

А: Что ты имеешь в виду?

Э: Ты знаешь, что я имею в виду. За все время нашей совместной жизни оргазм у тебя бывал лишь в половине случаев занятий сексом. По-моему, это значит,

что ты получала удовольствие от секса в два раза реже, чем занималась им со мной.

А: Это не так. Терпеть не могу, когда ты все сваливаешь на оргазм.

Т: Эрик, вы судите о качестве секса по наличию оргазма?

Э: Да, все так делают.

Т: Бывали случаи, когда у вас был оргазм, хотя секс был не столь уж хорошим?

Э: Ну... да.

Т: А бывало так, что секс был великолепным, но без оргазма?

Э: Думаю, да, но так бывало не часто.

Т: Ладно, но все-таки бывало и так. Значит, оргазм не обязательно является показателем удовольствия от секса.

Э: Я понимаю, к чему вы клоните, но я с вами не согласен.

Т: Многие пары думают так же, как вы. Они подходят к сексу, считая необходимыми определенные вещи: оргазм, устойчивую эрекцию, тогда секс считается успешным. Без всего этого секс невозможен. Мы обнаружили, что подобные мысли только мешают; они создают психологическое давление, мешая увидеть суть. Успешный секс — это ощущение близости друг к другу и наслаждение для обоих партнеров.

Далее на сессии было продолжено обсуждение необходимости уйти от подхода к сексу, ориентированного «на результат». В данном контексте были проанализированы цели вмешательства для супругов. К основным целям были отнесены налаживание коммуникации, получение удовольствия от занятий сексом, достижение близости во взаимоотношениях.

В качестве домашнего задания Эрику с Амандой было предложено составить списки факторов (например, время дня, место, обстоятельства), которые, по мнению каждого, способствовали и препятствовали получению удовольствия от секса.

Сессия 6

Выполняя задание, пара составила перечень благоприятных и неблагоприятных условий для занятий сексом. На сессии 6 были проанализированы все факторы, подчеркнута их значимость и необходимость учета.

Супругам был разъяснен принцип метода фокусирования на ощущениях, обоснована его необходимость. Пара согласилась с тем, что половое сношение не будет частью упражнений с фокусированием на ощущениях, целями этих упражнений также не будут достижение возбуждения и оргазма. Было решено, что пара начнет с массажа в раздетом виде без прикосновения к половым органам.

В качестве домашнего задания Эрику с Амандой следовало как минимум дважды выполнить массаж. Массировать друг друга следовало по очереди. Массируемый должен был сообщать о своих ощущениях, чтобы способствовать обсуждению занятий сексом.

Сессия 7

Т: В качестве домашнего задания на эту неделю вам следовало не менее двух раз выполнить массаж. Как вы с этим справились?

Э: По дороге сюда, в машине, мы как раз говорили о том, что у нас не было проблем с домашним заданием, с тех пор как мы закончили среднюю школу. *(Оба супруга смеются.)*

Т: То есть вы не делали массаж?

А: Нет, делали, но только один раз; второй раз не успели.

Т: Хорошо. Для начала и это неплохо. Давайте поговорим о массаже, который вы провели. Но сначала давайте выясним, что помешало вам помассировать друг друга во второй раз.

Э: Трудно выбрать время, чтобы побыть вместе, когда вокруг крутятся три девочки-подростка. Мы же не можем им сказать: «Дети, мама с папой будут выполнять сексуальное домашнее задание, не мешайте».

Т: Нет, это не самый удачный подход. Насколько я помню, вы не делаете упражнений перед сном, потому что сильно устаете.

А: Правильно.

Т: В результате вам, вероятно, придется выполнять эти упражнения, когда девочки еще не спят.

Э: Да.

Т: В этом нет ничего плохого, просто надо сообщить детям, что иногда вам требуется побыть вдвоем, и вы имеете на это право.

А: Знаете, очень забавно; вы как-то спросили нас, какие сообщения делали нам родители относительно занятий сексом. С тех пор я все время думаю, что мы с Эриком сообщаем своим детям. Мне нравится идея, следует научить их тому, что хотя мы родители и давно женаты, мы по-прежнему любим друг друга и хотим побыть вместе. Теоретически это замечательная идея. Но на практике вряд ли я смогу расслабиться, если девочки будут знать, что мы занимаемся сексом.

Т: Давайте обсудим, как вам выделить время, чтобы побыть вдвоем.

Э: Полагаю, самое простое — закрыть дверь.

Т: Обычно она открыта?

Э: Да, мы никогда не закрываем дверь. Девочки свободно входят и выходят.

Т: Хорошо, тогда закрытая дверь послужит ясным сигналом о том, что вам хочется побыть вдвоем.

А: Это меня смущает, но даже если дверь будет закрыта, я... всегда боюсь, как бы они чего-нибудь не услышали.

Э: У нее это просто навязчивая идея. Когда мы делали массаж, как вы нам сказали, Аманда говорила так тихо, что я едва ее слышал, хотя находился рядом.

А *(со смехом)*: Я теперь стала гораздо лучше, даже ты это признал.

Т: Может быть, следует включать музыку.

Сессия продолжилась обсуждением способов создания благоприятных условий для секса. Супруги стали рассказывать о массаже, который делали друг другу.

Т: Как вам понравился массаж?

Э: Очень понравился. Впервые за долгое время мы были близки. Я точно знал, чего хочет Аманда; не надо было гадать.

А: Мне тоже очень понравилась. Хотя «секса» не было, была настоящая близость, я беспокоилась о том, как бы не выдать своего возбуждения.

Сессии 8-12

Пара занималась массажем без прикосновений к половым органам еще одну неделю, после чего был разрешен генитальный контакт. Сессии 9-12 проводились два раза в месяц, чтобы супруги могли выполнить упражнения с фокусированием на ощущениях. Пара соблюдала договоренность не вступать в половое сношение. Эрик продолжал интересоваться, достаточно ли устойчивая у него эрекция. Несмотря на это, они с Амандой пришли к выводу, что физиологическое возбуж-

дение и оргазм не являются необходимыми для физической и эмоциональной близости. Супруги испытывали трудности с выделением времени, чтобы побыть наедине; они не всегда выполняли предписанные им упражнения. Тем не менее частота спонтанных ласк и эротических проявлений возросла. Супруги стали чаще проводить досуг без детей.

Сессии 9 и 10 были индивидуальными для Эрика и Аманды, что позволило психотерапевту сосредоточиться на проблемах каждого. Кроме того, Эрик с Амандой получили возможность задать вопросы, о которых им не хотелось информировать друг друга. Эрик сообщил, что испытывает большее удовлетворение своими отношениями с женой, чем до вмешательства. Хотя супружеские проблемы до вмешательства он отрицал, как оказалось, иногда возникали сомнения относительно их совместного будущего. Теперь Эрик был уверен, что они с Амандой могут быть счастливы вместе.

Аманда была довольна тем, что Эрику нравились ласки и стимуляция, не включавшие половое сношение или оргазм. Она считала, что у них с Эриком наладилось более эффективное общение. Ее продолжало беспокоить снижение сексуального влечения. Одной из причин было то, что недавно Эрик прибавил в весе. В результате он уже не казался ей таким физически привлекательным, как раньше. Аманда не хотела говорить об этом Эрику, хотя считала это важным моментом. Психотерапевт затронул этот вопрос на совместной встрече, подчеркнув важность физической привлекательности и физического здоровья для сексуального функционирования. Он рекомендовал обоим супругам приложить усилия, чтобы повысить свою физическую привлекательность друг для друга, как это было в начале их отношений. Он также предложил им вдвоем заниматься на досуге спортом.

Для усиления сексуального влечения Аманде было предложено просматривать литературу или произведения искусства, которые она считала эротичными. Она сочла это любопытным и стала записывать в дневник сюжеты, которые ее возбуждали. На сессиях 11 и 12 супругам было разрешено при желании включать в упражнения половое сношение.

В конце терапии Эрик с Амандой добились значительных успехов в своих сексуальных отношениях и браке в целом. Эрику по-прежнему было трудно поддерживать эрекцию. Тем не менее он сообщил, что их сексуальные отношения приносят ему больше удовлетворения, чем когда-либо раньше. Сексуальное влечение у Аманды восстановилось. Супруги хорошо общались между собой и проводили вместе досуг. Оба считали, что их сексуальные отношения и брак в целом стали более удовлетворительными.

Как было отмечено ранее, Эрик обратился за помощью до появления Виагры. Вполне возможно, что Виагра позволила бы восстановить его эректильное функционирование. Вместе с тем сама по себе Виагра не позволила бы наладить отношения между супругами, устранить неудовлетворенность Эрика их прошлыми сексуальными отношениями, низкое влечение у Аманды или физическую непривлекательность Эрика. Не занимаясь решением этих вопросов, оба супруга могли бы продолжать испытывать неудовлетворенность сексуальными отношениями. Хотя медицинское вмешательство могло оказаться «действенным», пара могла бы отказаться от его использования. Результат вмешательства показывает сравнительное значение медицинской и психосоциальной терапии; свидетельствует

о том, что когнитивно-поведенческая терапия часто является ценным и необходимым дополнением к действенному медицинскому вмешательству.

Заключительные комментарии

Случай Эрика и Аманды призван продемонстрировать применение нескольких ключевых концепций и принципов, лежащих в основе эффективного когнитивно-поведенческого вмешательства при сексуальной дисфункции. Из них наиболее важны следующие.

- Сексуальная дисфункция может включать нарушения влечения, возбуждения и оргазма, а также боль, связанную с сексуальной активностью.
- Всесторонняя оценка позволяет психотерапевту выявить этиологические и поддерживающие факторы сексуальных трудностей. Необходимо учитывать биологические, психологические, культурные и межличностные факторы; следовательно, насколько это возможно, рекомендован мультидисциплинарный подход к вмешательству. Как только удастся выявить соответствующие факторы, психотерапевт формулирует представление о данном случае и намечает план эффективного вмешательства.
- Наличие органических факторов не обязательно свидетельствует о том, что в данном случае следует непременно прибегнуть к медицинскому вмешательству. Учет психосоциальных факторов часто служит предпосылкой эффективной терапии.
- Когнитивно-поведенческая терапия при сексуальной дисфункции представляет собой многокомпонентное вмешательство, включающее в себя психологическое просвещение, коммуникативный тренинг, когнитивное реструктурирование и поведенческие упражнения.
- Главная задача когнитивно-поведенческого вмешательства при сексуальной дисфункции — отнюдь не восстановление функционирования. Скорее ставится цель повысить способность партнеров получать удовлетворение от своих сексуальных отношений.

Некоторые из этих моментов не были основными в секс-терапии 20 и даже 10 лет назад. Секс-терапия — быстро развивающаяся область. Осознание и принятие сексуальной дисфункции стало выше, чем раньше, во многом благодаря Виагре. Сходным образом, количество разнообразных вмешательств при сексуальной дисфункции возросло и продолжает увеличиваться. Как было отмечено в начале главы, новые виды медицинских вмешательств и более действенные когнитивно-поведенческие техники требуют от клиницистов и врачей выбирать оптимальный для каждого пациента вид терапии: медицинское вмешательство, психосоциальное вмешательство, психосоциальное вмешательство в сочетании с медицинским или отсутствие всякого вмешательства при сексуальной дисфункции. Принятие решения зависит от множества факторов, включая этиологию проблемы, природу поддерживающих факторов, установки пациента в отношении вмешательства и имеющихся ресурсов.

В случаях, когда психотерапевт или врач принимают решение о целесообразности психосоциального вмешательства, данная глава, как мы надеемся, послужит полезным руководством.

Литература

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Beck, J. G., & Athanasiou, R. (1985). Effect of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, «(Suppl. 6), S1-S4.
- Bach, A. K., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1999). The effects of false negative feedback on efficacy expectancies and sexual arousal in sexually functional males. *Behavior Therapy*, 30, 79-95.
- Bachmann, G. A. (1995). Influence of menopause on sexuality. *International Journal of Infertility*, 40 (Suppl. 1), 16-22.
- Bachmann, G. A., Leiblum, S. R., & Grill, J. (1989). Brief sexual inquiry in gynecologic practice. *Obstetrics and Gynecology*, 73, 425-427.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D. H., Becker, R., Leitenberg, H., & Agras, W. S. (1970). A mechanical strain gauge for recording penile circumference change. *Journal of Applied and Behavior Analysis*, 3, 73-76.
- Barlow, D. H., Sakheim, D. K., & Beck, J. G. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49-54.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. G. (1995). Hypoactive sexual desire disorder: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 919-927.
- Bemelmans, B. L. H., Meuleman, E. J. H., Doesburg, W. H., Notermans, S. L. H., & Debruyne, F. M. J. (1994). Erectile dysfunction in diabetic men: The neurological factor revisited. *Journal of Urology*, 151, 884-889.
- Benet, A. E., Sharaby, J. S., & Melman, A. (1994). Male erectile dysfunction: Assessment and treatment options. *Comprehensive Therapy*, 20, 669-673.
- Carey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A., & Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychophysiological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 515-527.
- Chang, S. W., Fine, R., Siegel, D., Chesney, M., Black, D., & Hulley, S. B. (1991). The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Archives of Internal Medicine*, 151, 2402-2408.
- Conti, C. R., Pepine, C. J., & Sweeney, M. (1999). Efficacy and safety of sildenafil citrate in the treatment of erectile dysfunction in patients with ischemic heart disease. *American Journal of Cardiology*, 83, 29C-34C.
- Cranston-Cuevas, M. A., & Barlow, D. H. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 1, 119-161.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 244-281.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Feldman, H. A., Goldstein, L., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Finger, W. W., Lund, M., & Slagle, M. A. (1997). Medications that may contribute to sexual disorders: A guide to assessment and treatment in family practice. *Journal of Family Practice*, 44, 33-43.
- Fisher, W. A. (1988). The Sexual Opinion Survey. In C. M. Davis, W. L. Yarber, & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium* (pp. 34-37). Lake Mills, IA: Graphic.
- Fisher, W. A., Byrne, D., White, L. A., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Geer, J. H., & Fuhr, R. (1976). Cognitive factors in sexual arousal: The role of distraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 238-243.
- Geer, J. H., Morokoff, P., & Greenwood, P. (1974). Sexual arousal in women: The development of a measurement device for vaginal blood volume. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 559-564.
- Goldstein, I., Lue, T. E., Padma-Nathan, H., Rosen, R. C., Steers, W. D., & Wicker, P. A. (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397-1404.
- Hakim, L. S., & Goldstein, I. (1996). Diabetic sexual dysfunction: Endocrinology and metabolism. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 25, 379-400.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 377-385.

- Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 161—175.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1983). Clinical outcome of sex therapy: Effects of daily versus weekly treatment. *Archives of General Psychiatry*, 40, 443-449.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women* (rev. ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hirschfield, R. M. A. (1998). Sexual dysfunction in depression: Disease- or drug-related? *Depression and Anxiety*, 7(Suppl. 1), 21-23.
- Hirst, J. E., & Watson, J. P. (1997). Therapy for sexual and relationship problems: The effects on outcome of attending as an individual or as a couple. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 321-337.
- Hodge, R. H., Harward, M. P., West, M. S., Krongaard-DeMong, L., & Kowal-Neeley, M. B. (1991). Sexual function of women taking antihypertensive agents: A comparative study. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 290-294.
- Hogan, M. J., Wallin, J. D., & Baer, R. M. (1980). Antihypertensive therapy and male sexual dysfunction. *Psychosomatics*, 21, 234-237.
- Hoon, P., Winze, J., & Hoon, E. (1977). A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 65-74.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). Self-reported frequency of sexual urges, fantasies, and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 269-279.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1988). Anxiety and sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 21—25.
- Kaplan, S. A., Reis, R. B., Kohn, I. J., Ikeguchi, E. E., Laor, E., Te, A. E., & Martins, A. C. (1999). Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology*, 53, 481—486.
- Kellett, J. M. (1996). Sex and the elderly male. *Sexual and Marital Therapy*, 11, 281-288.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klassen, A. D., & Wilsnack, S. C. (1986). Sexual experience and drinking among women in a U.S. national survey. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 363-392.
- Korenman, S. G. (1995). Advances in the understanding and management of erectile dysfunction. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 80, 1985-1988.
- Korenman, S. G. (1998). New insights into erectile dysfunction: A practical approach. *American Journal of Medicine*, 105, 135-144.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Leiblum, S. R., & Segraves, R. T. (1995). Sex and aging. In *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 14, pp. 677-695). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LoPiccolo, J., Heiman, J. R., Hogan, D. R., & Roberts, C. W. (1985). Effectiveness of single therapists versus cotherapy teams in sex therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 287-294.
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1987). Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, E. Benjamin, & M. L. Stone (Eds.), *Gynecology* (pp. 339-371). New York: Macmillan.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. E. (1993). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)* (Psychology Foundation Monograph). (Available from the Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, Australia)
- Malatesta, V. J., Pollack, R. H., Crotty, T. D., & Peacock, L.J. (1982). Acute alcohol intoxication and female orgasmic response. *Journal of Sex Research*, 18, 1-17.
- Mannino, D. M., Kleven, R. M., & Flanders, W. D. (1994). Cigarette smoking: An independent risk factor for impotence? *American Journal of Epidemiology*, 140, 1003-1008.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P., & Cobain, M.J. (1998). The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Sexual and Marital Therapy*, 13, 131-143.
- McCarthy, B. W. (1988). *Male sexual awareness*. New York: Carroll & Graf.
- McCarthy, B. W., & McCarthy, E. (1998). *Couple sexual awareness*. New York: Carroll & Graf.
- Meston, C. M. (1997). Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167, 285-290.
- Mitchell, W. B., DiBartolo, P. M., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 197-207.

Дистресс у пар

Дженифер Дж. Вилер,
Эндрю Кристенсен,
Нейл С. Джейкобсон

Во втором издании книги впервые представлен своеобразный подход к супружеской терапии, отличный как по концептуализации, так и стратегиям вмешательства. Как было отмечено, эти изменения в технике и концептуализации оказались достаточно глубокими, чтобы присвоить подходу новое имя - «интегративная поведенческая терапия для пар». Как описано в данном, третьем издании «Руководства», интегративная поведенческая терапия для пар (как она теперь называется) переросла в сложный набор действенных стратегий. Эти стратегии хорошо проиллюстрированы в данной главе в контексте комплексной терапии супружеской пары в состоянии выраженного дистресса. В связи с тем, что применение этих стратегий требует развитых клинических умений и таланта, начинающие психотерапевты, в частности, могут многому научиться, ознакомившись с увлекательно изложенным материалом данной главы. Как известно большинству читателей, этот новый подход изначально задумывался и разрабатывался Нейлом Джейкобсоном, работавшим в близком контакте с Энди Кристенсеном, другими своими коллегами и студентами. К сожалению, во время написания данной главы Нейла не стало, поэтому мы выражаем большую признательность Дженифер Вилер и Энди Кристенсену за то, что новый творческий подход Нейла к решению данных проблем появился в данном издании на пользу всем нам.

Дэвид Х Барлоу

В отличие от других глав «Руководства», настоящая глава не посвящена конкретным людям или расстройствам личности. Ее тема — «Дистресс у пар» — объединяющий термин для описания эмоциональных последствий проблемного взаимодействия между двумя индивидами в контексте их отношений друг с другом. Сталкиваясь с «дистрессом у пар», клиницист бывает вынужден лечить «расстройство» пары в целом, а не «расстройства» *каждого партнера* в отдельности. Проявления супружеского «дистресса» значительно варьируют, в зависимости от предрасположенности каждого индивида в диаде и особенностей личной истории каждой пары.

Хотя при дистрессе у пар наблюдается множество типичных тем и поведенческих стереотипов, оценка и вмешательство должны проводиться с учетом уникальности переживаний в каждом конкретном случае. Традиционные подходы к терапии дистресса делают акцент на отличиях пар с дистрессом и без него, обучая конфликтующие пары навыкам и техникам налаживания удовлетворительных отношений. Вместе с тем недавно разработанный подход к терапии супруже-

ского дистресса интегрировал эти традиционные техники с уникальными приемами вмешательства, в которых учитываются специфические потребности каждой пары. Этот подход, известный под названием интегративной поведенческой терапии для пар — ИПТП (*integrative behavioral couple therapy, IBCT*; Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995; Jacobson & Christensen, 1996) — и описан в данной главе. Мы кратко опишем этапы разработки этого подхода на основе традиционной поведенческой терапии для пар — ТПТП (*traditional behavioral couple therapy, TBCT*), после чего перейдем к рассмотрению теорий и техник ИПТП. Далее мы опишем применение ИПТП, включая этапы терапии и использование специфических процедур. Наконец, будет представлен пример из практики, демонстрирующий применение ИПТП при супружеском дистрессе.

Традиционная поведенческая терапия для пар

Термин «терапия для пар» (в отличие от «индивидуальной» или «групповой») говорит о том, что к улучшению функционирования двух индивидов подходят в контексте их взаимодействия друг с другом¹. Уникальность терапии для пар в ее фокусировании на конкретной диаде диктуется самим определением контекстуального подхода к вмешательству у двух индивидов. Соответственно, успешное вмешательство при дистрессе у пар нацелено на оценку и модификацию вклада и реакции каждого индивида на конкретные межличностные взаимодействия (см., например, Baucom & Hoffman, 1986; Gurman, Knickerson, & Pinsoff, 1986; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1991; Jacobson, 1978a, 1984; Jacobson & Holtzworth-Munroe, 1986; Jacobson & Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops, & Patterson, 1973).

На протяжении двух десятилетий «золотым стандартом» терапии супружеского дистресса была ТПТП (Baucom, Shoham, Kim, Daiuto, & Stickle, 1998; Christensen & Heavey, 1999; Jacobson & Addis, 1993, обзоры подходов к супружеской терапии). Впервые примененная при супружеском дистрессе Стюартом и другими клиницистами (Stuart, 1969; Weiss, Hops, & Patterson, 1973), ТПТП использует базовые поведенческие принципы подкрепления, демонстрации и репетиции с целью налаживания сотрудничества и достижения компромисса между партнерами, что в конечном счете влечет за собой изменение поведения. Ставя перед собой задачу изменить поведение партнеров, ТПТП учит усиливать или ослаблять конкретные виды поведения, чтобы повысить общую удовлетворенность отношениями (обмен видами поведения), более эффективно общаться друг с другом (тренинг коммуникативных навыков), развить умение оценивать и решать проблемы (тренинг решения проблем)².

Как показывают ранние исследования, ТПТП позволила добиться значительных успехов (Jacobson, 1977, 1978b) и вскоре стала темой многочисленных руководств по психотерапии, программ и публикаций, поддерживающих использование поведенческих техник для терапии супружеского дистресса (например, Floyd & Markman, 1983; Gottman, Notarius, Gonso, & Markman, 1976; Jacobson & Margolin, 1979; Knox, 1971; Liberman, 1970; Liberman, Wheeler, deVisser, Kuehnle, & Kuehnle, 1981; Stuart, 1980). Дальнейшие исследования продемонстрировали эффективность поведенческих подходов к вмешательству при супружеском дистрессе (Baucom & Hoffman, 1986; Gurman et al., 1986; Jacobson, 1984; Jacobson, Schmaling, & Holtzworth-Munroe, 1987).

Вместе с тем исследования, посвященные исходам вмешательства, также выявили некоторые ограничения в эффективности и генерализации ТПТП. Результаты говорят о том, что две трети пар, прошедших терапию, достигли улучшения качества отношений в результате ТПТП, в то время как одна треть не продемонстрировала заметных успехов (Jacobson et al., 1987). Более того, из этих двух третей успешных случаев примерно третья часть дала рецидив в течение 1-2 лет после терапии (Jacobson et al., 1984, 1987). Другими словами, ТПТП является эффективным вмешательством со стойким результатом лишь для половины пар, прошедших данную терапию.

Тот факт, что ТПТП оказалась эффективной только для половины пар-участниц, поставило вопрос о действенности традиционных подходов к супружеской терапии. Техники ТПТП подверглись модификации с разработкой новых поведенческих и когнитивно-поведенческих подходов (см., например, Baucom & Epstein, 1990; Baucom, Epstein, & Rankin, 1995; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg, & Stanley, 1995). Вместе с тем сравнительные исследования не показали роста эффективности ТПТП за счет различных нововведений, в частности добавления когнитивных стратегий. В результате добавления этих стратегий удалось создать новое вмешательство, не хуже, но и не лучше ТПТП (см., например, Baucom et al., 1998).

Недавно проведенное исследование было посвящено сопоставлению «успешных случаев вмешательства» с «неуспешными». Исследование отклика на вмешательство позволило выявить несколько факторов, влияющих на успешность ТПТП. В отличие от пар, положительно откликнувшихся на ТПТП, пары, которые часто именуются «неудачными случаями» или «трудными», как правило, старше, с более выраженным эмоциональным отчуждением, сильными расхождениями по основным вопросам, с более выраженным дистрессом (Baucom & Hoffman, 1986; Hahlweg, Schindler, Revenstorf, & Brengelmann, 1984; Jacobson, Follette, & Pagel, 1986; см. обзор Jacobson & Christensen, 1996). Несмотря на то что такие пары явно испытывают более острую потребность в эффективной терапии, каждый из этих факторов оказывает негативный эффект на способность партнеров к сотрудничеству, поиску компромисса, поведенческим изменениям. Пары старшего возраста, например, имели больше времени по сравнению с молодыми «увязнуть» в деструктивных поведенческих стереотипах. Если партнеры сильно расходятся во взглядах на фундаментальные вопросы (например о том, в какой мере придерживаться «традиционного» распределения тендерных ролей), прийти к компромиссу им, возможно, так и не удастся. При выраженном эмоциональном отчуждении партнерам трудно, иногда практически невозможно, наладить сотрудничество. Велика вероятность, что каждый из этих факторов ассоциирован с длительно существующими, глубоко укоренившимися и даже «не поддающимися изменению» поведенческими моделями. Следовательно, нет ничего удивительного в том, что техники ТПТП, ориентированные на изменение, в таких случаях неэффективны.

«Интегративная» терапия

Таковы предпосылки создания ИПТП, сходной с ТПТП в том, что обе они произошли от поведенческой теории и уделяют внимание контексту существования

дистресса у пар (Cordova & Jacobson, 1993). Вместе с тем, если при ТПТП психотерапевт фокусируется на деструктивных видах межличностного поведения («кто, что, где и когда»), при ИПТП психотерапевт пытается помочь партнерам понять, почему такое поведение вообще имеет место. В отличие от ориентации на изменение при ТПТП, основная задача ИПТП состоит в том, чтобы способствовать принятию партнерами друг друга и своих различий. Вместо того чтобы пытаться устранить длительно существующие супружеские конфликты, ИПТП помогает партнерам прийти к новому пониманию своих непримиримых на первый взгляд различий и использовать эти различия для развития эмпатии, близости и сопереживания друг другу. Фокусируясь на принятии, а не на изменении, ИПТП создает атмосферу для понимания партнерами причин поведения друг друга, перед тем как они примут решение о том, стоит ли его менять и как именно.

Хотя при ИПТП имеет место ожидание «изменений», оно значительно отличается от ТПТП в смысле того, какой партнер и какое поведение подлежат изменению. При ТПТП «изменение» касается только партнера А, который повышает/снижает частоту или интенсивность конкретного поведения, реагируя на жалобу партнера Б. Однако при ИПТП считается, что «изменение» затронет также партнера Б, который модифицирует свою эмоциональную реакцию на поведение партнера А. Когда различия «непримиримы», психотерапевтическая стратегия ИПТП состоит в изменении реакции «жалующегося» партнера на поведение партнера-«обидчика» без попыток изменить по сути «неизменяемое» поведение. В идеале у партнера Б появится новое понимание поведения своего партнера, и «жалоба» будет преобразована в менее деструктивную реакцию. Такое изменение реакции партнера Б часто оказывает благоприятное воздействие на частоту или интенсивность поведения партнера А. При таком подходе, в отличие от фокусирования на изменении, даже самые поляризованные, разобщенные и «неизменяемые» пары получают возможность повысить общую удовлетворенность своими отношениями.

Важно отметить в данном контексте, что «принятие» не следует путать со «смирением». Если смирение означает неохотную уступку одного партнера другому, вынужденное терпение неприятного статус-кво, то принятие предполагает «освобождение» от борьбы за изменение партнера. Вместо того чтобы призывать одного партнера «уступить» другому, принятие фокусируется на преобразовании «непримиримых» различий в средство достижения близости. Таким образом, задача ИПТП состоит в том, чтобы положить конец борьбе, порожденной этими различиями. В идеале партнеры «освобождаются» от борьбы не в результате давления, а скорее в результате новой оценки переживаний партнера. Когда партнеры приходят к пониманию своего дистресса с позиции своих различий и учатся принимать эти различия, считается, что дистресс, вызванный борьбой за изменение друг друга, также уменьшится. Таким образом, чтобы ИПТП дала эффект при лечении супружеского дистресса, важно, чтобы пара понимала, какие факторы вносят вклад в возникновение и поддержание дистресса.

