

Когнитивно- поведенческая терапия для ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

***ПРАКТИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО***

ЛИ ДЭВИД

**Когнитивно-
поведенческая
терапия
для ВРАЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ**

*ПРАКТИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО*

USING CBT IN GENERAL PRACTICE

THE 10 MINUTE CBT HANDBOOK

2nd Edition

LEE DAVID

Когнитивно- поведенческая терапия для ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

***ПРАКТИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО***

ЛИ ДЭВИД

Київ
Видавництво
“НАУКОВИЙ СВІТ”
2023

УДК 616.891

Д94

Перевод с английского и редакция *Е.М. Савиновой*

Научный консультант канд. психол. наук *О.В. Гусева*

Дэвид, Ли

Д94 Когнитивно-поведенческая терапия для врачебной практики. Практическое руководство/Ли Дэвид; пер. с англ. Е.М. Савиновой. — Киев. : “Науковий Світ”, 2023. — 382 с. : ил. — Парал. тит. англ. ISBN 978-617-550-074-3 (укр.) ISBN 978-1-904842-93-4 (англ.)

В книге представлены уникальные практические советы, необходимые для внедрения КПТ в условиях ограниченного времени и загруженности работой врача общей практики. Пособие обязательно для чтения всем врачам общей практики, которые должны предлагать КПТ в качестве варианта лечения. Поскольку это практическое руководство, а не просто теоретическая работа, книга также будет интересна другим специалистам, вовлеченным во взаимодействие с клиентами с психологическими проблемами, таким как практикующие медсестры, патронажные работники, медсестры психиатрических отделений, практикующие консультанты и врачи паллиативной помощи.

УДК 616.891

Все права защищены.

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

Copyright © Scion Publishing Ltd, 2013.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition of the *Using CBT in General Practice: The 10 Minute CBT Handbook*, 2nd Edition (ISBN 978-1-904842-93-4), published by Scion Publishing Ltd.

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

Оглавление

Предисловие	17
Введение	19
Раздел А. Теория	
Глава 1. Знакомство	21
Глава 2. Адаптация КПТ к применению в общей практике	31
Глава 3. Когнитивно-поведенческая модель	41
Глава 4. Представление когнитивно-поведенческого подхода клиентам	59
Глава 5. Навыки общения, необходимые в КПТ	71
Раздел Б. Техники	
Глава 6. Преодоление негативных мыслей	95
Глава 7. Преодоление непродуктивного поведения	111
Глава 8. Постановка целей и преодоление сопротивления переменам	125
Глава 9. Преодоление преград: проблемно ориентированный подход	141
Глава 10. Глубинные уровни: основополагающие убеждения и правила	161
Глава 11. Осознанность и принятие	183
Раздел В. Клинические рекомендации	
Глава 12. Депрессия	199
Глава 13. Бессонница	219
Глава 14. Тревожные расстройства	233
Глава 15. Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы	263
Глава 16. Хронические заболевания	289
Глава 17. Функциональные расстройства соматического характера	305
Глава 18. Низкая самооценка	329
Глава 19. Сложные клиенты	349
Тренинг для медицинских специалистов	368
Список литературы и литература для дополнительного изучения	369

Содержание

Предисловие	17
Введение	19
Как пользоваться книгой	19
Об авторе	20
Благодарности	20
Глава 1. Знакомство	21
Что такое КПТ	21
Важность КПТ в первичной медицинской помощи	22
Доступность КПТ	23
Что такое 10-минутная КПТ	24
Основные принципы КПТ	27
Различные перспективы одной и той же ситуации	27
Ключевые моменты	30
Раздел А. Теория	
Глава 2. Адаптация КПТ к применению в общей практике	31
Практические аспекты внедрения КПТ	
в краткие консультации	31
Выбор клиентов	31
Каким клиентам не показана КПТ	33
Управление нехваткой времени	34
Самоанализ поведения врача общей практики	35
Открыть “ящик Пандоры”	36
Оставаться реалистом	37
Изучение и применение навыков КПТ в общей практике	38
Ключевые моменты	38
Глава 3. Когнитивно-поведенческая модель	41
Представление модели	41
Понимание мыслей и когниций	41
Что такое мысли	41

Цепочки мыслей	42
Чувства и эмоции	44
Взаимосвязь между мыслями и чувствами	45
Отделение мыслей от чувств	45
Связь мыслей и чувств	46
Роль поведения	49
Разрушение негативных циклов с помощью изменения поведения	51
Телесные проявления и симптомы	51
Окружающая среда, социальные обстоятельства и культурные особенности	53
Ранний опыт	53
Социальные обстоятельства и окружающая среда	54
Жизненные события	54
Культурные особенности и другие социальные факторы	55
Разработка “формулировки случая”	55
Ключевые моменты	57
Глава 4. Представление когнитивно-поведенческого подхода клиентам	59
Начало работы	59
КПМ для ведения записей	59
Использование записей: что сказать	61
Обсуждение КПМ	61
Обсуждение мыслей	62
Обсуждение чувств	64
Изучение поведения	65
Телесные проявления	66
Социальные факторы и окружающая среда	68
Подведение итогов	69
Ключевые моменты	69
Глава 5. Навыки общения, необходимые в КПТ	71
Эффективная коммуникация в КПТ	71
Терапевтические отношения	72
Формирование отношений сотрудничества	72

Действовать непринужденно	73
Направляемое открытие для построения сотрудничества	74
Выражение эмпатии	75
Коммуникативные навыки в КПТ	76
Проблемно ориентированный подход	77
Что говорить	77
Определение ключевых проблем	79
Что говорить	79
Изучение примера с использованием КПМ	80
Подводите итоги и выделяйте взаимосвязи	80
Определение взаимосвязи	82
Побуждающие вопросы	83
Объяснения, расширяющие возможности	85
Что говорить	86
Постановка и проверка домашнего задания	86
Выполнение домашнего задания	86
Что говорить	86
Преодоление трудностей с выполнением домашних заданий	88
Обратная связь/проверка понимания	92
Ключевые моменты	92

Раздел Б. Техники

Глава 6. Преодоление негативных мыслей	95
Как помогает изменение мыслей	95
Непродуктивные стили мышления	95
Сложности с попытками не думать о негативном	99
Отвлечение	99
Трудности при отвлечении	100
Расширение взглядов на сложные ситуации	101
Оценка негативных мыслей	103
Выявление негативных идей	103
Оценка правдоподобности	103
Записывание мыслей	104

