

Краткое описание процедур

Рабочая книга клиента по терапевтической программе *MAP-IV* состоит из четырех основных частей. В первой части излагаются основы и содержится следующее:

1. Информация образовательного характера, предназначенная для устранения неверных сведений и представлений о соматических ощущениях, тревоге и панике.
2. Описание порядка самостоятельного ведения записей в специальных формах, что способствует объективному самосознанию и научному подходу к собственной тревоге и панике.

Вторая часть рабочей книги клиента посвящена навыкам совладания с тревогой и паникой и содержит следующее:

1. Тренинг навыков дыхания, научающий медленному и диафрагмальному дыханию.
2. Когнитивная реструктуризация, иначе называемая навыками мышления, предназначенная для выявления и замещения тревожных и ошибочных мыслей более реалистичными на основе свидетельств.

Третья часть рабочей книги клиента посвящена экспозиции и содержит следующее:

1. Экспозиция *in vivo* ситуаций, где предвидится появление приступов паники или похожих на панику симптомов. Характерными примерами таких ситуаций служат кинотеатры, рестораны, торговые центры и длинные очереди. Условием проведения экспозиции *in vivo* является исключение всех видов безопасного поведения (например, стремления на что-то или кого-то опереться) и сигналов безопасности (пустых пузырьков из-под лекарств), которые невольно усиливают страх.

2. **Интероцептивная экспозиция**, предназначенная для систематического и контролируемого выявления соматических ощущений. Повторяющаяся экспозиция приводит к повышению толерантности к подобным ощущениям, что помогает избавиться от явного или неявного их избегания и снижает страх перед ними. Интероцептивная экспозиция включает как имитационные упражнения (например, вращение в кресле, намеренная гипервентиляция), так и повседневную деятельность в естественных условиях (например, физической активности в спортзале, вождения автомобиля в жаркую погоду). И в этом случае исключение безопасного поведения и сигналов безопасности имеет решающее значение. Кроме того, интероцептивная экспозиция является составной частью экспозиции *in vivo*.

Четвертая часть рабочей книги клиента посвящена планированию на будущее и содержит следующее:

1. Обсуждению лекарств и способов их отмены.
2. Предотвращению рецидива.

Механизмы экспозиционной терапии

Мы считаем, что за терапевтические изменения отвечают несколько механизмов. Здесь кратко описываются наиболее релевантные из них, поскольку их знание упрощает эффективное планирование терапевтического курса.

Габитуация

Термин *габитуация* обозначает снижение силы реакции на повторяющиеся стимулы. Это означает, что страх человека убывает по мере того, как он снова и снова сталкивается с тем, чего боится. По всей вероятности, чрезмерно высокое возбуждение препятствует габитуации. Кроме того, габитуации препятствуют длительные интервалы между экспозициями. Но маловероятно, чтобы габитуация служила причиной долгосрочного ослабления страха, поскольку она не относится к процессам научения, и со временем происходит отвыкание от габитуационных реакций.

Угасание

Термин *угасание* обозначает снижение реакции вследствие повторения неподкрепляемой реакции: повторяющееся столкновение с вызывающими страх стимулами (*условный раздражитель*, УР) не приводит к негативным последствиям (*безусловный раздражитель*, БУР). Таким образом, человек, боящийся высоты, вследствие повторяющейся экспозиции научается тому, что он не упадет вниз. Феномен угасания подтверждаются тем фактом, что одна продолжительная экспозиция обычно оказывается более эффективной, чем серия коротких экспозиций той же в сумме продолжительности. Ведь повторяющаяся экспозиция предоставляет достаточно времени для научения отсутствию авersive последствий. Именно по этой причине в данной рабочей книге клиента рекомендуется продолжать интероцептивную экспозицию после того, как будут отмечены соматические ощущения; также рекомендуется продолжать экспозицию *in vivo* вызывающих страх агорафобических ситуаций.

Джозеф Вольпе (*Wolpe, 1958*) объяснял угасание контробусловливанием или реципрокной ингибцией. Конкретнее, когда антагонистичная тревоге реакция происходит в присутствии вызывающих тревогу стимулов, что приводит к полному или частичному подавлению тревожной реакции и ослаблению связи между стимулом и тревожной реакцией. Но предложенная Дж. Вольпе модель была подвергнута критике, поскольку экспозиция может быть эффективной и без антагонистичных тревоге реакций. В ответ на эту критику Дж. Вольпе (*Wolpe, 1990*) предположил существование множества непредусмотренных факторов реципрокной ингибции, включая присутствие самого психотерапевта, что противодействует тревоге во время экспозиционной терапии. Конечно, данное положение требует эмпирического подтверждения.