Этиология дистресса у пар

Процедуры ИПТП способствуют пониманию супругами этиологии и течения дистресса. Согласно теории ИПТП, межличностный дистресс развивается в результате влияния двух основных факторов: «эрозии подкрепления» (*reinforcement*

erosion») и возникновения «несовместимости». Эрозия подкрепления представляет собой феномен, при котором поведение, ранее служившее в качестве подкрепления, утрачивает эти свои свойства при повторной экспозиции. Например, демонстрация физической страсти может вызывать сильные чувства теплоты и удовольствия у каждого из партнеров на ранних этапах общения. Однако после многих лет, прожитых вместе, подкрепляющие свойства такого поведения могут исчезнуть. Для одних пар ранее подкрепляющие виды поведения могут начать восприниматься как должное, в то время как для других эти виды поведения становятся отталкивающими. В некоторых случаях виды поведения, ранее считавшиеся привлекательными или приносящими удовольствие, начинают вызывать или усугублять супружеский дистресс.

Подобно ослаблению подкрепляющего поведения, при длительном совместном времяпрепровождении может возникнуть несовместимость между партнерами. На ранних этапах отношений различия в уровне развития, целях и интересах партнеров могут игнорироваться или занижаться. Например, если партнер А предпочитает откладывать деньги, а партнер Б — их тратить, это различие может не проявиться во время ухаживания, когда необходимость траты денег признают оба партнера. При раннем обнаружении это различие, возможно, не будет казаться таким уж существенным, поскольку оба партнера несколько адаптируют свои привычки друг к другу. Или, возможно, каждый партнер ждет от другого, что тот в конце концов смиритсЯ или изменит свои привычки. Однако со временем такие проявления несовместимости и их влияние на отношения неизбежно проявляются. Различия, считавшиеся необычными, интересными или захватывающими, впоследствии начинают восприниматься как препятствия к достижению собственных целей. Помимо уже существующих проявлений несовместимости со временем могут возникнуть новые на фоне изменения жизненных обстоятельств (например, рождения детей, смены места работы). Таким образом, даже те пары, которые поначалу реалистично оценивали свои различия, со временем неожиданно могут столкнуться с проявлениями несовместимости. Одной из задач ИПТП становится выявление и рефрейминг проявлений несовместимости у супругов, чтобы свести к минимуму их разрушительное влияние, при одновременном повышении уровня близости супругов и общей удовлетворенности отношениями.

Проведение ИПТП

Формулирование

Наиболее важный организационный принцип ИПТП — «формулирование». Формулирование — это способ описания психотерапевтом проблемы супругов с точки зрения их различий, несовместимости и связанной с этим дисгармонии. Формулирование включает три основных компонента: «тему», «процесс поляризации» и «общую ловушку». Психотерапевт возвращается к формулированию и его компонентам на протяжении процесса вмешательства, когда у партнеров возникают конфликты во время или между терапевтическими сессиями.

Говоря проще, одной из основных задач ИПТП становится принятие партнерами формулирования как составной части своей личной истории. Они могут

использовать формулирование как контекст для понимания своих взаимоотношений и конфликтов. Это язык для обсуждения проблем, позволяющий от них дистанцироваться.

Важно помнить, однако, что формулирование является динамической концепцией, требующей изменений и модификации (или «переформулирования») по ходу вмешательства.

Тема

Тема представляет собой описание первичного конфликта данной пары, как правило, в виде фразы, вскрывающей суть расхождений. Тема — «стенографический» способ описания функционального назначения поведения каждого из партнеров при типичных конфликтах. Тема данной пары лежит в основе процесса поляризации и общей ловушки. Например, общая тема для многих пар в состоянии дистресса — «близость—отдаленность», когда один из партнеров стремится к большей близости, в то время как другой партнер пытается сохранить оптимальную для себя дистанцию.

Процесс поляризации

Процесс поляризации представляет собой процесс деструктивного взаимодействия, когда пара в состоянии дистресса вступает в конфликт, имеющий отношение к теме. Естественная реакция для партнеров, столкнувшихся с разногласиями, — попытаться изменить другого. Во многих случаях эти усилия по изменению друг друга оказываются успешными. Тем не менее в ряде случаев разногласия усиливаются и партнеры поляризуются, занимая каждый свою позицию. Когда партнеры занимают противоположные позиции по какому-либо вопросу, дальнейшие попытки изменить друг друга лишь усиливают конфликт и поддерживают поляризацию. Например, для пары с темой близости—отдаленности процесс поляризации весьма вероятен, когда «искатель дистанцирования» «отступает», отвергая попытки своего партнера, желающего близости, и увеличивает расстояние между ним и собой, что заставляет искателя близости прилагать более «настойчивые» усилия.

Общая ловушка

Общая ловушка характеризует исход процесса поляризации; она называется «ловушка», потому что обычно партнеры чувствуют, что «погрязли» или «запутались» в своем конфликте. Партнеры в общей ловушке ощущают, что сделали все возможное, чтобы изменить друг друга, и ничего не помогло. Однако они не желают отказываться от дальнейших усилий по изменению друг друга, поскольку в противном случае пришлось бы смириться с неудовлетворительными взаимоотношениями. В результате они еще более укрепляются в своих позициях.

Партнеры, занимающие противоположные позиции, ощущают беспомощность и бесплодность своих попыток, но при этом не склонны открыто обсуждать свои переживания. В результате каждый партнер может не знать, что другой также ощущает себя в ловушке. Позволить каждому партнеру осознать чувства другого, связанные с нахождением в ловушке, — важная часть работы по принятию, а поощрение партнеров прочувствовать эти переживания друг друга является первым шагом к созданию эмпатии и близости между ними.

Этапы терапии

При ИГТПП существует четкая граница между этапом оценивания и собственно вмешательством. Этап оценивания включает как минимум одну совместную сессию с парой, после чего проводятся индивидуальные сессии с каждым из партнеров. За этапом оценивания следует сессия обратной связи, во время которой психотерапевт описывает свое видение пары и существующих проблем (формулирование). После сессии обратной связи проводятся терапевтические сессии, точное число которых следует определять в каждом конкретном случае в зависимости от потребностей пары.

Использование объективных методов оценки

Инструментарий для объективного оценивания (см. табл. 14.1) может оказаться полезным как для первоначальной оценки, так и для наблюдения за успехами пары на разных этапах вмешательства. Хотя такие объективные методы измерения не являются обязательным условием проведения ИГТПП, они позволяют получить дополнительную информацию о сферах разногласий, не затронутых на сессии, или же объективные данные об уровнях дистресса и удовлетворенности у данной пары. Например, удовлетворенность отношениями можно оценить с помощью Шкалы диадной адаптации {*Dyadic Adjustment Scale, DAS*} и/или Пересмотренного опросника супружеской удовлетворенности {*Marital Satisfaction Inventory — Revised*}; проблемное поведение партнеров можно выявить с помощью Опросника о частоте и приемлемости видов поведения партнера {*Frequency and Acceptability of Partner Behavior Questionnaire*}; уровень жестокого обращения можно определить по Шкале тактики поведения в конфликтах {*Conflict Tactics Scale*} (см. табл. 14.1, где приведены более подробные сведения об этих методах диагностики). В идеальном случае партнеры должны заполнить все такие опросники до явки на первую сессию, чтобы психотерапевт мог составить предварительное представление о жалобах и общем уровне дистресса у данной пары. Помимо использования на этапе оценивания, опросники могут применяться также в середине вмешательства и после заключительной сессии, чтобы оценить изменения по сравнению с исходными уровнями дистресса и удовлетворенности.

Таблица 14.1. Полезный диагностический и скрининговый инструментарий

Шкала диадной адаптации {*DAS*; Spanier, 1976): измеряет дистресс и преданность отношениям. (Данный метод описан у Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.)

Опросник супружеской удовлетворенности {*Marital Satisfaction Inventory — Revised, MSTR*; Snyder, 1997): измеряет дистресс в отношениях, общий дистресс, а также конкретные его параметры; дает нормативные данные о парах в состоянии дистресса, вне дистресса и во время развода. (Описание данного метода можно получить, связавшись с Western Psychological Services, 1-800-648-8857.)

Опросник супружеского статуса {*Marital Status Inventory*): оценивает преданность отношениям и шаги, предпринимаемые к расставанию или разводу. (Для получения опросника следует связаться с Робертом Вайссом: Robert L. Weiss, PhD, Oregon Marital Studies Программа, Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, OR 97403-1227.)

Таблица 14.1. Окончание

Шкала тактики поведения в конфликте (CTS; Straus, 1979): оценивает насилие в семье. (Шкала описана у Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.)

Опросник частоты и приемлемости видов поведения партнера {*Frequency and Acceptability of Partner Behavior Questionnaire, FAPB*): оценивает приемлемость при текущей частоте 24 видов поведения супругов. (Для получения опросника следует связаться с Эндрю Кристенсеном; Andrew Christensen, PhD, Department of Psychology, University of California at Los Angeles, Los Angeles, CA 90095.)

Оценка насилия в семье

Объективные методы особенно полезны при оценивании анамнеза жестокого обращения у супружеских пар. Оценка жестокого обращения в семье является важной составляющей интервью с супругами: это необходимо не только для выяснения вопросов безопасности каждого из партнеров, но также потому, что супружеская терапия при склонности к жестокому обращению может быть противопоказана (Holtzworth-Munroe, Beatty, & Anglin, 1995; Jacobson & Gottman, 1998). Супружеская терапия предполагает, что каждый партнер берет на себя некоторую долю ответственности за проблемы, однако такая перспектива неприемлема, если партнеры склонны к жестокому обращению, потому что виновный в жестокое обращение должен взять на себя всю ответственность за свое поведение. В таких случаях показано индивидуальное вмешательство, а не супружеская терапия. Шкала тактики поведения в конфликте — полезный инструмент для скрининга, поскольку позволяет оценить частоту и выраженность проявлений физической агрессии, а также выявить противопоказания к супружеской терапии, если таковые имеются (Straus, 1979). Пересмотренный опросник супружеской удовлетворенности (Snyder, 1997) содержит дополнительную шкалу «Домашнее насилие». Наконец, анамнез жестокого обращения у данной пары обязательно следует выяснить путем прямого расспроса на этапе оценивания.

Диагностика

Этап оценивания включает как минимум одну совместную сессию с парой (сессия 1), после чего проводятся индивидуальные сессии с каждым партнером (сессии 2а и 2б). Основная задача этапа оценивания состоит в формулировании проблемы; кроме того, психотерапевт использует период оценивания для ориентации пары на терапевтический процесс. Хотя при ИПТП на этапе оценивания собственно вмешательство не проводится, вполне возможно оказать терапевтическое воздействие на партнеров уже на первых нескольких сессиях.

Ориентация (сессия 1)

После того как партнеры поздороваются и представятся психотерапевту, их следует ориентировать на предстоящий терапевтический процесс. Необходимо обсудить и подписать договор об информированном согласии, где объясняются процедура оплаты, соблюдение конфиденциальности и возможные исключения, а также сообщается о возможных рисках и преимуществах ИПТП.

Помимо общей информации, предоставляемой на этапе получения информированного согласия, пару следует ориентировать на конкретный процесс ИГТПП. Психотерапевт должен объяснить, чем различаются этапы оценивания и вмешательства, а также выяснить у партнеров, согласуется ли это с их ожиданиями в отношении терапии. Психотерапевту надо быть готовым к разочарованию супругов, когда они узнают, что терапия начнется не сразу. Может потребоваться разъяснить партнерам, почему необходим период оценки, прежде чем будет предоставлена соответствующая помощь.

Кроме того, на первой сессии партнеров знакомят с их «руководством» «Примиримые различия» (*Reconcilable Differences*, Christensen & Jacobson, 2000). Паре предлагают прочесть часть I этой книги до сессии, посвященной обратной связи. В идеальном случае знакомство с материалом поможет партнерам лучше осмыслить свои проблемы подобно тому, как это сделает психотерапевт во время сессии обратной связи.

Психотерапевтам следует знать, что как минимум один (а то и оба) партнер неоднозначно относится к участию в терапии. Эти колебания следует охарактеризовать как вполне нормальные и закономерные, при этом психотерапевт должен объяснить партнерам, что период оценивания дает возможность лучше узнать психотерапевта и решить, подходит ли им данное вмешательство.

Проблемные сферы (сессии 1, 2а и 2б)

После ориентации пары на терапевтический процесс психотерапевт приступает к оцениванию, анализируя жалобы супругов. Значительную часть необходимой информации можно получить с помощью объективных методов оценки перед первой сессией, а также во время индивидуальных сессий с каждым из партнеров, чтобы это не заняло всего времени первой сессии. Вместе с тем следует отметить, что на первой сессии каждый партнер должен ощущать себя услышанным и ободренным, должен знать, что психотерапевт хорошо понимает его проблемы и дистресс. Основываясь на информации, полученной с помощью объективных методов оценки и во время соответствующей сессии, психотерапевт характеризует проблемные для данной пары сферы и говорит о своем видении этих проблем (формулирование). Следующие шесть вопросов позволяют составить представление об этой оценке, на каждый из них к концу периода оценивания должен быть дан ответ.

1. Насколько выражен дистресс у данной пары?
2. Насколько дорожат партнеры своими отношениями?
3. По каким вопросам партнеры расходятся во мнениях?
4. Почему эти вопросы представляют для них проблему?
5. Какие у данных отношений есть сильные стороны, удерживающие партнеров вместе?
6. Какую помощь может оказать им терапия?

Ответы на многие из этих вопросов могут быть получены до первой сессии. Вместе с тем вопросы, оставшиеся без ответов, следует прояснить на первичной совместной сессии и/или индивидуальных сессиях с каждым из партнеров. Индивидуальные сессии могут оказаться особенно полезными при оценке того, насколько каждый из партнеров дорожит отношениями, а также для выяснения анамнеза жестокого обращения у данной пары.