Преодоление непродуктивных мыслей с помощью записей	107
Преодоление трудностей с записыванием мыслей	109
Ключевые моменты	109
Глава 7. Преодоление непродуктивного поведения	111
Важность изменения поведения	111
Вовлечение клиентов	111
Реалистичные ожидания в отношении улучшений	112
Поведенческая активация	112
Поведенческие эксперименты	114
Определение подходящих поведенческих экспериментов	115
Разработка и проведение эффективных поведенческих экспериментов	115
1. Определение проблемы	116
2. Планирование изменений в поведении	118
3. Новое поведение и наблюдение за тем, что произошло	119
4. Анализ и размышления	120
Ключевые моменты	123
Глава 8. Постановка целей и преодоление сопротивления переменам	125
Постановка целей	125
Ценности и личные преимущества перемен	126
Планируйте вознаграждения	129
Укрепление уверенности в достижении целей	129
Преодоление преград на пути к переменам	130
Пересмотр целей	131
Преодоление неудач	131
Регулирование темпа	132
Циклы взлетов и падений	132
Заданный темп — альтернатива взлетам и падениям	133
Мотивационное интервью	133
Ключевые коммуникативные навыки	134
Обратите внимание на несоответствия	134
Обсудите важность перемен	135
Анализ затрат и выгод	135

Замечайте и поощряйте “разговоры о переменах”	136
Подчеркивайте самостоятельность клиента	137
Ключевые моменты	139

Глава 9. Преодоление преград: проблемно ориентированный подход	141
Что такое проблемно ориентированный подход	141
Когда применять	141
Знакомство клиентов с подходом	141
Восемь этапов проблемно ориентированного подхода	142
Этап 1. Составьте список проблем	142
Этап 2. Выберите проблему для решения	144
Этап 3. Четко определите проблему	146
Этап 4. Генерирование решений	147
Этап 5. Выбор решения	149
Этап 6. План действий	151
Этап 7. Выполнение плана	153
Этап 8. Анализ того, что произошло	154
Анализ трудностей	154
Цикл решения проблем	157
Ключевые моменты	158

Глава 10. Глубинные уровни: основополагающие убеждения и правила	161
Различные типы мышления	161
Откуда берутся правила и убеждения	164
Неконструктивные правила и глубинные убеждения	166
Самореализация правил и глубинных убеждений	167
Зачем врачам знать о глубинных убеждениях и правилах	169
Поддержание эмоциональной безопасности	169
Определение глубинных убеждений и правил	170
Изменение неконструктивных правил	172
Поведенческие эксперименты для преодоления неконструктивных правил	176
Изменение глубинных убеждений	179
Ключевые моменты	180

Глава 11. Осознанность и принятие	183
Что такое осознанность	183
Способы достижения осознанности	185
Терапия принятия и ответственности	185
Избегание переживаний	186
Развитие осознанности	188
Быть в контакте с настоящим моментом	188
Принятие	189
Когнитивное разделение	189
Обретение наблюдающего “я”	192
Ответственность и действия, основанные на ценностях	193
Больше упражнений на осознанность	194
Ключевые моменты	197

Раздел В. Клинические рекомендации

Глава 12. Депрессия	199
Определение депрессии	199
КПТ при депрессии	199
Комбинированный подход к лечению депрессии в первичной медицинской помощи	200
Понимание депрессии	201
Типичные мысли и стили мышления	201
Чувства и эмоции при депрессии	203
Биологические факторы и физические симптомы	203
Изменение поведения	204
Негативные циклы при депрессии	206
Десятиминутная КПТ с клиентами, страдающими депрессией	209
Расширенные объяснения	210
Изменение поведения	210
Поведенческая активация	212
Физические упражнения	215
Преодоление негативных мыслей	215
Отвлечение	215
Изучение и переосмысление негативных мыслей	215
Осознанность	216
Ключевые моменты	216

Глава 13. Бессонница	219
Что такое бессонница	219
Фазы сна	219
Сколько необходимо спать	220
Причины бессонницы	220
Исходные факторы, жизненные события и окружающая среда	220
Проблемы со здоровьем и лекарства	221
Мысли и стиль мышления	222
Чувства и эмоции	222
Неадаптивное поведение	222
Преодоление бессонницы	224
Гигиена сна	224
Благоприятные условия для сна	225
Дневник сна	226
Повышения эффективности сна с помощью дневника	226
Преодоление тревожных мыслей	229
Прекращение попыток заснуть	229
Избавьтесь от опасений	229
Оценка вредных мыслей	230
Решение проблем	231
Медитация и релаксация	231
Ключевые моменты	231
Глава 14. Тревожные расстройства	233
Паническое расстройство	233
Мысли и когнитивные факторы при панике	234
Ощущения	234
Физические симптомы	235
Роль поведения	236
Триггеры панических атак	239
Негативные циклы	239
Объяснения, укрепляющие уверенность	239
Когнитивные стратегии для купирования панических атак	242

Изменение поведения	245
Физические стратегии для ослабления паники	248
Генерализованное тревожное расстройство	249
Типичные признаки ГТР	249
Подходы КПТ к ГТР	251
Социальная тревожность	254
Типичные признаки социальной тревожности	255
Подходы КПТ к социальной тревожности	256
Обсессивно-компульсивное расстройство	259
Вмешательства КПТ при ОКР	260
Ключевые моменты	261
 Глава 15. Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы	263
Введение	263
Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения	263
Тревога о здоровье и необъяснимые симптомы в первичной медицинской помощи	264
КПТ для лечения тревоги о здоровье и необъяснимых симптомов	265
Подход КПТ для понимания тревоги о здоровье	265
Факторы окружающей среды	265
Вредные глубинные убеждения и правила в отношении здоровья	266
Мысли	266
Чувства и эмоции	269
Телесные проявления и реакции	269
Роль поведения	270
Управление необъяснимыми симптомами и тревогой о здоровье	271
Подход КПТ к симптомам, необъяснимым с медицинской точки зрения	271
Формируйте доверительные отношения с клиентами	272
Изучите и обобщите записи клиента	275
Проведите длительную консультацию для “формулировки случая”	275

Дайте убедительные объяснения ключевых симптомов	277
Расширьте повестку дня	279
Согласуйте дальнейшие шаги (врачебная помощь и немедикаментозные методы лечения)	280
Удостоверьтесь в понимании клиента	281
Стратегии КПТ для лечения симптомов, необъяснимых с медицинской точки зрения	281
Поведенческие стратегии	281
Когнитивные стратегии	284
Ключевые моменты	287
Глава 16. Хронические заболевания	289
Психологическое воздействие хронического заболевания	289
Роль убеждений о здоровье в адаптации к заболеванию	289
Десятиминутная КПТ при физических заболеваниях и инвалидности	290
Психологические подходы	291
Управление сложными физическими и эмоциональными проблемами	294
Список проблем	294
Преодоление неопределенности	297
Стратегии преодоления неопределенности	298
Изменения во внешности	300
Преодоление неприятных симптомов	302
Одышка при респираторных заболеваниях	303
Ключевые моменты	304
Глава 17. Функциональные расстройства соматического характера	305
Хроническая боль	305
Что такое хроническая боль	305
У кого возникает хроническая боль	306
Развитие хронической боли	306
Модель КПТ при хронической боли	307
Негативные циклы	310