Последующие модели обусловливания поддерживают мнение о том, что угасание включает новое научение ингибированию ассоциаций между УР и БУР, что противоположно отучению от первоначальной ассоциации между УР и БУР. Так, М. Э. Бутон и его соавторы (*Bouton, 1993*) предполагают, что первоначальное возбуждающее значение УР не стирается во время угасания, а, напротив, происходит научение его дополнительному ингибирующему

значению. Такое двойственное значение УР создает неоднозначность, которая разрешается только контексте, в котором предъясняется УР. Здесь М. Э. Бутон применяет аналогию с неоднозначным словом. Так, реакция на слово “огонь” зависит, главным образом, от контекста, в котором оно появляется. В частности, слово “огонь” может вызвать паническую реакцию в заполненном театре, но вряд ли возбудит малейшую реакцию в тире на ярмарке. Таким образом, контекст определяет значение, которое проявляется в данный момент. В терминах, имеющих отношение к лечению тревоги, соматические ощущения могут означать “внезапную смерть”, если они испытываются в контексте, напоминающем человеку о сильных приступах паники, которыми он страдал до начала лечения, тогда как те же самые ощущения могут означать нечто “неприятное, но безвредное”, когда они испытываются в контексте, напоминающем человеку о его терапевтическом успехе. Отсюда главный вывод: экспозицию следует проводить в как можно более разнообразных контекстах, чтобы минимизировать контекстную специфичность ослабления страха и повысить вероятность ингибирующих или не вызывающих страх значений в любых контекстах, где клиент может столкнуться со стимулом по завершении лечения.

Самоэффективность и контроль

Как следует из теории *самоэффективности*, терапевтический успех зависит от уверенности человека в своей способности справиться с определенной задачей (*Bandura, 1977*). Самоэффективность отличается от *ожидаемых результатов*, означающих воспринимаемую вероятность и значение негативных событий. Ожидаемая эффективность оказывает влияние на выбор деятельности и установок, определяя затрачиваемые усилия и стойкость перед лицом препятствий или аверсивного опыта. Иными словами, от самоэффективности зависит совладание с вызывающими страх ситуациями. Как предполагается, самоэффективные суждения происходят из четырех основных источников: достигнутые успехи, словесные убеждения, косвенный опыт и физиологическое возбуждение. Первый из этих источников наиболее важный, ведь именно достигнутые успехи служат

наиболее очевидным свидетельством собственных способностей и навыков.

С самоэффективностью связано представление о том, что страх снижается по мере увеличения воспринимаемое контроля (Barlow, 1988). В частности, изменение *тенденции действовать исходя из страха* на ее противоположность, или ослабление побуждений к избегающему поведению приводит к ощущению, что события или эмоции более не являются бесконтрольными, а это, в свою очередь, ослабляет страх и тревогу. Этого можно достичь путем предотвращения тенденции действовать исходя из страха или поддержки соперничающих с ней тенденций, в том числе тех, которые отличаются позитивными эмоциями (например, юмор).

Эмоциональная обработка

Понятие *эмоциональной обработки* было впервые ввел С. Дж. Рахман (Rachman, 1981) и впоследствии расширили Э. Б. Фoa и М. Дж. Козак (Foa & Kozak, 1986). В нем сочетаются концепции габитуации и когнитивной модификации, за которыми стоят два необходимых условия ослабления страха: его полная активация и внедрение нового материала, несовместимого с вызывающими страх воспоминаниями, что формирует новые воспоминания. Самым эффективным способом активации страха является непосредственная экспозиция вызывающих страх стимулов. Согласно такой модели, повторяющаяся экспозиция делает несовместимой информацию, которая поступает от кратковременной физиологической габитуации, диссоциируя стимул и реакцию (научение тому, что стимул может появиться и в отсутствие возбуждения). Габитуация между терапевтическими сессиями обусловлена изменениями в значениях, которые приписываются стимулу и реакции (т.е. риск вреда снижается, и аффективная валентность становится менее негативной), что меняет ожидаемые последствия. Таким образом, имеются три показателя эмоциональной обработки: свидетельство первоначального физиологического возбуждения и воспринимаемый дистресс (т.е. активация страха); постепенное ослабление реакций во время экспозиции (т.е. габитуация во время терапевтических сессий); ослабление первоначальных

реакций на стимул от экспозиции к экспозиции (т.е. габитуация между терапевтическими сессиями).