Оценка проблемных для пары сфер должна включать выяснение готовности к сотрудничеству (Jacobson & Margolin, 1979). Речь идет о том, что оба партнера разделяют ответственность за проблемы в своих отношениях и что им обоим придется измениться, чтобы отношения наладились. Выраженность готовности к сотрудничеству определяет, какое именно вмешательство показано в данном случае — ориентированное на изменение или на принятие. Чем выше готовность, тем более успешным будет вмешательство, направленное на изменение. Если же готовность к сотрудничеству низкая, т. е. каждый из партнеров считает себя невинной жертвой, необходимо начать с принятия.

Личная история пары (сессия 1)

После того как пара сориентирована на терапию, выявлены проблемные сферы (хотя бы в общих чертах), психотерапевт выясняет анамнез отношений между партнерами. Очевидный резон сбора анамнеза состоит в том, чтобы лучше понять причины привязанности партнеров друг к другу. Часто супружеский дистресс настолько выражен, что неясно, как эти два человека вообще могли сблизиться. Кроме того, сбор анамнеза иногда оказывает некоторое терапевтическое действие. Как правило, обсуждая ранние (обычно более счастливые) этапы отношений, партнеры начинают лучше относиться друг к другу, у них повышается настроение. Длительное время им приходилось фокусироваться на негативных аспектах своих отношений, так что они забыли о прежней влюбленности, уходе и влечении друг к другу. Таким образом, описание партнерами развития своих отношений само по себе может оказать психотерапевтическое воздействие. Некоторым парам трудно и больно вспоминать прошлое без обвинительных комментариев в адрес друг друга (в подобных случаях приведенные ниже рекомендации надо опустить, а оставшуюся часть сессии посвятить валидации этой боли), но в большинстве случаев пациентам нравится вспоминать о счастливых временах. Ниже приведен перечень вопросов, которые помогут психотерапевту получить полезную информацию об истории пары, а также позволят партнерам обсудить основные причины возникновения любви друг к другу.

- Как вы познакомились?
- Как проходил период ухаживания?
- Что привлекало вас в другом?
- Как развивались ваши отношения до возникновения проблем?
- Чем отличаются отношения сейчас и в те дни, когда вы мирно уживались друг с другом?
- Как изменятся отношения, если существующие проблемы уйдут?

Эти и другие подобные вопросы помогают получить полезную информацию о каждом из партнеров, в частности, о том, на что он надеется, о чем мечтает. Информация о личной истории пары поможет психотерапевту составить представление о паре (формулирование), которое будет изложено во время сессии обратной связи.

Обратная связь

Основываясь на информации, полученной на оценочной сессии и из опросников, психотерапевт осуществляет формулирование, результаты которого обсуждают-

ся с парой на сессии, посвященной обратной связи (обычно сессия 3). Сессия должна проходить в русле шести вопросов с целью выявления проблемных сфер. Эта сессия обязательно проходит в форме диалога, а не лекции психотерапевта: психотерапевту необходимо постоянно получать от пары обратную связь по поводу предлагаемых формулировок. Партнеры — главные специалисты по своим отношениям, именно так и следует к ним относиться.

Сессия обратной связи также используется для изложения плана вмешательства, основанного на формулировании проблем. Психотерапевт должен описать паре цели вмешательства, а также процедуры достижения этих целей. К целям терапии относится создание на сессии атмосферы, в которой могут быть разрешены проблемы путем комбинации техник принятия и изменения. К процедурам достижения целей обычно относятся:

- 1) сессионные обсуждения проблем и конфликтов в случае их возникновения;
- 2) домашние задания, которые следует выполнять вне сессии, чтобы продолжить начатую на сессии работу.

Цель сессии обратной связи состоит в том, чтобы ориентировать партнеров на изменение и принятие с помощью открытой коммуникации и поиске новых взглядов на существующие проблемы. Кроме того, сессия обратной связи используется, чтобы дать партнерам представление о том, чего можно ожидать от терапии, а также заручиться их согласием на участие. Наконец, сессия обратной связи может использоваться для проведения определенных вмешательств. Первым таким вмешательством является описание психотерапевтом сильных сторон пары. Уже из этого обсуждения партнеры могут вынести некоторые варианты решения своих проблем. Психотерапевт может начать задавать паре для прочтения соответствующие главы из части II («Reconcilable Differences»; Christensen & Jacobson, 2000), поскольку эти главы посвящены именно теме принятия. После формулирования проблем и изложения партнерам плана вмешательства при условии их согласия на участие в терапии оставшиеся сессии посвящаются развитию принятия между партнерами и индукции изменений.

Вмешательство

Техники создания эмоционального принятия при ИПТП

Как правило, вмешательство начинается с фокусирования на создании принятия. Исключение составляют случаи, когда партнеры способны сотрудничать друг с другом («готовность к сотрудничеству») и оба желают внести конкретные изменения в свои отношения. В этом случае мы начинаем со стратегий изменения.

Когда происходит работа над принятием, содержание сессии определяют сами участники, а также то, с чем они приходят каждую неделю. Обсуждение недавних событий служит лучшим средством исследования темы, процесса поляризации и общих ловушек, а также создает контекст применения стратегией создания принятия, в частности «эмпатического присоединения», «отстранения от проблемы», «развития толерантности».

Эмпатическое присоединение. Эмпатическое присоединение — это процесс, благодаря которому партнеры перестают винить друг друга в своих эмоциональных страданиях, проявляя сопереживание друг другу. Для поощрения эмпатиче-

ского присоединения при ИПТП психотерапевт должен представить супружескую проблему как результат типичных различий между партнерами. Поведение партнеров описывается с позиции различий между ними, а их реакция на эти различия характеризуется как вполне нормальная и оправданная.

Переформулируя значение поведения каждого из партнеров, психотерапевт обязательно должен отметить боль, которую испытывает каждый. Одна из стратегий создания эмпатии между партнерами — это использование «мягких самораскрытий» (*soft disclosures*). Часто партнеры выражают эмоциональную боль, используя «жесткие» самораскрытия чувств гнева или негодования. Хотя жесткие самораскрытия даются гораздо легче, поскольку не обнаруживают уязвимости, другому партнеру сложно их выслушивать, так как в них звучат обвинения. Именно сочетание «боли и вины» ведет к разладу. Если же психотерапевту удастся побудить каждого партнера выражать свою боль без обвинений, результатом (в идеальном случае) будет повышение принятия со стороны другого партнера. При проведении ИПТП психотерапевты часто побуждают участников к мягкому самораскрытию, высказывая предположения о том, что в основе поведения партнера лежат такие «мягкие» чувства, как страх, обида и стыд. Хотя мягкие самораскрытия даются труднее, так как свидетельствуют об уязвимости, другому партнеру легче их воспринимать и проявлять эмпатию. Таким образом, эмпатическое присоединение можно индуцировать:

1) переформулированием разлада у пары как результата типичных различий и вполне объяснимых реакций партнеров на эти различия; 2) использованием мягкого самораскрытия для выражения болезненных эмоций.

Совместное отстранение от проблемы. Другая техника ИПТП позволяет партнерам описывать и обсуждать проблему без обвинений или возложения ответственности за изменение друг на друга. В этом случае партнеры отстраняются от своих проблемных взаимодействий. Психотерапевт вовлекает пару в диалог о ходе конкретного конфликта, включая факторы, которые провоцируют реакцию каждого из партнеров, взаимосвязь между конкретными событиями, а также обсуждая пути преодоления конфликта. Это своего рода интеллектуальный анализ проблемы, изложенный в эмоционально отстраненной манере, с позиции «они», а не «ты» или «я». Отстраняясь от проблемы, партнеры получают возможность обсудить свой конфликт без накала эмоций. Таким образом, они могут попытаться проникнуть в суть конфликта с нейтральной, более объективной позиции. Когда это возможно, психотерапевт должен давать название теме, процессу поляризации, а также общим ловушкам, используя это название для описания проблемы с позиции «они».

Повышение толерантности. Особенно трудно индуцировать принятие, когда один партнер испытывает эмоциональную боль из-за поведения другого партнера. В подобных обстоятельствах психотерапевт обязан способствовать повышению толерантности к «обидному» поведению. Повышая свою толерантность, страдающий партнер испытывает ослабление боли. Для повышения толерантности, однако, следует прекратить усилия по профилактике или избеганию «обидного» поведения партнера. Напротив, страдающий партнер должен без борьбы подвергнуть себя «обидному» поведению, что (в идеальном случае) приведет к снижению чувствительности к данному поведению, в конечном счете «обидное» поведение станет менее болезненным.

Одной из стратегий повышения толерантности является положительный акцент, или фокусирование на положительных аспектах негативного поведения партнера. Например, то, что в партнере представляется «непогрешимостью», может считаться «стабильностью», которая показалась столь привлекательной в начале отношений. Или наоборот, кажущаяся «беззаботность», «безответственность» может оказаться «свободой духа» или «бунтарством», казавшимися сначала привлекательными. Психотерапевт обязан помочь партнерам обнаружить положительные аспекты того, что они считают крайне негативным поведением. Часто такое поведение так или иначе связано с тем качеством, которое когда-то представлялось в партнере привлекательным.

Другая стратегия повышения толерантности к различиям — это фокусирование на взаимной дополнительности этих различий, а также представление этих различий как движущей силы взаимоотношений. Стабильность одного партнера уравнивает свободный дух другого. Психотерапевт может описать супругам варианты, когда каждый из партнеров много потеряет, если различия между ними перестанут существовать. Различия могут стать сильной стороной отношений между партнерами, ими можно гордиться, вместо того чтобы усматривать в них угрозу.

Третья техника повышения толерантности к поведению партнера — подготовка пары к неизбежным «срывам». Это особенно важно, когда партнеры впервые начинают замечать изменения в поведении друг друга и гордятся достигнутыми успехами. На этом этапе психотерапевт должен поздравить пару с хорошо выполненной работой, после чего предупредить о вероятных срывах. Паре предлагается предположить, в каких именно ситуациях подобные срывы наиболее вероятны, а затем рассмотреть возможные реакции на них. Проработка стратегий поведения при срывах поможет повысить толерантность к ним.

Еще одна стратегия повышения толерантности состоит в том, что партнеры должны «изображать» негативное поведение, находясь у себя дома. Каждому партнеру предписывается определенное «плохое поведение» между сессиями с оговоркой, что это следует делать лишь в тех случаях, когда не возникает спонтанного желания. Эти рекомендации даются в присутствии обоих партнеров, чтобы каждый из них знал, что плохое поведение в будущем может быть поддельным. В идеальном случае возникает неоднозначное отношение к негативному поведению в будущем, что оказывает влияние на реакцию партнера. Гораздо более важно, что поддельное поведение дает обоим партнерам возможность наблюдать влияние негативного поведения друг на друга. В частности, поскольку плохое поведение является поддельным, т. е. человек контролирует себя, не увлечен, находится в спокойном состоянии, он способен сопереживать партнеру. «Притворщику» рекомендуют дать знать партнеру о поддельности поведения вскоре после его завершения; это предотвратит дальнейшее обострение ситуации и даст возможность обсудить эксперимент.

Неизбежным источником разочарований и боли становится неудовлетворение партнером каких-либо важных потребностей. Вместе с тем маловероятно, что кто-либо в состоянии полностью удовлетворить все потребности другого человека. Важным аспектом взаимного принятия партнеров является забота об удовлетворении собственных потребностей. Каждого партнера следует побуждать к поиску альтернативных способов удовлетворения собственных потребностей, коль

скоро другой партнер этого не делает. Партнерам может потребоваться поддержка со стороны родственников или друзей в трудную минуту, либо поиск новых способов самостоятельного разрешения проблемы. По мере повышения уверенности в себе снижается потребность в удовлетворении всех своих эмоциональных потребностей другим человеком. В идеальном случае это приведет к снижению чувствительности к отсутствию удовлетворения своих потребностей партнером с соответствующим ослаблением конфликта.

Традиционные стратегии индукции изменений

Некоторым парам показана терапия с акцентом на изменении. С чего начинается терапия ИПТП — с использования техник «принятия» или «изменения», — зависит в основном от готовности пары к сотрудничеству и специфических потребностей. В целом, однако, техники изменения дадут наибольший эффект, если перейти к их использованию несколько позже, после завершения основной работы по принятию.

Поведенческий обмен. Главная задача «поведенческого обмена» (*behavior exchange, BE*) состоит в увеличении удельного веса положительных видов поведения и взаимодействий пары в течение дня. Это провоцирующие техники, направленные на усиленное воспроизведение у каждого партнера положительных видов поведения. Поскольку поведенческий обмен предполагает тесное сотрудничество между партнерами, его лучше вводить позднее, после того как работа по принятию проведена. Кроме использования поведенческого обмена для налаживания положительного взаимодействия между партнерами, психотерапевт может применить его в качестве диагностического инструмента для оценивания возможных сфер, в которых следует усилить принятие.

Вот два основных шага поведенческого обмена: 1) выявить действия со стороны каждого из партнеров, которые могут способствовать повышению удовлетворенности отношениями; 2) повысить частоту такого поведения в повседневном репертуаре пары. Партнеры часто получают домашнее задание составить список того, что каждый партнер может сделать для повышения удовлетворенности другого их взаимоотношениями. Партнерам рекомендуют не обсуждать эти списки между собой, чтобы снизить риск взаимной критики и заставить каждого сосредоточиться на собственном домашнем задании. На очередной сессии проводится обсуждение составленных списков. Следующее домашнее задание состоит в том, чтобы выполнить все перечисленные в списке действия в течение следующей недели, причем ни один из партнеров не должен сообщать другому, что именно он делает. На следующей терапевтической сессии каждый партнер анализирует успешность выполнения домашнего задания, а также его воздействие на другого. Список можно модифицировать, чтобы исключить из него пункты, не дающие эффекта, а на последующих сессиях каждый партнер может поинтересоваться мнением другого, как извлечь максимальную пользу из пунктов каждого списка.

Тренинги коммуникативных навыков и решения проблем. Хотя многие пары вполне успешно общаются и без формального тренинга, для партнеров в состоянии дистресса плохая коммуникация может усугублять существующие проблемы и даже вызывать множество других проблем. Пытаясь заставить друг друга измениться, партнеры прибегают к неадаптивной тактике взаимодействия, например принуждению (слезы, угрозы, лишение проявлений любви). Хотя принуждение

может оказать желаемый эффект, т. е. партнер в конце концов выполнит требование, для достижения своих целей в будущем требуется усиление нажима. Неизбежным результатом подобных взаимодействий является выраженная поляризация партнеров. Задача тренинга коммуникативных навыков и решения проблем — научить пару обсуждать свои проблемы и договариваться об изменениях, не прибегая к столь деструктивной тактике. В идеальном случае эти навыки будут полезны и после завершения терапии.