Преодоление хронической боли	311
Физические/медицинские стратегии	316
Синдром хронической усталости	316
КПТ при синдроме хронической усталости	316
Преодоление синдрома хронической усталости	319
Синдром раздраженного кишечника	322
КПМ синдрома раздраженного кишечника	322
Преодоление синдрома раздраженного кишечника	324
Ключевые моменты	327
Глава 18. Низкая самооценка	329
Что означает низкая самооценка	329
КПМ при низкой самооценке	329
Мысли и убеждения	329
Чувства	330
Поведение	330
Физические симптомы	331
Факторы окружающей среды и социальные факторы	331
Повышение самооценки	331
Преодоление низкой самооценки	333
Обнаружение “внутреннего хулигана”	333
Рациональное мышление	334
Сострадательное мышление	334
Противодействие негативным мыслям и самокритике	337
Записи мыслей	337
Определение личных качеств	339
Журнал позитивных событий	341
Изменение непродуктивного поведения при низкой самооценке	342
Повышение уровня активности	342
Поведенческие эксперименты	343
Развитие ассертивности	344
Ассертивные заявлений и просьбы	345
Научитесь говорить “нет”	345
Работа с критикой	346
Ключевые моменты	347

Глава 19. Сложные клиенты	349
Что такое “сложность”	349
У кого возникают сложности	350
Ответственность за реакции в отношении сложных клиентов	351
КПМ в случае со сложными клиентами	352
Чувства	352
Мысли	352
Поведение	352
Физические симптомы	353
Факторы окружающей среды	354
Изменение реакций на “сложных клиентов”	355
Оценка мыслей и рефрейминг нежелательного мышления	355
Полезные мысли и установки	358
Быть “достаточно хорошим”	359
Взгляд на картину в целом: рассмотрение проблем в перспективе	359
Управление неопределенностью	360
Изменение поведения	361
КПМ для преподавания, обучения и наставничества	362
Ключевые моменты	366
Тренинг для медицинских специалистов	368
Тренинг по 10-минутной КПТ	368
Десятиминутные видеозаписи по КПТ	368
Список литературы и литература для дополнительного изучения	369
Список литературы	369
Литература для дополнительного изучения	374

Предисловие

Эта книга — практическое руководство, содержащее полный обзор принципов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и их применения в первичной медицинской помощи. Книга была написана с учетом потребностей практикующих врачей-терапевтов. В ней рассматриваются основные принципы КПТ и методы их применения в рамках кратких консультаций. Также представлен обзор многих распространенных случаев в первичной медицинской помощи, которым показано использование подходов КПТ, в том числе таких проблем, как эмоциональные расстройства и психологические трудности, связанные с хроническими соматическими заболеваниями.

Эта книга предназначена для врачей общей практики и других медицинских работников, играющих определенную роль в обеспечении эмоционального благополучия клиентов, в том числе медсестер, патронажных работников, эрготерапевтов, физиотерапевтов, логопедов и консультантов. Для обобщения я использую в книге термины “врач общей практики” и “врач-терапевт”.

Будучи врачом, я в полной мере осознаю огромные трудности и нагрузки, связанные с работой в первичном звене здравоохранения. Во время обучения в аспирантуре по КПТ я была поражена тем, насколько ценным было это знание для моей работы в качестве врача общей практики. Я также обнаружила, что *уже* обладаю многими навыками, необходимыми для эффективного проведения КПТ, и это также верно для большинства медицинских работников, с которыми я сотрудничаю. Я поняла, что стратегии КПТ стали частью моего ежедневного репертуара коммуникативных навыков, регулярно используемых мной во время консультаций.

Десятиминутная КПТ представляет собой инновационный подход к обучению специалистов первичного звена когнитивно-поведенческой терапии, подход, созданный для применения “на практике” в условиях первичного звена здравоохранения. Отзывы, полученные на наших семинарах и обучающих мероприятиях, показали, что простые понятия и концепции КПТ эффективны и полезны на обычных врачебных приемах и приносят значительную пользу как клиенту, так и самому медицинскому работнику.

Ли Дэвид,
май 2013 г.

Введение

Как пользоваться книгой

Книга состоит из трех разделов.

- Раздел А — это введение в теорию и в применение когнитивно-поведенческих подходов в условиях первичной медицинской помощи.
- В разделе Б представлены некоторые более сложные техники и теория КПТ.
- Раздел В — это часть с клиническими рекомендациями. В каждой главе дан обзор распространенного психологического расстройства и описывается когнитивно-поведенческий подход к оказанию помощи клиентам с этой проблемой.

Важно, чтобы читатели учились и развивали свои навыки и понимание КПТ не просто читая эту книгу, а практикуя выученное. Чтобы облегчить это “практическое” обучение, в большинство глав включены разнообразные упражнения. Они помогут читателям внедрить теорию КПТ в их собственную практику.

Об авторе

Я совмещаю работу партнера врача общей практики и тренерскую деятельность в Сент-Олбансе, Хартфордшир (Великобритания). Имею степень магистра в области когнитивно-поведенческого консультирования, также практикую как КПТ-терапевт. Руководжу организацией *10 Minute CBT* (Десятиминутная КПТ), которая проводит обучающие семинары по КПТ для врачей общей практики и других медицинских работников по всей Великобритании и за рубежом.

Ли Дэвид,

бакалавр медицинских наук, бакалавр естественных наук,

Член Королевского колледжа

врачей общей практики, магистр по КПТ;

директор организации *10 Minute CBT*;

врач общей практики и терапевт по КПТ.

www.10MinuteCBT.co.uk

Благодарности

Хочу выразить благодарность многим людям, которые вдохновляли и поддерживали меня в написании этой книги. Я также хотела бы поблагодарить всех тренеров по КПТ и административную команду *10 Minute CBT* за их тяжелую работу и преданность делу. Очень благодарна издательству *Scion Publishing*, особенно моему редактору Джонатану Рэю за его терпение и постоянную поддержку, которые помогли мне завершить работу над книгой.

Самую большую признательность и любовь я выражаю своей семье — Фрэн, Элиссе и Майлзу — самой важной части моей жизни, придающей смысл всему, что я делаю. Спасибо моим родителям, Кэт и Джорджу, чья бесконечная поддержка и любовь вдохновляли меня на протяжении всей жизни.

Глава 1

Знакомство

Что такое КПТ

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это структурированная психологическая терапия, помогающая людям понять и преодолеть широкий спектр эмоциональных и физических трудностей. КПТ рассматривает проблемы как такие, что возникают в результате взаимодействия между когнициями (мыслями), эмоциями, поведением и физиологическими процессами. В КПТ используется подход, ориентированный на решение проблем и основанный на навыках, подход, направленный на ослабление тревожных физических и эмоциональных симптомов, переоценку нежелательных мыслей и поощрение полезных поведенческих реакций.

Термин КПТ охватывает широкий спектр подходов к лечению, в том числе индивидуальную, групповую терапию, а также использование материалов для самопомощи самостоятельно или при поддержке окружающих. КПТ можно использовать отдельно или в сочетании с медикаментозным лечением в зависимости от тяжести или характера проблемы конкретного клиента. Важно также отметить, что КПТ можно эффективно применять для широкого круга клиентов, независимо от их способностей, культурных особенностей, расы, пола или сексуальной ориентации.

Ключевые аспекты подхода КПТ включают в себя следующее.