Нарушение ожиданий и толерантность к страху

По данным недавних исследований, ни физиологическая габитуация, ни ослабление страха *во время экспозиции* не определяют общий результат (см., например, *Craske & Mystkowski, 2006*), но самоэффективность через достижение успеха определяет общее ослабление фобий (см., например, *Williams, 1992*), и толерантность к страху и тревоге является более важным опытом научения, чем исключение страха и тревоги (см., например, *Eifert & Forsyth, 2005*). Поэтому основное внимание теперь должно быть сосредоточено на пребывании в фобической ситуации вплоть до того момента, когда клиенты научатся одному из двух: то, что их наиболее беспокоит, случается редко, а то и вообще не происходит, или же они могут совладать с фобическим стимулом и перенести тревогу.

Таким образом, продолжительность экспозиции должна зависеть не от ослабления страха, а от условий, необходимых для нового научения, которое постепенно снижает страх и тревогу от экспозиции к экспозиции. По существу, уровень страха или его снижение на протяжении отдельной экспозиции больше не считается показателем научения, но, скорее, рефлексией достигнутого успеха. Показателем научения является уровень тревоги, которую клиент испытывает в следующий раз или немного позже при столкновении с фобической ситуацией.

И это еще одна причина, по которой так важно заменить бегство и избегающее поведение, включая безопасное поведение или полагание на сигналы безопасности, толерантностью к страху и тревоги. Активное избегание играет центральную роль в порождении страха. Активация автономной нервной системы в ответ на состояния сильного страха или тревоги, является механизмом выживания (реакцией “борьбы или бегства”), основное назначение которого — подготовить организм к таким видам защитного поведения, как бегство, борьба или ступор. Предварительное избегание в предвосхищении опасности (т.е. агорафобическое избегание) более вариабельно и подвержено влиянию индивидуальных

отличий в выученных способах приближения и избегания. Тем не менее, почти каждый клиент, страдающий паническим расстройством (ПР), использует то или иное предварительное избегание, полагаясь на сигналы безопасности (например, стремление держаться поблизости от медицинских учреждений, постоянное ношение с собой анксиолитиков), безопасное поведение (включая стремление занять свой ум другими мыслями, чтобы не думать о панике; совершение размеренных телодвижений, чтобы не допустить необычные ощущения; опирание на стены, чтобы не упасть; стремление не ввязываться в споры или другие источники эмоционального возбуждения), или просто на избегание конкретных ситуаций. В рабочей книге клиента описываются способы отучения как от активного, так и от предварительного избегания.

Клинический случай

Когда С. направили на лечение, ей было 28 лет, она была замужем, и у нее было двое детей трех и пяти лет. Свой первый приступ паники С. пережила приблизительно за год до первичного оценивания. Ее отец умер за три месяца до ее первого приступа паники. Его смерть была неожиданной и произошла вследствие инсульта. Помимо скорби по своему отцу, С. стала сильно беспокоиться по поводу того, что с ней также может случиться инсульт. Как сообщила С., до смерти своего отца она никогда не испытывала ничего подобного приступам паники, как, впрочем, и чрезмерного беспокойства по поводу ее здоровья вообще. Очевидно, что потеря отца внезапно изменила направленность ее внимания, и с этого у нее и начался цикл тревоги.

Неожиданная смерть отца стала причиной того, что у С. повысилось осознание неминуемости собственной смерти, особенно с учетом того, что “в жизни все так непредсказуемо”. С момента смерти отца и до своего первого приступа паники С. становилась все более чувствительной к своим соматическим ощущениям. После первого приступа паники С. весьма настороженно относилась к ощущениям покалывания в коже головы, боли вокруг глаз и онемению рук и ног, особенно с левой стороны ее туловища. Она истолковывала подобные симптомы как явные признаки надвигающегося инсульта. Более того, ее опасения стали

более обобщенными, и поэтому она начала бояться и других физических симптомов, в том числе затрудненного дыхания и учащенного сердцебиения.

Опасения С. привели к значительным изменениям в ее жизненном укладе, хотя характер ее избегания не был выражено агорафобическим. Она продолжала функционировать дома и на работе в ролях матери и конторской служащей. Тем не менее, в результате тревожности по поводу паники С. стала избегать ничем не занятого времени, когда могли появиться мысли о “своем самочувствии” и довести ее до паники. В действительности, С. стала принимать участие в работе нескольких организаций и обществ, заниматься самой разнообразной деятельностью, тем самым отвлекаясь от своих чувств. С. испытывала трудности с отходом ко сну, и поэтому у нее выработалась привычка засыпать, когда она смотрела телевизор. Она ограничила свои физические упражнения из-за симптомов, которые они вызывали, хотя раньше любила бегать трусцой. Она избегала регулярных медосмотров, поскольку боялась, что врач обнаружит у нее свидетельства микроинсультов или надвигающегося обширного инсульта. Уровень своего эмоционального возбуждения С. старалась поддерживать на минимальном уровне, и поэтому избегала напряженных ситуаций как в межличностных отношениях, так и на работе, боясь спровоцировать панику. Она избегала также кофеина из-за тех симптомов, которые он вызывает. Кроме того, она старалась не думать о смерти своего отца, поскольку скорбь о нем быстро перерастала в страх и панику.