В рамках тренинга коммуникативных навыков партнерам прививают навыки «ораторства» и «слушания». Им рекомендуют практиковаться в обсуждении актуальных для них вопросов во время терапевтической сессии. Чтобы стать хорошим собеседником, каждый партнер должен: 1) выражать мягкие эмоции, избегая жестких, наподобие обвинений или критики; 2) фокусироваться на себе, а не на партнере. Чтобы стать хорошим слушателем, каждому партнеру следует перефразировать сказанное другим партнером. Этот прием гарантирует правильное понимание сказанного каждым партнером во время разговора и уменьшает склонность делать скоропалительные выводы, причем темп разговора при этом замедляется. Эти правила разговора и слушания делают разговоры неуклюжими, поэтому психотерапевту следует разъяснить, что по мере приобретения опыта все будет происходить вполне естественно. Психотерапевт должен быть готов перебивать и корректировать партнеров, напоминая им о необходимости соблюдать правила взаимодействия. После каждой практической сессии необходимо предоставлять паре обратную связь, анализируя выполнение упражнений. Когда психотерапевт уверен, что партнеры в достаточной мере освоили навыки коммуникации на сессиях, дается рекомендация использовать полученные навыки в качестве домашнего задания.

Эти основные навыки коммуникации впоследствии помогут партнерам обсуждать и пытаться решать проблемы в своих отношениях. Часто при дистрессе у пар главную роль играют не собственно проблемы, а скорее деструктивные попытки их разрешения. Эти попытки могут начинаться с обвинения со стороны одного из партнеров, что встречает защитную реакцию и гнев другого. Вскоре конфликт перерастает во взаимные обвинения и злобную клевету, в которых тонет первичная проблема. В процессе тренинга решения проблем партнеров учат обсуждать подходы к решению проблем, используя три набора навыков: навыки определения проблемы, навыки решения проблемы и навыки структурирования.

Прежде всего партнеров учат максимально конкретизировать проблему, уточняя проблемное поведение и сопутствующие обстоятельства. Партнеров поощряют описывать некоторые свои мягкие эмоции, связанные с проблемой, с целью усилить эмоциональное принятие. Наконец, обоим партнерам предлагается определить свои роли в сохранении проблемы.

Как только проблема определена, пара может приступить к ее разрешению. Первый шаг к этому — «мозговой штурм», когда партнеры пытаются выработать как можно больше решений. Партнерам разъясняют, что внимания заслуживают абсолютно любые решения, даже на первый взгляд невероятные или глупые. Недопустимы никакие оценочные комментарии по поводу предлагаемых решений, все дискуссии на тему приемлемости того или иного из них откладываются на некоторое время. Предложения записываются, чтобы впоследствии можно было к ним вернуться. Это упражнение может быть весьма занимательным и проводить-

ся в форме игры, часто создавая положительный настрой во время сессии. После составления списка предложений партнеры его просматривают, отвергая явно неприемлемые, глупые или невероятные варианты. После сокращения списка каждый оставшийся пункт анализируется с точки зрения его пригодности для решения проблемы. По каждому варианту рассматриваются все «за» и «против», список претерпевает изменения, и в результате вырабатывается заключительный перечень вариантов решения проблемы. Формулируется стратегия решения проблемы, оговариваются ее составляющие, по каждой из них достигается соглашение. Это соглашение составляется в письменном виде, и каждый партнер ставит свою подпись. В заключение партнерам предлагают проанализировать возможные препятствия на пути реализации соглашения, выработать стратегии их преодоления. Рекомендуется поместить соглашение на видное место, а также назначить дату обсуждения прогресса в решении проблемы. На следующих нескольких сессиях психотерапевт интересуется у партнеров достигнутыми успехами, в случае необходимости соглашение может быть пересмотрено.

Кроме того, партнеры осваивают навыки структурирования своих дискуссий, посвященных решению проблем. Прежде всего партнерам рекомендуют выделить специальное время и место для таких дискуссий. Не следует обсуждать проблему на «месте преступления», иначе говоря, следует отложить ее обсуждение до назначенного времени. Наконец, рекомендуется каждый раз заниматься не более чем одной проблемой. Во время дискуссий, посвященных решению проблем, партнеров просят соблюдать основные правила коммуникации, в частности перефразировать слова собеседника, избегать негативных выводов относительно намерений каждого, а также негативной вербальной и невербальной коммуникации.

Первые попытки использования навыков решения проблем должны состояться на сессии под наблюдением психотерапевта. Однако после того как партнеры попрактиковались и выслушали комментарии терапевта, им предлагают применять эти техники дома при обсуждении повседневных проблем.

Характеристики психотерапевта, имеющие значение для ИПТП

Как при любой терапии, психотерапевт, проводящий ИПТП, должен придерживаться безоценочного отношения к своим клиентам. Однако в контексте ИПТП особенно важно, чтобы психотерапевт проявлял принятие каждого партнера точно так же, как им следует принимать друг друга. Необходимо валидизировать переживания и реакции каждого, пытаясь отыскать способы развития эмпатии и сопереживания у обоих, хотя это может оказаться непростой задачей.

Помимо проявления принятия, психотерапевт внимательно наблюдает за взаимодействием партнеров на сессиях и готов, не откладывая, провести функциональный анализ. Особое внимание необходимо уделять слабо выраженным вербальным и невербальным проявлениям, которые могут иметь значение для формулирования. Психотерапевт должен быть готов отказаться от любой запланированной повестки сессии, чтобы обратиться к насущным потребностям партнеров в данный момент. Когда на сессии происходит деструктивное взаимодействие, психотерапевт должен сохранять выдержку, одновременно прекращая такое взаимодействие. К другим важным для ИПТП навыкам относится употребление

свойственного паре языка при проведении терапии, а также знание того, когда пришло время завершить терапию. Наконец, перед психотерапевтом не стоит задача налаживать взаимоотношения партнеров; скорее он должен создать атмосферу для объективной и эффективной оценки партнерами собственных отношений.

Эффективность ИПТП

Есть данные пилотных исследований о сравнительной эффективности ИПТП по отношению к ТПТП. В выборке из 21 пары, которые методом случайных чисел были приписаны к ТПТП и ИПТП, у 80% пар после ИПТП возросла удовлетворенность своими взаимоотношениями по сравнению с 64% пар после ТПТП (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000).

Следует отметить, что в выборку не вошли пары, в которых один или оба партнера проявляли симптоматику мании или психоза; имели текущий диагноз зависимости от психоактивных веществ (впоследствии этот критерий был расширен до пагубного их употребления); отвечали критериям пограничного, антисоциального или шизотипического расстройства личности; имели в анамнезе жестокое обращение с применением физического насилия. Основанием для критериев исключения служит потребность подобных индивидов в иной терапии, а не в терапии для пар. Однако из пилотной выборки не исключались пары, в которых один или оба партнера страдали от других психологических расстройств, таких как тревожность или депрессия. Основанием для включения этих пар послужило то, что их отношения могли быть налажены, несмотря на существование индивидуальных проблем. Более того, в некоторых случаях индивидуальные проблемы усугублялись межличностными. Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о том, что ИПТП можно с успехом использовать для многих пар, включая те, в которых партнер страдает каким-либо другим психологическим расстройством.

Случай из практики: Анна и Марк

Мы приводим пример Анны и Марка³, чтобы продемонстрировать применение ИПТП. Далее даются фрагменты сессий, посвященных оцениванию и обратной связи, а также терапевтических сессий, где наиболее четко видна работа по налаживанию принятия супругами друг друга⁴.

Анна и Марк — супружеская пара среднего возраста, женаты 10 лет. У Анны трое детей от предыдущего брака.

Диагностика

Сессия 1

После приветствий и знакомства психотерапевт Анны и Марк (доктор С.) начал сессию 1 с ориентации на процесс оценивания:

Мы с вами будем работать вместе на протяжении 25 последующих сессий... Вы уже сделали первый шаг в диагностическом процессе, заполнив все эти опросники. Вторым шагом станут ваши следующие три визита, включая сегодняшний. Сегодня мы

побеседуем с вами о ваших взаимоотношениях, я хочу услышать ваше мнение... мне хотелось бы узнать, как вы познакомились, как проходили ваши свидания, как складывалась ваша жизнь до сегодняшнего дня. Затем я встречу с каждым из вас индивидуально. После этого, во время четвертого визита, я поделюсь с вами своими представлениями о вашем случае. Для этого необходимо будет свести воедино все сведения из опросников и наших с вами бесед, как совместных, так и индивидуальных, чтобы нарисовать картину происходящего.

В частности, если один из партнеров выражает сомнение относительно необходимости терапии, психотерапевт должен добавить:

Этот период оценивания дает вам возможность лучше познакомиться со мной, с той терапией, которой мы будем заниматься, поэтому вы сможете решить, подходит ли она вам.

Убедившись, что Анна и Марк поняли это объяснение, доктор С. перешел к краткому описанию существующих проблем:

Прежде чем обращаться к вашему прошлому, может быть, вы вкратце опишите суть своих проблем, из-за которых вы решили обратиться за помощью.

После того как Марк и Анна по очереди описали свои взгляды на проблемы в отношениях, доктор С. приступил к сбору анамнеза, используя фразы типа:

«Давайте начнем с самого начала. Расскажите, пожалуйста, где и как вы познакомились?»

«Марк, что в Анне вас привлекло? А как насчет вас, Анна?»

«Анна, как вы узнали, что Марк проявляет к вам интерес?... Что он вам говорил... Как вы флиртовали с ним? Кто из вас сделал первый шаг?»

«Когда вы решили перейти от совместного проживания к браку, как это произошло?»

Отвечая на вопросы терапевта, Анна и Марк получили много возможностей сказать друг другу комплименты. Марк описывал Анну как «чувственную», что он находил очень привлекательным, Анна характеризовала Марка как «замечательного и легкого в общении». Доктор С. задавал конкретные вопросы, выясняя подробности ухаживания, в частности тот факт, что оба партнера сочли свой первый поцелуй очень приятным.

Уже на этом этапе оценивания могут появиться возможности для налаживания принятия. В какой-то момент на сессии 1 Анна призналась в своих чувствах, которые возникли у нее после того, как она сначала отказала Марку (который пригласил ее танцевать). По словам Анны, то, что Марк не стал на нее злиться из-за отказа, дало ей ощущение безопасности: она могла быть собой, а он не стал бы за это злиться. Это качество показалось ей привлекательным. Марк, который сначала признался, что почувствовал себя униженным из-за отказа, отреагировал на слова Анны следующим образом: «Я несколько удивлен. Мне известно, что Анна ценит чувство безопасности, но я не знал, что она ощутила его уже тогда». Анна ответила, что сама этого не сознавала, пока не пришлось описывать этот случай на терапевтической сессии.

К концу сессии 1 доктор С. уже имел довольно полное представление об истории отношений Анны и Марка, о тех качествах, которые впервые привлекли их друг в друга, а также проблемных сферах. Следующие две индивидуальные сес-

сии помогли доктору С. «заполнить» пробелы в информации, необходимой для формулирования заключения.

Сессии 2а и 2б

Доктор С. начинал каждую из этих индивидуальных сессий с краткой ориентации, после чего переходил на оценивание проблемных для пары сфер:

Сегодня мы затронем ряд тем... Мне хотелось бы посвятить некоторое время проявлению проблем, которые у вас есть. На первой встрече вы описали кое-какие проблемы, которые испытываете в [проблемной сфере]. ... Не могли бы вы пояснить, что имеете в виду?

Помимо проблем, которые Анна с Марком затронули на совместной сессии, доктор С. использовал индивидуальные сессии, чтобы рассмотреть проблемные сферы, указанные супругами в опросниках «Частота и приемлемость поведения партнера»:

Просматривая ваш перечень проблемных сфер, я обнаружил, что наибольшее беспокойство у вас вызывает [проблемная сфера]. Расскажите об этом подробнее.

Доктор С. анализировал мельчайшие детали разногласий между Анной и Марком, предлагая им подробно описывать свои доводы. Чтобы подтолкнуть Марка и Анну к детальному описанию поведения, доктор С. задавал следующие вопросы:

—Возникают ли у вас споры по поводу [проблемная сфера]? В чем это выражается?

—Когда вы оба злитесь, что вы обычно делаете?

—Опишите мне ваш самый последний конфликт... Опишите самый серьезный конфликт, который был между вами. Если бы снять ваше поведение во время ссоры на видеокамеру, как бы это выглядело?

Помимо выяснения стереотипов поведения супругов во время ссор, доктор С. расспросил их о способах разрешения проблем в их родительских семьях («Как ваши родители вели себя при возникновении разногласий?»). Такая информация может оказаться полезной для понимания стереотипов поведения каждого партнера при конфликте, а также стереотипов, которых они пытаются избежать (например, физического насилия).

Выясняя, как происходят в семье ссоры, доктор С. смог также выяснить, свойственно ли супругам применение физической силы. Это важный момент в любой супружеской терапии, главная цель проведения индивидуальных собеседований. В этом случае годятся простые, прямо поставленные вопросы типа:

Случалось ли так, что ваши ссоры приводили к отталкиванию друг друга или иным проявлениям жестокого обращения?

Если хотя бы один из партнеров это подтверждает или сообщает о жестоком обращении в опроснике типа Шкалы тактики поведения в конфликтах (*Conflict Tactics Scale*), следует провести более тщательную диагностику жестокого обращения, в случае необходимости в терапию вносятся соответствующие коррективы (Jacobson & Gottman, 1999). В случае Анны и Марка речь о насилии не шла⁵.

Наконец, индивидуальные сессии дают психотерапевту хорошую возможность судить, насколько каждый из партнеров дорожит отношениями. Попутно выясняется, имеются ли у одного или обоих партнеров внебрачные связи. При их на-

личии требуется проведение специальных вмешательств в рамках ИПТП (Jacobson & Christensen, 1996), что выходит за рамки данной главы. К счастью, отношения Анны и Марка не были осложнены внебрачными связями. Anne и Марку доктор С. задал вопрос:

Как вы оцените свою степень преданности отношениям с [Марком/Анной] по шкале от одного до десяти баллов?