- Клиенты и терапевты работают в рамках тесного партнерства, чтобы совместно определить, понять и преодолеть трудности клиента.
- Подход структурирован и ориентирован на решение проблем, предполагает постановку конкретных целей и регистрацию результатов.
- Метод расширяет возможности клиентов, развивающих долгосрочные практические навыки в понимании и управлении своими проблемами

- Терапия ограничена во времени и непродолжительна (обычно 6–20 сеансов) в зависимости от конкретной проблемы и степени ее тяжести.
- Используется подход “здесь и сейчас”, направленный на устранение тревожных симптомов, а не на “глубинные” проблемы детства или прошлого.
- Применяется стиль вопросов, известный как “направляемое открытие”, позволяющий определить уникальную точку зрения и убеждения каждого клиента и стимулировать признание альтернативных, более полезных перспектив и идей.
- Терапия включает в себя поведенческие эксперименты для проверки эффективности альтернативных убеждений, позволяя клиентам научиться новым способам мышления и реагирования.
- Используются “домашние задания”, в которых перед клиентом ставятся задачи с практическим применением полученные знаний (для выполнения между сеансами терапии).

Важность КПТ в первичной медицинской помощи

Подавляющее большинство проблем психического здоровья лечится в рамках первичной медицинской помощи; до 25% консультаций врачей общей практики приходится на клиентов с психическими расстройствами, эти клиенты обращаются к врачам общей практики примерно в два раза чаще, чем люди с другими видами заболеваний [DoH, 2001]. В общей врачебной практике 10–15% клиентов страдают от большого депрессивного расстройства, и в два-три раза больше людей испытывают депрессивные симптомы, не соответствующие диагностическим критериям большого депрессивного расстройства [Katon & Schulberg, 1992].

Доказано, что КПТ является эффективным методом лечения широкого спектра распространенных психических расстройств [DoH, 2001; NICE, 2008, 2009a & 2009b], в том числе:

- депрессии;
- панического расстройства;
- генерализованного тревожного расстройства;

- фобии (в том числе социальной и агорафобии);
- обсессивно-компульсивного расстройства;
- тревоги о здоровье (ипохондрии), необъяснимых с точки зрения медицины симптомов и соматического расстройства [Escobar et al., 2007, Speckens et al., 1995, Warwick et al., 1996];
- посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
- расстройства пищевого поведения (в том числе анорексии и булимии).

Национальный институт здоровья и клинического мастерства Великобритании [NICE, 2009a & 2011] выделил КПТ в качестве основного подхода психологической терапии для лечения депрессии и тревожности. Также появляется все больше доказательств того, что КПТ является эффективным методом улучшения физического и эмоционального самочувствия при ряде распространенных соматических заболеваний, в том числе диабета, хронических заболеваний дыхательных путей, сердечно-сосудистых заболеваний, хронической боли и расстройства пищеварения [DoH, 2008; Waddell et al., 2008].

Доступность КПТ

Увеличение инвестиций в подготовку врачей общей практики, специализирующихся на КПТ, в рамках программы *Improving Access to Psychological Therapies* (Улучшение доступности психологической терапии, IAPT), вероятно, сократит очереди к специалистам на получение КПТ. Потенциальные преимущества увеличения доступности к КПТ таковы [NICE, 2008]:

- ослабление симптомов (или снижение риска ухудшения);
- снижение риска самоубийства;
- сокращение количества рецептов на антидепрессанты;
- сокращение обращений в службы вторичной медицинской помощи;
- преимущества в работе медицинского персонала — сокращение продолжительности отсутствия сотрудников по болезни и лучшие условия труда на рабочем месте;

- повышение качества клинического обслуживания, ориентированного на клиента, благодаря расширению выбора интервенций, повышению опыта и улучшению вовлеченности клиента.

Что такое 10-минутная КПТ

Это подход, позволяющий “фрагментарно” включить принципы КПТ в краткие консультации в рамках повседневного приема врачей общей практики, а не в специализированных клиниках. Его можно использовать как альтернативу или дополнение к другим стратегиям, в том числе к медикаментозному лечению, применению материалов для самопомощи и направлению на формальную терапию.

Десятиминутная КПТ включает в себя реалистичные практические навыки, которые опираются на существующий репертуар навыков общения и на экспертные знания в области психического здоровья врача общей практики. Это новый “инструмент”, который можно добавить к “набору методов” врача общей практики.

Использование подхода 10-минутной КПТ имеет множество преимуществ как для медицинских работников, так и для клиентов.

Заметка 1.1. Преимущества краткого подхода КПТ в первичной медицинской помощи

Для врачей общей практики

- Повышение уверенности и мастерства в диагностике и лечении распространенных психологических и эмоциональных расстройств.
- Удовлетворенность собственной работой — консультации становятся более интересными и приятными.
- Улучшение управления временем — более эффективное его использование.
- Способность применять эффективные когнитивные и поведенческие стратегии для содействия изменениям.
- Помогает понять и улучшить отношения с клиентами, включая тех, состояние которых не поддается диагностике или лечению.
- Полезно для преодоления собственных трудностей и проблем.
- Также полезно для обучения, наставничества, клинической супервизии.

Преимущества для клиентов

- Улучшение отношений с медицинскими работниками — повышение эмпатии и чувствительности к их сложностям дает клиентам ощущение, что их лучше понимают и слушают.
- Улучшение способности понимать и осознавать свои проблемы.
- Помогает найти новые стратегии преодоления или решения проблем.
- Уменьшение симптомов эмоционального дистресса.
- Улучшение способности управлять физическим и эмоциональным здоровьем (улучшение навыков самозффективности).

Основная цель 10-минутной КПТ — содействие расширению возможностей клиента и развитие у него навыков самопомощи, а не обеспечение “лечения” его проблем. Основные функции врача общей практики включают в себя:

- привлечение интереса клиента к возможности изменений;
- повышение уровня понимания и осознания клиентом своих проблем;
- поддержка способности клиента самостоятельно определять новые перспективы и стратегии преодоления проблем.

Когнитивно-поведенческая модель (КПМ) (рис. 1.1) представляет собой целенаправленную и простую схему из пяти областей. Она поможет включить КПТ в краткую консультацию общей врачебной практики. Медицинский работник сможет помочь клиенту изложить его проблемы в соответствии с этой структурированной моделью и задаст вопросы, побуждающие клиента размышлять и извлекать уроки из обсуждения. Более подробно это будет обсуждаться в главе 3 “Когнитивно-поведенческая модель”.

Другие навыки 10-минутной КПТ, подходящие для краткой консультации, включают в себя фокусирование на эффективных стратегиях изменения поведения, таких как поведенческая активация и постановка целей. Их легче применять при краткой консультации, чем многие другие когнитивные техники.



Рис. 1.1. Когнитивно-поведенческая модель (КПМ)
для проведения консультаций медицинскими работниками
(адаптировано из [Padesky & Mooney, 1990; Williams & Garland, 2002])

Случай из практики 1.1. Как врачи-терапевты применяют 10-минутную КПТ

Клиент в течение нескольких лет испытывал панические атаки... В основном, мы пытались выяснить, как он на них реагирует, какова его реакция и есть ли триггер, о котором он не знает. Нам удалось выяснить, что существует связь между событиями на работе и паническими атаками, а также то, как он справлялся с ними, это, вероятно, вызывало (еще большую) тревожность. И ему действительно удалось уменьшить количество панических атак, а также снизить их интенсивность, научиться реагировать гораздо менее дезадаптивным способом. Он был очень доволен и сказал, что ему даже не пришлось идти на терапию, потому что он чувствовал, что смог преодолеть это: "Вы знаете, вы помогли мне, и теперь я чувствую, что могу справиться с этим".