С. чувствовала, что вся ее жизнь сосредоточилась вокруг переживания паники и инсульта. И хотя ее опасения по поводу инсульта были наиболее сильными на пике приступов паники, боязнь инсульта присутствовала и в другие моменты ее жизни. С. была здорова (медосмотр не выявил никаких физических нарушений) и не принимала никаких лекарств. На протяжении года после первого приступа паники частота ее приступов сильно разнилась, хотя они не прекратились полностью. Уровень ее тревоги по поводу возобновления паники и связанных с ней угроз продолжал оставаться высоким в течение всего года. По результатам клинического интервью и самомониторинга,

наиболее выраженными симптомами паники у С. были следующие: онемение, затрудненное дыхания, учащенное сердцебиение и боязнь смерти. Помимо опасений по поводу инсульта, С. очень беспокоило, что станет с ее семьей, если она умрет, а ее дети останутся без матери. Эти соображения были непосредственно связаны со страданиями, которые она сама перенесла после смерти отца.

С. прошла курс лечения по предлагаемой нами программе. Первоначально она очень хорошо реагировала на корректирующую информацию и когнитивную реструктуризацию, поскольку была в состоянии противиться своим мыслям об инсульте, принимая во внимание медицинские свидетельства и фактическую вероятность. Она осознала, что слишком переоценивала вероятность своего инсульта и неверно истолковывала физические симптомы как признаки его приближения. Но иногда С. использовала такую информацию как способ ободрить себя, не до конца понимая роль тревожного мышления. Это означает, что хотя такая информация и ободряла ее, но не вошла в новый образ ее мыслей.

Она и дальше оставалась чувствительной к таким признакам надвигающейся паники, как учащенное сердцебиение или затрудненное дыхание, которые были вызваны физической нагрузкой или были результатом нормальных колебаний состояния ее организма. И только на этапе интероцептивной экспозиции ее чувствительность к физическим симптомам и опасения по поводу инсульта существенно снизились. С. была научена навыкам дыхания и успешно пользовалась ими, чтобы, несмотря на тревогу, продолжать начатое, вместо того чтобы отступить в “безопасное” место. Первоначально она применяла навыки дыхания, чтобы предотвратить негативные переживания по поводу паники или инсульта. Тем не менее, С. научилась применять навыки дыхания в качестве адаптивной стратегии, позволяющей лицом к лицу столкнуться со своими страхами, а не как попытку предотвратить возможные ужасные последствия.

С. обнаружила, что после следующих интероцептивных упражнений у нее возникали ощущения, очень похожие на ее естественные переживания: гипервентиляция, задержка дыхания,

дыхание через соломинку и подъем по лестнице. Это были те ощущения, которые ее наиболее тревожили. Первоначально упражнения повышали настороженность С. по отношению к соматическим ощущениям, и поэтому она паниковала чаще, чем в предыдущие месяцы. В конечном счете, ее сенситивность снизилась благодаря практике. К видам повседневной деятельности, порождавшим у С. физические симптомы, относилось лежание на кровати без включенного телевизора, объективное осмысление своих соматических ощущений, быстрая ходьба в одиночку, употребление кофе, чтение информации об инсульте, мысли о смерти ее отца и плавание. Некоторые из этих видов повседневной деятельности давались С. трудно, поскольку она не могла избавиться от сопровождавших их физических ощущений. Но она осознала, насколько важно быть толерантной к своим ощущениям и не расценивать их как опасные для жизни, и, в конечном счете, стала меньше тревожиться.

С. испытала несколько приступов паники в течение первых недель лечения, их частота возросла с началом интероцептивной экспозиции, после чего пошла на убыль. Ее убеждения по поводу вероятности инсульта и опасения по поводу благополучия детей убавились вместе с ослаблением общей тревоги и паники. К концу лечения некоторые другие особенности ее жизни изменились без прямого вмешательства со стороны психотерапевта. С. сообщила, что она стала заниматься работой и семьей уже не ради того, чтобы как-то отвлечься от своей тревоги, а ради непосредственного участия и удовольствия. Кроме того, С. прошла офтальмологическое обследование, которого она избегала шесть-семь предыдущих месяцев, боясь, что оно выявит следы микроинсульта. В конце терапевтической программы С. переоценила свое самочувствие и решила, что имеется очень мало свидетельств надвигающегося инсульта. Такое состояние сохранялось у нее в течение полугода после итогового оценивания по завершении лечения.