После индивидуальных оценочных сессий с Анной и Марком доктор С. владел достаточной информацией об их проблемных сферах, стереотипах поведения в конфликтах (включая анамнез жестокого обращения), соответствующий семейный анамнез, уровень преданности друг другу, чтобы изложить свое видение данного случая на сессии, посвященной обратной связи.

Обратная связь и формулирование

Сессия 3

Доктор С. начал сессию обратной связи, сообщив Anne и Марку, что им предстоит, а также заручившись их согласием прокомментировать его видение их проблем:

В течение этой сессии я хотел бы поделиться с вами своими соображениями, как и планировалось на первой совместной сессии. Я просмотрел ваши опросники, мы имели возможность побеседовать, что поможет мне лучше узнать вас обоих... По мере того как я буду излагать свои представления, мне хотелось бы знать вашу реакцию, слышать ваши комментарии, потому что это важная часть нашей совместной работы: вы оба реагируете на мои слова... высказываете свои соображения, а также сообщаете недостающие сведения или указываете на явные несоответствия.

Доктор С. объяснил Anne и Марку, что опирается на информацию, полученную из заполненных ими опросников:

Судя по показателям тестов, которые были вам предложены, вы производите впечатление пары, которая находится в состоянии дистресса, оба вы хотели бы наладить более удовлетворительные отношения друг с другом. Надо сказать, что на одном конце спектра находятся пары, брак которых можно считать удачным, но которые испытывают повседневный «нормальный» дистресс, а на другом конце располагаются пары, отношения которых напоминают отношения между разведенными супругами... Дистресс проявляется у вас обоих, хотя у Анны он более выражен.

Доктор С. подытожил уровень преданности Анны и Марка своим отношениям, охарактеризовав его как готовность работать в рамках терапии:

Что касается преданности отношениям, вы оба показали, что цените их; они нужны вам обоим. Этот момент чрезвычайно важен при работе с парами, когда, несмотря на все происходящее, партнеры по-прежнему дорожат своими отношениями. Вы оба это четко продемонстрировали.

Далее доктор С. перешел к проблемным для Анны и Марка сферам. В результате анализа опросников и бесед во время сессий удалось выделить три основных проблемных сферы:

Теперь давайте поговорим о тех аспектах ваших отношений, которые вызывают беспокойство. Первая область — финансы; она служит источником споров. У вас, Анна, иногда возникает чувство обиды, вы ощущаете бремя ответственности; вы, Марк,

чувствуете вину за материальное положение семьи. Эта сфера порождает множество различных чувств: обиды, вины, ответственности, помимо ощущения брачных уз, близости возникает и чувство контроля. Согласны ли вы с таким описанием?.. Есть ли другие аспекты финансовых отношений, о которых не было упомянуто?

Я вижу и другую проблемную сферу — это дети, дети Анны, и дети, которых у вас нет... Вы по-разному относитесь к детям Анны. Вы, Анна, считаете, что Марк не уделяет вашим детям достаточного внимания, а вы, Марк, чувствуете себя ненужным... Когда дети отвергают вас, Марк, вы считаете, что в этом виновата Анна... Эта сфера пробуждает в вас обоих сильные чувства. Они могут и не проявляться в открытую, возможно, вы даже не обсуждаете эту тему, но, как мне кажется, это очень болезненная тема для вас обоих... Связанные с ней проблемы проявляются во многих областях, особенно когда наступают праздники.

Третья проблемная сфера в ваших отношениях — отзывчивость. «Насколько он отзывчив по отношению ко мне?» Проявляется ли это на физическом уровне («Ты недостаточно отзывчив» или «Ты слишком чувствителен»), в умении слушать («Ты слушаешь меня?»)... будь то прикосновение, слушание или вопрос, это несет определенное сообщение, говорит о чувстве, которое вы хотите выразить... Часть нашей работы будет посвящена умению выражать свои чувства, вас обоих, возможно, ожидает сюрприз.

Высказывая свои соображения, доктор С. постоянно интересовался мнением Анны и Марка по поводу каждой проблемной сферы, а также сведениями, которые они могли бы добавить к его описанию.

Во время сессии обратной связи также создавалась возможность для налаживания принятия. Когда Марк обсуждал свои взаимоотношения с детьми Анны, сначала он был склонен к «жесткому» самораскрытию (например, характеризовал детей как грубых, способных говорить только о себе). В связи с тем, что Марк высказал множество критических замечаний в адрес детей Анны, доктор С. побудил его признаться в сравнительно мягких чувствах в отношении детей. (В последующих диалогах доктор С. — терапевт, или Т; Марк — М; Анна — А.)

Т: Кроме того, что они грубят, что вы ощущаете, когда [дети Анны] с вами не разговаривают?

М: Мне кажется, что меня игнорируют.

Т: Кроме того, что вас игнорируют, нет ли каких-либо других чувств?

М: Словно я ничего не значу, словно моя задача — им прислуживать.

Т: Как будто вы не являетесь членом семьи.

М: Да... Мне кажется, я смирился с этим в надежде, что они проявят любовь к своей матери.

Т: Иначе говоря, вы расстраиваетесь, что они не проявляют интереса к собственной матери?.. То есть дело не только в вас; вас беспокоит, как сыновья обращаются с Анной?

М: Конечно, да.

Т: И это вас расстраивает?

М: Да, определенно. Я испытываю потребность ее защитить... Мне хотелось бы, чтобы они больше ее ценили. Кроме того, мне бы и самому хотелось оказывать ей больше уважения. Мне кажется, я это делаю недостаточно... Возможно, это взаимосвязано... это напоминание о том, что мне не удастся.

Переключая Марка с критики детей Анны на более мягкие утверждения о своих чувствах, доктор С. неожиданно дает Марку возможность осознать некоторые важные аспекты собственного поведения.

После рассмотрения проблемных для пары сфер доктор С. переходит к описанию двух тем, которые он заметил, наблюдая за Анной и Марком:

Из ваших ответов на вопросы и информации, полученной на индивидуальных сессиях, и даже из сегодняшнего интервью я могу выделить две темы, которые очень для вас значимы. Когда я говорю «тема», как сейчас, на сессии, — это тема предстоящей дискуссии. Тема, к которой я обращаюсь время от времени, — это то, над чем нам вместе предстоит работать; она может принимать различные формы. Мне хотелось бы поделиться с вами своими соображениями на этот счет. Хорошо?

Первая тема, о которой мне хочется упомянуть, это то, что вы оба чувствуете, что вас не любят и не ценят. У вас имеются определенные представления о том, что значит быть любимым. Вы также отдаете себе отчет в том, что значит, когда вас ценят. Однако определения одного и того же у вас разные. По причине различий в определениях, различий в ваших переживаниях, даже если что-то и происходит, у вас возникает ощущение, что вас не любят и не ценят... Во время ссор по поводу финансов или детей возникает чувство, что вас не ценят... Что вы думаете по этому поводу?..

Вторая тема касается того, что у вас обоих есть уязвимые места; вы оба чувствуете себя небезопасными, но по разным причинам. Некоторые ссоры, разногласия, конфликты возникают именно от этого. Появляется чувство небезопасности, а затем разгорается все остальное... Вот один конкретный пример: вы, Анна, описывали, что в отношении некоторых членов своей семьи чувствовали себя небезопасной... Это влияет на то, как вы соотносите себя с другими женщинами... Вы, Марк, описывали ощущение небезопасности в связи с тем, что Анна не расторгла свой предыдущий брак... Это может влиять на ваше чувство уверенности в себе по сравнению с другими мужчинами. И снова темами являются чувство небезопасности, ощущение, что тебя не любят и не ценят.

После того как доктор С. описал каждую тему и выяснил отношение Анны и Марка к сказанному, он перешел к обсуждению процесса поляризации между ними и общей ловушки:

А теперь поговорим о так называемой ловушке, в которой вы оба оказались. Каждый из вас по-своему реагирует на чувства нелюбви и небезопасности. Мне представляется, что вы, Марк, испытывая эти чувства, отдаляетесь... Что касается вас, Анна, вы склонны к критике. Если сложить все это вместе, получается цикл: появляется ощущение, Марк увеличивает дистанцию, Анна начинает критиковать. Марк это задевает, он еще больше отстраняется. Анна это чувствует и становится еще более критично настроенной. Дистанция — критика, критика — дистанция. Это и есть ловушка... Словно вы по очереди критикуете и увеличиваете дистанцию, причем каждая реакция усиливает чувство небезопасности партнера.

После обзора процесса поляризации и общей ловушки доктор С. перешел к объяснению того, что Анна и Марк вправе ожидать от терапевтических сессий:

Итак, в последующие наши встречи мы с вами будем заниматься тем, о чем сегодня шла речь. Мы поговорим о том, что с вами происходило в один из дней... Тема нашего разговора зависит от вас.

Я надеюсь создать здесь для вас уютную атмосферу, чтобы вы не опасались быть откровенными, делились бы своими реакциями, вопросами, переживаниями. Близость предполагает откровенность и готовность рисковать. Нельзя заранее предсказать реакцию другого человека. Возможно, реакция эта не всегда будет для вас приятной. Но, с другой стороны, за откровенность надо платить... У вас будет возможность обдумать все это, по мере нашей совместной работы картина будет проясняться.

Закончив с формулированием, включая темы, процесс поляризации и общую ловушку, доктор С. приступил к работе по налаживанию принятия.

Вмешательство: налаживание принятия

Большинство последующих сессий с Анной и Марком были фокусированы на создании принятия. Ниже приведены фрагменты из нескольких сессий, на которых доктор С. помог Анне и Марку усилить принятие за счет применения таких техник, как эмпатическое присоединение, отстранение от проблемы и повышение толерантности.

Сессия 12

Сессия 12 была посвящена поиску Анной и Марком квартиры и некоторым связанным с этим трудностям. Дискуссия показала, что Марк ощущает собственную неадекватность и небезопасность, поскольку не может заработать достаточно денег, чтобы позволить себе такую квартиру, о какой мечтает Анна. Это дало возможность развить тему небезопасности Анны и Марка.

М: Если мы купим квартиру, которая нам не нравится, она станет вечным свидетельством моей неспособности купить ту, которую хочет Анна.

Т: Мне хотелось бы знать, нет ли здесь подтекста: «Смогу ли я когда-нибудь дать ей то, чего она хочет?»

М: Да. Если бы она вышла замуж за богатого человека, она смогла бы позволить себе такую квартиру, какую пожелает.

А: А если бы ты женился на красавице, которая на двадцать лет моложе, у тебя бы была завидная жена, но этого не произошло. *(Оба смеются.)*

Т: Таким образом, это может оказаться еще одним проявлением вашей небезопасности: если бы вы выглядели так, как ему хотелось бы, возможно, он чувствовал бы себя лучше.

М *(доктору С.)*: Мне кажется, она именно так и думает в худшие моменты... Словно все мужчины испытывают влечение к женщинам помоложе, а вам следует смириться и не утратить нечто для себя важное... *(Анне.)* Возможно, именно так ты относишься к своей мечте о квартире, как только ты удерживаешься, чтобы не сказать: «Этот богатый юрист все время на меня смотрит?»... *(Доктору С.)* Мне кажется, она вполне может об этом думать.

Этот диалог показал, что у Анны и Марка развивается совместное отстранение от проблемы, когда они оба рассмеялись по поводу комментария Анны о «завидной жене». То, что раньше служило источником болезненных переживаний для Анны, стало предметом шуток. После этого темой разговора стало обсуждение опасений Анны относительно взаимоотношений Марка с другими женщинами:

Т: Как, по-вашему, Марк представляет себе идеальную женщину? Вы только что упомянули, что у него есть некий идеал.

А: Ну, вероятно, это молодая женщина, которая способна иметь детей, умеет играть в теннис, делает зарядку, хорошо готовит и ведет дом, много зарабатывает, хороша в постели. ...

Т *(Марку)*: Потому что это вполне сопоставимо с богатым юристом, который видится вам рядом с Анной. *(Анне.)* Для вас это женщина, которая...

А: Но речь идет не об одной женщине. Таких женщин множество.

Т: А вы представляете себе Марка, беседующего с женщинами, иногда вы удивляетесь тому, насколько ему это нравится. Это всего лишь дело времени, если вы не хотите с этим мириться...

А: Верно, какая-нибудь другая женщина справилась бы с этим без проблем.

Т: Когда у вас обоих возникает чувство незащитности — у вас, Марк, в образе богатого мужчины, который способен дать Анне все, что она пожелает, а у вас, Анна, собственное физическое несовершенство, заставляющее делать вывод о том, что это вопрос времени, когда появится другая женщина и отнимет у вас Марка... Анна, не могли бы вы перечислить некоторые действия Марка, которые та-ят для вас угрозу?

А: ...Когда он отмечает привлекательность женщины, словно рядом нахожусь не я, а один из его приятелей. Когда он говорит мне, что я толстая, или отмечает, что у меня двойной подбородок...

Т: Что говорит о том, что вам это не безразлично.

А: Да.

Далее доктор С. вернулся к теме покупки квартиры и воспользовался этой метафорой, чтобы затронуть тревогу Анны и Марка, связанную с необходимостью согласиться на меньшее, чем то, на что они рассчитывали.

Т: Когда вы принимаете обязательство — купить квартиру или поддерживать отношения — вы обсуждаете все и говорите: «Вот это».

А: Это интересная точка зрения. Я раньше об этом не задумывалась. С этим у нас проблемы... На самом деле нельзя получить всего, чего желаешь... Небезопасность, обида, связанная с покупкой, состоит в осознании, что мы никогда не получим того, чего хотим...

М: Отчасти делу в том, что следующая квартира, которую мы будем смотреть, как раз та, которую нам хотелось бы.

А: Верно, в доме за холмом.

М: Таким образом, вам следует думать так: «Можно ли обойтись шестьюдесятью процентами от того, чего хотелось бы?» Думаете, можно? Мне всегда казалось, что девяносто процентов лучше. Поэтому я не знаю, когда следует снизить свои запросы и сказать: «Придется обойтись этим. Такова реальность».

Т: Возможно, если развить эту тему, когда вы приняли решение пожениться, каждый из вас пришел к некоему соглашению с собой... Вы оба стали гадать: «На что рассчитывает другой, на шестьдесят или на девяносто процентов? На что рассчитываю я? На шестьдесят процентов или девяносто?»

М: Да.

А: Верно.

Т: Представьте себя в состоянии небезопасности, что может произойти? Когда вы находитесь в небезопасном месте, эти девяносто процентов кажутся вам...

А: Пятьюдесятью.