Врач общей практики, Лондон

У меня была клиентка, которая периодически, в течение пяти или шести месяцев, приходила на прием с жалобами на боль в груди. Она лечилась у кардиолога в частном порядке, прошла все обследования, но ни сердечных, ни дыхательных причин боли не нашли. Мы думаем, что это, скорее всего, связано с тревожностью. Она посещала меня много раз, как только она чувствует себя плохо, она сразу же звонит

и думает, что у нее серьезные проблемы с сердцем. Поэтому мы работали над тем, чтобы разорвать этот своего рода негативный цикл, когда она приходит и мы успокаиваем ее, что, в свою очередь, усиливает ее поведение. Мы пытались устранить некоторые триггеры, которые могли быть причиной этого, что определенно оказало влияние. Я все еще думаю, что у нее есть скрытая тревожность, и мы не избавились от нее полностью. Но я думаю, я определенно уверен, что ее состояние улучшается.

Врач общей практики, Лондон

Основные принципы КПТ

Фундаментальный принцип КПТ заключается в том, что *образ мыслей* человека в конкретной ситуации влияет на его эмоциональное и физическое самочувствие, а также изменяет его поведение (и наоборот).

Люди, подверженные депрессии и тревоге, часто применяют черно-белые, малополезные и негативные модели мышления, считая себя никчемными, неудачниками или уязвимыми для опасности. Эти негативные убеждения приводят к изменению их поведения, возможно, к снижению социальной активности, к избеганию ситуаций, вызывающих тревожность, или к новым моделям поведения, таким как чрезмерное употребление алкоголя или самоповреждение. Эти изменения в поведении создают «негативный цикл» усиливающегося эмоционального дистресса.

Различные перспективы одной и той же ситуации

Один из первых шагов в КПТ — отделение внутренних реакций людей от внешних ситуаций, вызвавших такую реакцию. Люди часто винят неблагоприятное событие или ситуацию в своих эмоциональных реакциях.

Событие	→	Эмоция
Я провалил экзамен	→	Я чувствую подавленность

Тем не менее, многие люди по-разному реагируют на схожие ситуации или события. Некоторые хорошо справляются даже с такими

сложными жизненными обстоятельствами, как тяжелая утрата или серьезная болезнь, в то время как другие переживают сильную тревожность или депрессию, сталкиваясь с обычными трудностями и давлением со стороны общества. Из этого наблюдения вытекает очень важный принцип КПТ, согласно которому к чувствам и поведению приводит не само событие, а мысли и убеждения, придающие смысл событию для конкретного человека.

Событие		Мысль		Эмоция
Я провалил экзамен	→	Я никчемный, мне не удастся найти работу.	→	Я чувствую подавленность.

Заметка 1.2. Притча о китайском крестьянине

Есть старая китайская сказка о крестьянине, у которого сбежала лошадь.

"Вот не повезло", — сказал его сосед.

"Повезет или не повезет — никто не знает наверняка", — ответил старик.

Через несколько дней лошадь вернулась, приведя с собой еще пять прекрасных диких лошадей.

"Вот так повезло", — сказал сосед.

"Повезет или нет — никто не знает наверняка", — ответил крестьянин.

На следующий день сын крестьянина упал и сломал ногу, когда пытался запрячь новых лошадей.

"Вот не повезло", — сказал сосед.

"Повезет или нет — никто не знает наверняка", — ответил старик.

На следующей неделе в их городок приехали военные, которые призвали на службу всех молодых людей. Они зашли и к старому крестьянину, но поскольку у его сына была сломана нога, ему разрешили остаться с отцом.

"Вот повезло", — сказал сосед.

"Повезет или не повезет — никто не знает наверняка", — ответил крестьянин.

Этот принцип можно проиллюстрировать следующей ситуацией.

Вы приготовили ужин для подруги, которая обычно очень пунктуальна. Спустя час после того, как она должна была прийти, ее все еще нет, и она не позвонила...

Как бы вы отреагировали в этой ситуации? Следующая таблица иллюстрирует четыре возможные реакции, обусловленные мыслями, с соответствующими чувствами и поведением.

Событие	Подруга опаздывает к ужину на час...			
Мысль	Как она смеет так поступать со мной! Она такая невнимательна и груба!	Наверное, она совсем не хотела приходить, потому что я ей не очень нравлюсь. Я такая неудачница.	Что если она попала в аварию? Она может серьезно пострадать.	Думаю, она застряла в пробке. По крайней мере, у меня есть дополнительное время, чтобы приготовить ужин.
Чувство	Гнев.	Депрессия.	Тревога.	Облегчение.
Телесные проявления	Напряжение в шее и руках.	Усталость.	Учащенное сердцебиение, потливость.	Ничего особенного.
Возможное поведение	Будете игнорировать ее или вести себя недружелюбно при ее появлении.	Отстранитесь от людей и перестаньте приглашать их в гости.	Позвоните в местные больницы.	Продолжите готовить ужин.

Конечно, любая из этих реакций может быть уместна в различных обстоятельствах, но постоянный негативный стиль мышления может привести к эмоциональным расстройствам, таким как депрессия или тревожные расстройства.

От теории к практике... Начните осознавать разнообразные реакции как у себя, так и у других людей на различные ситуации в повседневной жизни. Обратите особое внимание на следующее.

- Есть ли связь между мыслями, чувствами и поведением людей? Каково влияние этого поведения?
- Насколько оно полезно или вредно?

Ключевые моменты

- КПТ — эффективный, научно обоснованный метод лечения множества эмоциональных и физических расстройств, которые очень распространены и составляют значительную часть случаев специалистов первичной медицинской помощи.
- Врачи общей практики уже обладают многими навыками, необходимыми для изучения и использования КПТ в своих консультациях.
- В КПТ именно интерпретация события, а не само событие, рассматривается как причина эмоционального расстройства.
- Негативные мысли, чувства, физические симптомы и поведение часто связаны между собой, образуя "негативные циклы", вызывающие проблемы и эмоциональный дистресс.
- Использование пяти областей или когнитивно-поведенческой модели в качестве основы помогает клиентам понять смысл их проблем и определить новые стратегии для разрыва негативных циклов и осуществления изменений.
- Основная роль модели 10-минутной КПТ в общей практике заключается в том, чтобы помочь клиенту понять и найти способы самостоятельного преодоления проблем.

Адаптация КПТ к применению в общей практике

Практические аспекты внедрения КПТ в краткие консультации

Медицинские работники могут гибко использовать 10-минутную КПТ в различных практиках и группах клиентов. Простые коммуникативные навыки, основанные на КПТ, применимы повсеместно в любой консультации. К ним относятся определение и рефлексия ключевых мыслей, чувств и поведения клиента, объяснение проблем, основанное на КПТ, или мягкое поощрение позитивных изменений в поведении.