Т: Точно. Когда вы чувствуете себя хорошо, вы думаете: «Она получила девяносто процентов того, чего ждала от меня» или «Я получил девяносто процентов». В опасном месте вам кажется: «Я согласился на пятьдесят процентов»... Теперь применительно к собственной небезопасности вы думаете: «Боже мой, она согласилась на тридцать пять или сорок процентов»... Вы оба пришли к какому-то соглашению, когда заключали свой брак. Вы решили: «Вот мы собираемся пожениться» и пришли к какому-то соглашению.

М: Однако «соглашение» имеет негативный оттенок значения.

Т: Полагаю, это оттого, что с ним связаны определенные чувства. Можно провести параллель между словом «соглашение» и «принятие».

М: Понятно.

Т: Когда вы произносите фразу: «Этот человек таков»... Будь то восемьдесят процентов, девяносто, шестьдесят, тридцать пять, вы с этим согласились, по сути дела, вы сказали: «Я принимаю это».

Используя в качестве метафоры покупку квартиры, доктор С. подчеркнул, как тема небезопасности Анны и Марка питает сама себя и как эта тема подвела их к мысли о том, не согласился ли партнер на меньшее, чем они ждали от своих отношений. Дополнительный компонент «небезопасности в связи с соглашением» данной темы позволил Анне и Марку понять, что «угрожающего» каждый из них делал (например, когда Марк говорил о своем влечении к женщинам помоложе), и это позволило перекинуть мостик к работе над принятием.

Сессия 17

На сессии 17 доктор С. продолжил развивать тему небезопасности. В приведенном ниже фрагменте Анна и Марк обсуждают семейный процесс поляризации, когда Марк предложил Анне больше работать. Анна восприняла предложение Марка как критику по поводу своей внешности, что вызвало у нее чувство небезопасности и угрозы. Анна не осталась в долгу, обвинив Марка в том, что он хандрит и ничего не делает, в свою очередь Марк снова сделал ей критическое замечание.

В данном случае доктор С. применил две техники ИПТП, направленные на создание принятия. Первая из них — эмпатическое присоединение. В то время как доктор С. пытался «исчерпать» все критические замечания/предложения Марка, связанные с внешностью Анны, Марк признался в собственном чувстве небезопасности.

Т: Это важный, центральный вопрос. У вас имеются определенные базовые границы, и вы говорите себе: «До этой границы я принимаю тебя, но дальше тебе лучше измениться». С другой стороны, вы такая, как есть. Ирония заключается в том, что принятие часто влечет за собой изменение. Вопрос о границах каждый решает для себя сам, причем не только в отношении другого человека, но и самого себя. Мне представляется, что вы оба занимаетесь исследованием своих границ.

А: Возможно, да.

Т: Вы оба ориентируетесь на свои границы. Что касается вас, Анна, это ваш внешний вид, а вы, Марк, следите за тем, чтобы быть кормильцем семьи. Искушение возникает, когда вам становится не по себе, тут-то на сцену и выступает партнер. Вы словно переключаете внимание с себя на него, вместо того чтобы обсуждать свои чувства.

А: Да.

М: Да, я заметил с самого начала терапии, что поступаю именно так. Когда я чувствую внутреннюю небезопасность, я начинаю смотреть вовне... говорить: «Тебе следует поступить так-то и так-то», — и испытываю от этого облегчение.

Т: Верно, это может проявляться в форме советов или как приказ: «Сделай то, сделай это».

М: Верно. Я так веду себя и с ее детьми, я это знаю.

Вместо фокусирования на критическом характере предложений Марка доктор С. сделал акцент на причинах этой критики. Марку было предложено проанализировать причины своего поведения, в результате он признался, что начинает критиковать, когда ощущает собственную небезопасность. Марк признал, что это

проявляется в попытках руководить поведением Анны, но также в его взаимодействиях с ее детьми.

Вторая техника построения принятия, которой воспользовался доктор С. на этом этапе сессии, — повышение толерантности: акцент на положительных аспектах негативного поведения партнера. Доктор С. продолжал:

Т: В некоторых ситуациях это довольно действенно [дать совет]. Людям это может нравиться, ведь вы, Марк, работаете консультантом. Вы получаете удовлетворение от своей работы.

М: Да, я меняю жизнь людей. Я знаю это.

Т: С другой стороны, могут быть некоторые обстоятельства, когда ваш совет воспринимается как критика, я говорю сейчас о вас обоих, Анна видит в ваших советах критику.

А: Да.

Т: Ей слышится угроза: «Если ты не сделаешь так-то и так-то, тогда...»

Здесь доктор С. положительно отозвался о предложениях Марка в адрес Анны, охарактеризовав их как попытки дать совет. Марк, который работал консультантом, привык давать советы другим, считая это конструктивной помощью. Доктор С. подчеркнул этот аспект поведения Марка и то, что привычка «консультировать» помогает Марку делать карьеру. Однако доктор С. не пытался представить его поведение как полностью положительное; доктор С. также обратил внимание пары на то, что «советы» Марка воспринимаются Анной как критика и угрозы.

В конце сессии доктор С. переформулировал процесс поляризации у Анны и Марка с учетом информации, полученной в ходе терапии.

Т: Мне кажется, вы очень точно сформулировали это, Марк. Когда вы чувствуете себя неловко — это ваш процесс, это делаете вы. Вы начинаете смотреть вовне. С вашей точки зрения, вы ведете себя, как консультант, когда обращаетесь к Анне. Вы желаете дать ей совет. Однако, с ее позиции, вы командуете, вы скорее сержант, чем консультант... А вы, Анна, чувствуете, что вас обругали, и начинаете хуже к себе относиться.

А: Да.

Т: Таким образом, вы или глотаете это, или желаете дать сдачи.

М: Полагаю... дать сдачи... да, понятно.

Сессия 24

На заключительной сессии Анна описала мысль, которая недавно пришла ей в голову по поводу ощущения, что она «не заслуживает» счастья, и ее убеждения в том, что за счастье обязательно надо платить. Она сообщила, что счастье вызывает у нее чувство вины, потому что ей кажется, будто от этого страдает кто-то другой либо ей самой рано или поздно придется расплачиваться за свое счастье. Анна связала некоторые из этих чувств с расстройством пищевого поведения, которым страдала в подростковом возрасте, и депрессивными эпизодами, которые иногда у нее бывали.

В приведенном ниже диалоге доктор С. применил несколько техник ИПТП для обсуждения инсайтов Анны, а также роли ее чувств в процессе поляризации пары. Прежде всего доктор С. использовал эмпатическое присоединение, чтобы помочь Марку понять переживания Анны, когда она находится в состоянии депрессии (в это время Марк имел обыкновение делать замечания о том, как Анна

«должна» думать, чувствовать и поступать). Затем доктор С. помог паре отстраниться от проблемы, заключающейся в том, что Анна чувствовала критику, когда Марк высказывал свои предложения. Вместо того чтобы вовлечь Анну и Марка в эмоциональное обсуждение поведения друг друга, доктор С. представил эту проблему как следствие базовых трудностей общения. Описывая эту проблему с позиции присущего паре стиля общения, доктор С. помог супругам отстраниться от самой проблемы и показал, как можно иначе реагировать на старую проблему (без проведения формального тренинга коммуникативных навыков).

Т: Мне кажется, что основная идея конфликта по поводу счастья, права на счастье напоминает благоухание вкусного и дорогого блюда: «Ладно, это блюдо содержит много жиров, но я с удовольствием его съем, потому что я это заслужила, я заслужила этот момент, точно так же, как заслужила момент счастья. Даже если у такого-то его нет, я все равно заслужила это счастье». Конечно, будет не просто отреагировать на слова Марка, выразив примерно следующее: «О боже, я действительно чувствую свою вину».

А: Когда я лежу на кушетке в состоянии депрессии, во мне все бурлит. Я себя ругаю.

Т: Марку необходимо это послушать, просто выслушать и сказать: «Это, должно быть, действительно трудно». Теперь, Марк, может возникнуть желание попытаться разрешить проблему, например сказать: «Ты не должна испытывать таких чувств» или «Такой-то чувствует себя так, потому что...», но это лишь активизирует самокритику и может даже перерасти в спор... Когда вы ощущаете боль, Марк, и видите, чего это Анне стоит, ваша реакция такова: «Позволь мне показать тебе, что надо делать». Но в ответ у Анны возникает чувство: «Идиот, ты все делаешь неправильно». Дальше начинается самокритика... Поэтому имеет смысл просто выслушать, перефразировать, тогда Анна сама услышит, что это неразумно. Вместо того чтобы критиковать, просто скажите: «Ты действительно чувствуешь, что недостойна всего этого», перефразируйте эти темы ее небезопасности, ее самобичевания, это своего рода поддержание связи с ней.

Наконец, доктор С. использовал повышение толерантности, чтобы Анна и Марк представили свою проблему как различие в стилях общения. Продолжая описывать существующую проблему с позиции трудностей коммуникации, доктор С. охарактеризовал реакцию Анны как основанную на чувствах, в то время как Марк был склонен прибегать к логике и рассуждениям. Доктор С. также указал, что проблемы в отношениях Анны и Марка часто возникают в результате этих различий, которые в действительности дополняют друг друга.

Т {Марку}: ...Вот к чему мне хотелось бы вас призвать — к новому способу реагирования. Вместо того чтобы пускаться в рассуждения, когда вам кажется, что чувства Анны необоснованны, и говорить: «Это бессмысленно», — лучше скажите: «Ты не заслуживаешь того, о чем говоришь», — о чем бы ни шла речь. А от вас, Анна, я ожидаю, что вы услышите слова Марка о том, что он вас понимает, и это сблизит вас с ним.

А: Да, во всяком случае, это не будет вариация на тему «Ты должна». {Марк смеется.}

Т: Анна обсуждает проблемы с позиции эмоциональных переживаний, а Марк основывается на рациональном опыте, каждая из этих позиций необходима и важна.

Этот фрагмент диалога показал, как партнеры отстранились от своей проблемы. Анна использовала фразу «вариация на тему "Ты должна"» для описания

основного мотива критики Марка, а Марк смог посмеяться над собственным поведением.

Заключение

Хотя исследование единичного примера из практики — полезная иллюстрация, оно, естественно, не позволяет сделать обобщающих выводов о результативности вмешательства. Однако данные пилотных исследований, о которых мы уже говорили, свидетельствуют об эффективности ИПТП. В настоящее время проводится масштабное клиническое исследование (участниками которого стали Анна и Марк). Это исследование позволит получить более достоверную информацию о действии терапии принятия на дистресс у пар.

Мы надеемся, что ИПТП принесет стойкое облегчение большинству пар в состоянии дистресса. Применяемый самостоятельно или в сочетании с другими вмешательствами (например, техниками ТПП), подход ИПТП, основанный на принятии, дает психотерапевтам новый набор техник для работы с длительно существующими конфликтами и другими «непримиримыми» различиями.

Примечания

1. Термин «терапия для пар» — более широкий, чем термин «супружеская терапия», поскольку может включать отношения между геями, лесбиянками и гетеросексуальные отношения независимо от заключения брака.
2. Подробное описание теории и техник ТПП приведено в специальном руководстве (Jacobson and Margolin, 1979).
3. Идентификационная информация о клиентах изменена с целью соблюдения конфиденциальности, однако клиническая динамика отражена точно, а цитаты приведены в соответствии с записями терапевтических сессий.
4. В главу не вошли случаи из практики, когда применялась ТПП, подобные описания довольно часто публикуют в других источниках (например, Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson & Margolin, 1979).
5. В рамках нашего проекта оценка жестокого обращения проводилась с помощью Шкалы тактики поведения в конфликтах (*CTS*), при этом исключались все пары, в которых жена сообщала об умеренном/выраженном жестоком обращении со стороны мужа. Такие пары исключались еще до встречи с психотерапевтами, им давали направление на соответствующее индивидуальное вмешательство по поводу жестокого обращения. Доктор С. работал с парой, поскольку жена не сообщила о проявлениях насилия со стороны мужа при ответах на вопросы шкалы *CTS* (хотя сообщила об этом на индивидуальной сессии). В клинических условиях мы рекомендуем терапевтам предлагать шкалу *CTS* всем клиентам, проверяя полученные сведения на индивидуальных сессиях, где прямо следует расспрашивать о проявлениях насилия, которые индивид отметил в *CTS*. Основываясь на этих интервью, терапевт принимает соответствующее решение (Jacobson & Gottman, 1999).

Литература

- Baucom, D. H., & Hoffman, J. A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597-620). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & Rankin, L. A. (1995). Cognitive aspects of cognitive behavioral marital therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 65-90). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., Shoham, V. M., Kim, T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165-190.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford Press.
- Cordova, J., & Jacobson, N. S. (1993). Couple Distress. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 481-512). New York: Guilford Press.
- Floyd, J. E., & Markman, H. J. (1983). Observational biases in spouse observation: Toward a cognitive/ behavioral model of marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 450-457.
- Floyd, F. J., Markman, H. J., Kelly, S., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1995). Preventive intervention and relationship enhancement. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 212-230). New York: Guilford Press.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Gurman, A. S., Knickerson, D. P., & Pinsoff, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 565-624). New York: Wiley.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich marital therapy study. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3-26). New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe, A. S., Beatty, S. B., & Anglin, K. (1995). The assessment and treatment of marital violence: An introduction for the marital therapist. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 317-339). New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe, A. S., & Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. In A. S. Gurman & D. P. Knickerson (Eds.), *Handbook of family therapy* (2nd ed., pp. 96-133). New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 92-100.
- Jacobson, N. S. (1978a). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T. J. Paolino & B. S. McGrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 395-444). New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S. (1978b). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 442-452.
- Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson, N. S., & Anderson, E. A. (1980). The effects of behavioural rehearsal and feedback on the acquisition of problem solving skills in distressed and nondistressed couples. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 25-36.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 351-355.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 518-522.

Приложение

- ACQ (Anxiety Control Questionnaire) — опросник контроля тревожности
- ACQ (Areas of Change Questionnaire) — опросник сфер изменения
- ADIS-IV-L (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version) — Диагностическое интервью с целью выявления тревожных расстройств на протяжении жизни для *DSM-IV*
- ADS (Alcohol dependence scale) — шкала алкогольной зависимости
- Agoraphobia Cognitions Questionnaire — опросник агорафобических убеждений
- Albany Panic & Phobia Questionnaire — Олбанский опросник паники и фобии
- American Academy of Addiction Psychiatry — Американская академия аддиктивной психиатрии
- American Society of Addiction Medicine, ASAM — Американское общество аддиктивной медицины
- Anxiety Sensitivity Index — индекс тревожной сенситивности
- ASI (Addiction Severity Index) — индекс выраженности пристрастия
- AVE (abstinence violation effect) — эффект нарушения абстиненции
- Bateman and Fonagy's partial hospitalization — подход частичной госпитализации Бейтмена и Фонаги
- BDI (Beck Depression Inventory) — опросник депрессии Бека
- Beck Anxiety Inventory — опросник тревожности Бека
- BES (Binge-eating Scale) — шкала приступов переедания
- BFNE (Brief Fear of Negative Evaluation Scale) — краткая шкала страха негативной оценки
- Body Sensations Questionnaire — опросник телесных ощущений
- Brief Symptom Inventory — краткий опросник симптомов
- BSPS (Brief Social Phobia Scale) — краткая шкала социальной фобии
- CAC (Compulsive Activity Checklist) — перечень навязчивых действий
- Camberwell Family Interview — семейное интервью Кэмбервелла
- CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) — шкала ПТСР, управляемого терапевтом
- CAPS-1 — версия для оценки актуального состояния и состояния на протяжении всей жизни; позволяет оценить симптоматику за последний месяц
- CAPS-2 — версия для оценки состояния за последнюю неделю; позволяет оценить симптоматику за неделю до обследования
- Centers for Disease Control and Prevention — центры по контролю за заболеваниями и профилактике
- CET (communication enhancement training) — тренинг коммуникативных навыков

- Challenging Beliefs worksheet — анкета оспаривания убеждений
- Challenging Questions list — вопросы, позволяющие поставить под сомнение иррациональные убеждения
- CIDI-SAM (Composite International Diagnostic Interview — Substance Abuse Module) — Комбинированное международное диагностическое интервью — Модуль пагубного употребления психоактивных веществ
- Cocaine Dependency Self-Test — самоотчет о кокаиновой зависимости
- Cognitive Self-Monitoring Form — анкета когнитивного самонаблюдения
- Combat Exposure Scale — шкала экспозиции к участию в военных действиях
- Community reinforcement — подход с подкреплением со стороны окружения
- Contingency clarification — стратегии прояснения обстоятельств
- contingency management — стратегии контроля обстоятельств
- Control Your Depression — методика «Контроль депрессии»
- CPT (cognitive processing therapy) — психотерапия когнитивной переработки
- CRA (community reinforcement approach) plus vouchers treatment — подход с подкреплением со стороны окружения плюс ваучерное вмешательство
- CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) — подход, использующий подкрепление со стороны окружения и семейный тренинг
- Daily Mood Record — отчет о настроении за день
- Daily Record of Dysfunctional thoughts — ежедневный отчет о дисфункциональных мыслях
- Daily Record of Worry Exposition — ежедневный отчет об экспозиции к беспокойству
- DAS (Dyadic Adjustment Scale) — шкала диадной адаптации
- DASS (Depression Anxiety Stress Scales) — шкалы депрессии, тревоги, стресса
- Decisional balance sheet — бланк принятия решения
- DIB (Diagnostic Interview for Borderlines) — диагностическое интервью для пограничных личностей
- DIS (Diagnostic Interview Schedule) — диагностический список для проведения интервью
- Downward arrow technique — техника «направленной вниз стрелы»
- DPQ (Drinking Patterns Questionnaire) — опросник-самоотчет способов употребления алкоголя
- Drinker Inventory of consequences — опросник последствий пьянства
- Drug Abuse Screening Test — скрининг-тест на злоупотребление наркотиками
- DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory) — опросник сексуального функционирования Дерогатиса
- Dual-representation theory — теория двойной репрезентации
- EC A (Epidemiologic Catchment Area) — эпидемиологическое исследование

- EDE (Eating Disorder Examination) — полуструктурированное интервью для исследования нарушений пищевого поведения
- EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) — опросник для исследования нарушений пищевого поведения
- EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) — опросник расстройств пищевого поведения
- EE (expressed emotion) — уровень эмоциональной экспрессии, или «выраженных эмоций», в семье
- EE, Camberwell — уровень эмоциональности по методу Кэмбервелла
- EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) — десенсибилизация и переработка травмирующей информации при помощи движений глаз
- Employee assistance programs — программы оказания помощи служащим
- Entering the paradox — стратегия «вход в парадокс»
- Extending — стратегия «выход за пределы»
- FAPB (Frequency and acceptability of partner behavior questionnaire) — опросник частоты и приемлемости видов поведения партнера
- Faulty Thinking Patterns list — перечень ошибочных стереотипов мышления
- FFT (family-focused treatment) — ограниченное по времени амбулаторное психосоциальное сфокусированное на семье вмешательство
- FNE (Fear of negative evaluation scale) — оригинальная шкала страха негативной оценки
- FRAMES — ПОРМЭУ (шесть общих составляющих эффективного повышения мотивации: персонифицированная обратная связь (*F*) с клиентом по поводу его статуса; акцент на личной ответственности (*R*) клиента за изменение; предоставление четких рекомендаций (*J*) о необходимости изменения, изложенных в поддерживающей манере; снабжение клиента меню (*M*) способов изменения; проведение вмешательства в теплой, эмпатической (*F*) и поддерживающей манере; повышение уверенности клиента в своей способности (*S*) достичь изменения)
- GAS (Global Assessment Scale) — глобальная диагностическая шкала
- Global adjustment scale — шкала общей адаптации
- Hamilton Anxiety and Depression Scales — шкалы депрессии и тревоги Гамильтона
- Hamilton Anxiety Scale — шкала тревоги Гамильтона
- Hamilton rating scales — оценочные шкалы Гамильтона
- HDRS (Hamilton depression rating scale) — оценочная шкала депрессии Гамильтона
- High-EE — высокоэкспрессивные выраженные эмоции
- How to control your drinking — руководство «Как контролировать свое употребление алкоголя»
- IBCT (Integrative behavioral couple therapy) — ИПТП (интегративная поведенческая терапия для пар)

- Identifying Assumptions List — перечень для выявления убеждений
- IES (Impact of event scale) — шкала влияния события
- Inventory of alcohol situations — опросник ситуаций употребления алкоголя
- IPT (interpersonal psychotherapy) — межличностная психотерапия (МЛП)
- Irreverent communication — стратегии неуважительного общения
- Langley's self-management therapy — психотерапия самоуправления Ленгли
- Leeds Anxiety Scale — шкала тревоги Лидса
- Leisure-interest Inventory — опросник интересов в проведении досуга
- Leyton Obsessional Inventory — опросник навязчивых мыслей Лейтона
- Liebowitz Self-Rated Disability Scale — шкала самоотчета Лейбовица о нарушениях функционирования
- Life Events Checklist — перечень жизненных событий
- Low-EE — низкоэкспрессивные выраженные эмоции
- LSAS (Liebowitz Social Anxiety Scale) — шкала социальной тревоги Лейбовица
- Lynfield Obsessional Compulsive Questionnaire — опросник навязчивых мыслей и навязчивых действий Линфилда
- Marital Happiness Scale — шкала супружеского счастья
- Marital Satisfaction Inventory — Revised — пересмотренный опросник супружеской удовлетворенности
- Marital Status Inventory — опросник супружеского статуса
- Marziali and Monroe-Blum's relationship management psychotherapy — психотерапия налаживания отношений (ПНО) по Марциали и Монро-Блум
- MAST (Michigan Alcohol Screening Test) — Мичиганский скрининг-тест на алкоголь
- Mississippi Scale for Combat-Related PTSD — Миссисипская шкала ПТСР, связанного с участием в военных действиях
- MM (Moderation Management) — движение «За умеренное употребление алкоголя»
- MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) — Миннесотский многофакторный личностный опросник
- Mobility Inventory — опросник мобильности
- Modified Conflict Tactics Scale — модифицированная шкала тактики поведения в конфликте
- Multimodal Life History Inventory — многосторонний анамнестический вопросник
- National Institute of Mental Health — Национальный институт психиатрии
- National Institute on Drug Abuse — Национальный институт по проблемам злоупотребления наркотиками
- National Women's Study — Национальное исследование женщин

- NCS (National Comorbidity Survey) — Национальное исследование сопутствующих заболеваний
- NIMH TDCRP (National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program) — Программа исследования вмешательств при депрессии Национального института психиатрии
- NVVRS (National Vietnam Veterans Readjustment Study) — Национальное исследование реадaptации ветеранов войны во Вьетнаме
- OCRS (Obsessive Compulsive Responsibility Scale) — шкала обсессивно-компульсивного чувства ответственности
- Panic Attack Record — отчет о приступе паники
- Patient interview — интервью пациента
- PCT (Panic control treatment) — ВКП (вмешательство по контролю паники)
- PD (panic disorder) — паническое расстройство без агорафобии (ПР)
- PDA (panic disorder with agoraphobia) — паническое расстройство, сопровождающееся агорафобией (ПРА)
- PE (prolonged exposure) — пролонгированная экспозиционная терапия
- Perceived Criticism Scale — шкала воспринимаемой критики
- PMR (progressive muscle relaxation) — прогрессивная мышечная релаксация (ПМР)
- Potential Stressful Events Interview — интервью потенциально стрессовых событий
- Practical Needs Assessment questionnaire — опросник практических потребностей
- Pretrial Treatment Programms — Программы досудебного вмешательства
- PSDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) — Диагностическая шкала посттравматического стресса
- PSWQ (Penn State Worry Questionnaire) — опросник для выявления склонности к беспокойству; разработан Борковцем с коллегами в Университете штата Пенсильвания
- PTSD Checklist - опросник ПТСР
- PTSD Symptom Scale — Interview — шкала-интервью симптомов ПТСР
- PTSD Symptom Scale — Self-Report — шкала-самоотчет симптомов ПТСР
- Purdue PTSD Scale—Revised — пересмотренная шкала ПТСР
- Quality of Life Inventory — опросник качества жизни
- RCU (Rutgers Consequences of Use Questionnaire) — Ратджеровский опросник последствий пьянства
- Readiness to Change Questionnaire — опросник готовности к изменениям
- Reconcilable Differences — руководство «Примиримые различия»
- Relaxation Record — анкета «Отчет о релаксации»
- RMP (relationship management psychotherapy) — психотерапия налаживания отношений (ПНО)

- RP (relapse prevention) — терапия, направленная на профилактику рецидивов
- SAMs (situationally accessed memories) — ситуационно доступные воспоминания
- SASB (Benjamin's Structural Assessment of Social Behavior) — структурная оценка социального поведения Бенджамин
- SASB (Structural Analysis of Social Behavior) — структурный анализ социального поведения Лорны Бенджамин
- SASB-RCL (SASB-Reconstructive Learning) — подход структурной оценки социального поведения — реконструктивного научения
- SBQ (Spouse Behavior Questionnaire) — опросник супружеского поведения
- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Lifetime Version, Anxiety Modified — интервью при аффективных расстройствах и шизофрении (версия без ограничения срока действия), модифицированных тревогой
- Schema Conceptualization Form — анкета концептуализации схем
- SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV — Patient Version) — структурированное клиническое интервью для *DSM-IV* — версия пациента
- SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) — структурированное клиническое интервью для *DSM-IV*
- SCL-90-R (Symptom Checklist 90 — Revised) — пересмотренный перечень симптомов-90
- SIAS (Social Interaction Anxiety Scale) — шкала тревоги, связанной с социальным взаимодействием
- SIT (self-instructional training) — тренинг самообучения
- SMART (Self-Management and Recovery Training) — тренинг самообладания и исцеления
- Social Rhythm Metric — измерение социального ритма
- SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) — шкала готовности к изменениям и стремления к терапии
- Soft disclosures — стратегия «мягких самораскрытий»
- SORC — PCOI (реакция в виде употребления алкоголя (*response, R*) на внешние стимулы (*stimuli, S*), предшествующие употреблению алкоголя; эта реакция опосредуется когнитивными, аффективными и физиологическими организменными (*organismic, O*) факторами; а также поддерживается положительными последствиями (*consequences, C*) употребления алкоголя)
- SOS (Save Ourselves) — религиозная организация за трезвость «Спасем себя сами»
- SOS (Sexual Opinion Survey) — опросник сексуальных убеждений
- SPAI (Social Phobia and Anxiety Inventory) — опросник социальной фобии и тревоги
- SPS (Social Phobia Scale) — шкала социальной фобии
- Standardized feedback sheet — стандартное заключение обратной связи
- State-Trait Anxiety Inventory — опросник тревожного состояния

- State-Trait Anxiety Inventory — тест тревоги как состояния и тревожности как свойства личности
- Stress inoculation training — тренинг-прививка от стресса
- Structured Patient Interview — структурированное интервью пациента
- SUDS (subjective units of discomfort scale) — субъективные единицы шкалы дискомфорта
- TAU (treatment as usual) — стандартное вмешательство
- TBCT (traditional behavioral couple therapy) — традиционная поведенческая терапия для пар (ТИТП)
- Thomas's unilateral family therapy — односторонняя семейная терапия Томаса
- Three-factor Eating Questionnaire — трехфакторный опросник потребления пищи
- TLFB (Timeline Follow-Back Interview) — анамнестическое интервью
- Traumatic Events Questionnaire — опросник травмирующих событий
- Traumatic Stress Schedule — опросник травматического стресса
- TSI (Trauma Symptom Inventory) — опросник симптомов травмы
- University of Rhode Island Change Assessment Scale — шкала оценки изменений Университета Род-Айленда
- VA (Department of Veterans Affairs) — Управление по делам бывших военнослужащих
- VAMs (verbally accessible memories) — вербально доступные воспоминания
- Weekly Activity Schedule — расписание дел на неделю
- Weekly Record of Anxiety and Depression — еженедельный отчет о проявлениях тревоги и депрессии
- Women for Sobriety — программа самопомощи для женщин «Женщины за трезвость»
- Working Alliance Inventory — опросник рабочего альянса
- Worry-Behavior Prevention Form — анкета профилактики беспокойного поведения
- Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) — шкала обсессивно-компульсивного расстройства Йейла-Брауна
- Young Compensation Inventory — опросник компенсации Янга
- Young Parenting Inventory — опросник функционирования родителей Янга
- Young Schema Questionnaire — опросник схем Янга
- Young—Rygh Avoidance Inventory — опросник избегания Янга—Рая