Полезно запланировать специальную встречу с клиентом для более детального изучения проблем с применением краткого подхода КПТ. В идеале, постарайтесь договориться об этом заранее, чтобы у человека было время подумать о своих проблемах до консультации. Многие врачи общей практики планируют чуть более длительный прием (скажем, 20-минутный), так они не будут торопиться или чувствовать напряжение в начале или в конце приема. Это инвестиция времени, которая сокращает количество повторных посещений и может сэкономить время в долгосрочной перспективе.

Также полезно постоянство, вы можете предложить один или несколько обзорных сеансов в определенный период. Не существует правила относительно того, сколько приемов следует проводить таким образом, их количество обычно зависит от наличия свободного времени.

Выбор клиентов

Десятиминутную КПТ можно применять для лечения широкого спектра эмоциональных и физических состояний. Она подходит клиентам, не желающим посещать “формальную” терапию, а также тем, кто не может попасть на прием, или же переживает рецидивы симптомов после стандартных вмешательств КПТ.

Этот подход особенно полезен для клиентов с легкими и умеренными эмоциональными проблемами, а также для понимания психологических аспектов соматического заболевания. К соответствующим состояниям относятся:

- депрессия;
- тревожность, беспокойство и панические атаки;
- хроническая боль;
- психологические аспекты соматического заболевания;
- пропаганда здорового образа жизни и поведения (например, поощрение снижения веса, физических упражнений или отказа от курения);
- беспокойство о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы.

Клиенты, которые понимают, принимают такую модель КПТ и мотивированы на участие в психологическом подходе, скорее всего, получают пользу от КПТ.

Заметка 2.1. Характеристики, позволяющие предположить, что клиенту подходит КПТ

- Способность идентифицировать автоматические мысли.
- Осознание и способность различать эмоции.
- Принятие на себя ответственности за изменения.
- Понимание и позитивное отношение к обоснованию КПТ.
- Способность создать крепкий альянс с медицинским работником.
- Наличие недавних или острых проблем относительно короткой продолжительности.
- Способность концентрироваться в достаточной степени, чтобы сосредоточиться на проблемах по очереди.
- Проблемы клиента не слишком серьезны.
- Некоторый оптимизм в отношении терапии.

Адаптировано из [Safran & Segal, 1990; Safran et al., 1993].

Каким клиентам не показана КПТ

Тяжелые и серьезные психиатрические диагнозы

Подход 10-минутной КПТ в первичной медицинской помощи не является альтернативой направлению в специализированные службы и не подходит клиентам с тяжелыми или сложными психическими расстройствами. Всегда оценивайте тяжесть таких расстройств, как депрессия, в том числе на наличие суицидальных мыслей или планов, чтобы принимать соответствующие решения о вариантах лечения, и предлагайте высококачественную помощь в соответствии со ступенчатой моделью медицинской помощи [NICE, 2009a].

Клиенты, переживающие сильные эмоции или гнев

Интенсивные чувства во время консультации, такие как сильная депрессия или крайний гнев, могут исказить восприятие клиентов и нарушить их способность к вовлечению и сотрудничеству в рамках этого подхода КПТ.

Клиенты, не желающие работать с этим методом

Некоторые клиенты могут не захотеть работать с психотерапией, в частности с КПТ, и предпочесть медикаментозное лечение или альтернативное “лечение разговором”, такое как консультирование или психодинамическая терапия. Важно предложить лечение, которое подходит и приемлемо для каждого отдельного человека.

От теории к практике...

Чтобы определить, получит ли клиент пользу от КПТ, начните с непринужденного введения модели, спрашивая о мыслях, чувствах и поведении человека в особенно трудной ситуации. Спросите следующее.

- Что вы подумали?
- Что почувствовали?
- Что вы сделали дальше?

Обратите внимание, что одни клиенты быстрее и легче поймут и воспримут эти понятия, нежели другие.

Управление нехваткой времени

Нехватка времени и конкурирующие приоритеты затрудняют возможность включения КПТ в рутинные консультации медицинских работников первичного звена.

Случай из практики 2.1. Преодоление нехватки времени

Доктор К. работает в оживленной клинике в центре города. Ей постоянно приходится совмещать врачебный прием, административную работу и посещения на дому. Она хотела бы научиться стратегиям КПТ, поскольку считает, что они могут помочь ей и клиентам. Однако Доктор К. обеспокоена тем, сколько времени это займет: “У меня нет времени на КПТ. Я так занята приемами, и расписание уже перегружено. Я просто не справлюсь, если приемы станут еще длиннее”.

Для эффективного управления временем старайтесь помнить, что цель 10-минутной КПТ — небольшие постепенные изменения в темпе клиента, а не попытки достичь слишком многого за краткий промежуток времени. Тем не менее, удивительно обнаружить, как много полезного и интересного можно охватить за 10 минут консультации.

Чтобы максимально эффективно использовать время, клиентам можно предложить поразмышлять и поработать над их проблемами дома, используя домашние задания, которые нужно будет рассмотреть на ближайшем сеансе. Последующие действия можно варьировать: провести одну или несколько консультаций, в идеале заранее обсудив и согласовав их.

Конкретные навыки консультирования, помогающие справиться с нехваткой времени, включают в себя:

- составление списка проблем;
- запись ключевой для клиента информации, которую он сможет просмотреть после консультации;
- выбор конкретного примера, на котором следует сосредоточиться;
- согласование действий, которые человек может выполнить самостоятельно между консультациями (“домашнее задание”), для продолжения прогресса;
- поощрение использовать литературу по самопомощи, скажем, книги или веб-сайты, основанные на КПТ.

КПТ также можно применять для того, чтобы помочь врачам общей практики понять и управлять поведением клиентов, часто посещающих консультации. Инвестирование времени в небольшое количество более длительных встреч поможет сократить повторные посещения и в долгосрочной перспективе сэкономит время.

Самоанализ поведения врача общей практики

КПТ также помогает медицинским работникам проанализировать их собственные реакции и профессиональное поведение. Например, врачам общей практики, постоянно опаздывающим на прием, полезно использовать КПТ для размышления о причинах опозданий. Причинами могут быть факторы окружающей среды, такие как частые прерывания, короткое время приема и давление, связанное с выполнением многочисленных задач. Однако постоянные опоздания иногда могут быть связаны и с внутренними факторами врача-терапевта, такими как беспокойство по поводу принятия решений или трудности преодоления неопределенности. Такие убеждения, как “я должен быть на 100% уверен, прежде чем принять решение, иначе случится нечто ужасное”, могут привести к беспокойству и чрезмерной тщательности/проверке, что серьезно замедляет процесс консультирования. В главе 19 “Сложные клиенты”, посвященной людям с душевными ранами, рассматривается, как медицинские работники могут использовать КПТ для понимания и устранения некоторых личных реакций на работе.

Случай из практики 2.1. Продолжение: альтернативная точка зрения врача общей практики на изучение КПТ

Доктор К. может постараться переформулировать свои негативные мысли и страхи по поводу изучения и использования КПТ.

“У меня мало времени, поэтому я начну с того, что попробую использовать КПТ на одной или двух консультациях во время приема, на котором обычно меньше людей”.

“Я не пытаюсь добиться чудес — использование небольших элементов подхода все равно может быть очень полезным”.

“Использование 10-минутной КПТ поможет мне улучшить ведение некоторых сложных клиентов, постоянно посещающих врача; это сэкономит мне время в долгосрочной перспективе”.

От теории к практике... Подумайте о своей практике и о том, как вы могли бы включить некоторые краткие навыки 10-минутной КПТ в свои консультации. Какие основные препятствия необходимо преодолеть? Как вы можете использовать 10-минутную КПТ для улучшения управления временем, а не просто для увеличения продолжительности консультаций?

Открыть “ящик Пандоры”

Некоторые врачи переживают по поводу использования КПТ, опасаясь причинить вред или открыть “ящик Пандоры” с проблемами, с которыми им не хватит навыков справиться должным образом.

Однако помните, что при применении краткой КПТ в первичной помощи от врача общей практики не требуется:

- брать на себя дополнительную ответственность за решение проблем клиента;
- становиться “мини”-терапевтом по КПТ, который может “вылечить” сложных клиентов за 10 минут;
- менять мышление клиента или убеждать его придерживаться образа мышления врача;
- использовать этот подход с каждым клиентом на каждой консультации.

Как сказано выше, основные цели 10-минутной КПТ в первичном здравоохранении заключаются в использовании этой модели клиентами как средства, позволяющего им понять свои проблемы и самостоятельно внести изменения. Модель, в основном, подходит людям с легкими и умеренными, но не с тяжелыми случаями. Этот подход следует рассматривать как метод направленной самопомощи, а не как форму углубленной терапии один на один, что требует от медицинских работников более интенсивной подготовки и постоянного наблюдения.

Хотя иногда клиенты могут раскрывать очень личные и глубоко укоренившиеся эмоциональные проблемы, роль врача общей практики в таком случае заключается не в использовании КПТ в качестве терапевтического вмешательства, а в обеспечении поддерживающей и эмпатической атмосферы, в признании и подтверждении открытости

клиента и в совместном согласовании наиболее подходящих дальнейших шагов, таких как направление в специализированную службу.

Случай из практики 2.2. История доктора П.

Я применил КПТ, чтобы выяснить, почему клиентка особенно тревожилась при общении с агрессивным начальником-мужчиной. Внезапно она разрыдалась и рассказала, что в 11 лет она подверглась насилию со стороны дяди. Она пыталась сказать об этом матери, но та не поверила рассказу девочки.

На мгновение я запаниковал, я не знал, что сказать. Эта женщина ходила на консультации и никогда никому об этом не говорила. Я не знал, как реагировать, хотел помочь ей, но не знал, что сказать.

Потом я успокоился и вспомнил, что мне не нужно пытаться "решить" ее проблемы. Я выслушал ее, выразил сочувствие ее эмоциональным переживаниям и заверил, что понимаю и очень серьезно отношусь к ее истории. Я сказал, что мы можем вместе решить, каким будет следующий шаг.

В конце консультации она поблагодарила меня за то, что я был так добр и выслушал ее. Она сказала, что подумает, что ей делать дальше, и придет снова, чтобы обсудить это со мной. В конце концов, она решила не обращаться в полицию, а посетить консультанта по сексуальному насилию. Она сказала, что возможность рассказать мне о насилии стала первым важным шагом к тому, чтобы она постаралась взять под контроль свое прошлое и начать преодолевать свои проблемы.

Оставаться реалистом

Несмотря на то, что нельзя провести "стандартную" КПТ в течение 10 минут, небольшие улучшения возможны и целесообразны. Важно оставаться реалистом в отношении потенциальных результатов и признать, что основная цель состоит в том, чтобы улучшить понимание и осознание клиентом своих проблем и заинтересовать его в возможности изменений, а не в том, чтобы найти мгновенное решение сложных ситуаций человека.

Клиентам требуется время, чтобы усвоить и переработать новую информацию и подход к своим проблемам в контексте КПТ, поэтому невозможно закончить каждую консультацию однозначным решением. На самом деле, завершение консультации на более открытой перспективе может побудить клиента поразмышлять о своих трудностях. Это эффективный способ использовать время между консультациями для достижения прогресса.

Клиенты могут покинуть консультацию с проблеском нового понимания, которое развивается и порождает изменения, пока у людей есть пространство между консультациями, чтобы освоиться с новыми знаниями в повседневной жизни. Этому можно способствовать, предоставив клиенту письменный отчет о собранной информации, чтобы он мог обдумать ее в свободное время.

Кроме того, некоторые важные результаты применения подхода 10-минутной КПТ бывают не очевидны сразу, но проявляются со временем: укрепление отношений с клиентом, снижение частоты посещений врача-терапевта клиентом, волнующемся за свое здоровье, или содействие долгосрочным изменениям в жизни человека.

Изучение и применение навыков КПТ в общей практике

Знания и навыки КПТ можно приобрести с помощью различных методов обучения, включающих в себя чтение книг и учебных материалов онлайн. Также полезно посещать практические семинары для отработки и совершенствования навыков КПТ в безопасной обстановке (подробнее см. www.10minuteCBT.co.uk). Врачи общей практики, особенно интересующиеся КПТ, могут повысить свою квалификацию, посещая более длительные курсы последипломного обучения.

Врачи-терапевты могут выстроить свою уверенность в использовании подхода, изучая и практикуя его поэтапно. Зачастую полезно начать с того, чтобы сосредоточиться на ключевых навыках общения, основных составляющих эффективной КПТ (см. главы 4 и 5).

Ключевые моменты

Адаптация КПТ к первичной медицинской помощи

- 10-минутная КПТ предоставляет уникальную возможность применять краткие методики на основе КПТ "фрагментарно" для широкого круга клиентов.
- Структурированный подход увеличивает удовлетворенность врача-терапевта собственной работой, а также улучшает результаты лечения и отношения с клиентами.

Десятиминутная КПТ в кратких консультациях

- Постарайтесь не давить на себя, предлагая быстрые или нереалистичные решения или "средства" для устранения проблем клиента; вместо этого замедлитесь и сосредоточьтесь на использовании модели КПТ для более глубокого понимания уникальных трудностей человека.
- Работайте над построением отношений сотрудничества, в которых клиенты поощряются брать на себя ответственность за свои проблемы.
- Используйте стратегии КПТ, эффективные во время краткой консультации, как выделение ключевых мыслей и моделей поведения, использование объяснений, расширяющих возможности, и поощрение изменения поведения.
- Не пытайтесь уговаривать или убеждать клиентов во имя "позитивного мышления" — это может привести к потере сотрудничества и нарушить терапевтический процесс.
- Не бойтесь заканчивать консультации на "открытой" ноте, что может побудить клиентов задуматься о своих проблемах и со временем самим предлагать стратегии перемен.

Управление нехваткой времени

- Вы можете использовать навыки 10-минутной КПТ от случая к случаю, но предварительное планирование сеансов даст клиенту возможность подумать о своих проблемах и поможет в управлении временем; попробуйте использовать этот метод во время первого или последнего приема, когда у вас достаточно времени.
- Помните, что за 10 минут консультации можно рассказать удивительно много полезного и интересного.
- Ключевые навыки эффективного управления временем таковы: составление списка проблем, запись ключевой информации и совместное планирование "домашних заданий" для клиента в промежутках между консультациями.

Когнитивно-поведенческая модель

Представление модели

Проблемы клиента можно разделить на пять областей когнитивно-поведенческой модели (КПМ): мысли, чувства, телесные проявления, поведение и факторы окружающей среды/триггеры (рис. 3.1). Важный навык при изучении КПМ — научиться распределять опыт людей по этим областям.

КПМ представляет собой чрезвычайно полезную структуру, которую можно легко применить к широкому спектру проблем, возникающих в условиях первичной медицинской помощи. Например, ее можно использовать для понимания:

- клиента с паническими атаками, который переживает ужасающие мысли, чувство тревоги и реагирует на них избегающим поведением и поиском ободрения;
- клиента с длительным проявлением соматических проблем, который считает себя никчемным из-за болезни, чувствует себя подавленным и, следовательно, снижает активность и избегает друзей и семьи.

Понимание мыслей и когниций

Что такое мысли

Это слова и визуальные образы, возникающие в сознании людей, когда они думают о мире и о своем опыте. Мысли включают в себя установки, идеи, ожидания, воспоминания, убеждения и образы.

Автоматические мысли — мгновенные и незапланированные, появляются в ответ на события, как подстрочный комментарий. Негативные автоматические мысли, предполагающие самое худшее в любой ситуации, характерны для таких расстройств, как депрессия и тревожность. Такие негативные мысли зачастую преувеличены, нереалистичны и бесполезны (например, *у меня ничего не получается*), но кажутся



Рис. 3.1. Когнитивно-поведенческая модель

человеку очень правдоподобными, особенно если связаны с сильными эмоциями. Даже если негативные мысли неточны или несправедливы, они все равно могут иметь серьезные последствия, изменяя чувства людей и их последующее поведение.

Мысли могут принимать форму слов и образов. Скажем, у женщины, боящейся водить автомобиль, могут возникнуть такие мысли, как *“я могу разбиться и погибнуть, если сяду за руль”*. Она также может представлять ужасающие визуальные образы, такие как искореженные останки разбитой машины на дороге, что заметно усиливает ее страх перед вождением.

Мысли возникают быстро и их трудно уловить в конкретной ситуации. Они — часть сознательных процессов, но могут возникать и неосознанно. Однако с практикой большинство людей может научиться определять основные автоматические мысли, связанные с сильными эмоциями.

Цепочки мыслей

Мысли редко возникают по отдельности, одна мысль о конкретной ситуации обычно приводит к быстрому появлению других в определенной последовательности. Представьте, что Салли, 25-летняя студентка, ждет на ужин подругу. Салли грустно, она подавлена, потому что ей

стало казаться, будто она не нравится подруге. У нее может возникнуть следующая последовательность мыслей:

- ⇒ подруга опаздывает на ужин;
- ⇒ у нее, вероятно, были более интересные или важные дела;
- ⇒ это означает, что она считает меня скучной;
- ⇒ вероятно, я ей не нравлюсь;
- ⇒ я никому никогда не нравлюсь;
- ⇒ нет смысла приглашать кого-то в гости;
- ⇒ они не захотят прийти;
- ⇒ это наверное потому, что я действительно ужасный, скучный человек;
- ⇒ моя жизнь бессмысленна и пуста.

Такой каскад мыслей возникает очень быстро — в несколько секунд, и Салли может не осознавать всех его этапов. Однако вместо того, чтобы просто почувствовать легкое разочарование или досаду от того, что подруга еще не пришла, она начинает ощущать депрессию и подавленность, потому что каскад мыслей привел ее к выводу, что она скучна и жизнь ее не имеет смысла.

КПТ учит клиентов рассматривать свои мысли не как абсолютный факт, а как гипотезы или догадки, которые необходимо проверить на соответствие реальности. Бывает невозможно изменить немедленную, автоматическую мысль, возникшую в ответ на сложную ситуацию. Однако люди могут научиться определять и проверять, являются ли их автоматические мысли реалистичной оценкой обстоятельств или же другая перспектива более точна и полезна. Процесс определения сбалансированной перспективы может также ослабить негативные чувства.

**От теории
к практике:
выявление
мыслей**

Когда человек расстроен, необходимо время, чтобы полностью понять каскад мыслей, лежащих в основе его эмоциональной реакции. Внимательно слушайте и мягко задавайте вопросы:

- *Какие мысли у вас возникли?*
- *Что в этой ситуации вас действительно расстроило?*
- *Я заметил, что вам стало очень (грустно), о чем вы думали?*

Чувства и эмоции

В терминологии КПТ “чувства” рассматриваются как эмоции или настроения, такие как радость, возбуждение, гнев, печаль, разочарование, смущение или страх. Некоторые распространенные негативные чувства:

- **печаль и утрата** (чувство уныния, подавленности, ничтожности, грусти, перегруженности, разочарования);
- **вина и стыд** (неловкость, запрет, смущение, унижение, огорчение);
- **тревожность и страх** (нервозность, напряжение, испуг, волнение, беспокойство, боязнь, паника, ужас, оцепенение);
- **гнев и обида** (раздраженность, недовольство, разочарование, расстроенность, возмущение, рассерженность, ярость, гнев, злоба, разъяренность).

Люди описывают свои чувства многими разными словами. Скажем, слово “расстроен” может выражать печаль, обиду, гнев или чувство вины. Важно прояснить смысл, спросив человека следующее.

Что для вас означало “быть расстроенным” в этой ситуации? Есть ли другие способы описать то, что вы чувствовали.

Некоторым людям непросто точно определить или выразить свои чувства. Они могут рассматривать выражение эмоций как признак “слабости” или пытаться подавить очень сильные негативные переживания, боясь быть подавленными ими. В таких случаях можно медленно побуждать человека к принятию, идентификации и отслеживанию различных чувств. В качестве альтернативы полезнее сосредоточиться на мыслях и поведении, нежели на обозначении эмоций.

Оценка интенсивности чувств

Клиенты могут научиться оценивать интенсивность своих чувств по шкале от 0 до 100. Для этого полезно использовать визуальную шкалу оценки (рис. 3.2).

Мониторинг интенсивности чувств обычно показывает, что их сила колеблется в течение определенного периода времени. Это полезно знать при депрессии, когда клиенты часто не замечают или не учитывают положительный опыт и придерживаются таких убеждений: “Я всегда чувствую себя ужасно, у меня постоянная депрессия”.

Ситуация.....										
Чувства, интенсивность которых нужно оценить.....										
Какова интенсивность этих чувств?										
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Неощутимо		Слабая			Средней силы		Высокая		Очень высокая	

Рис. 3.2. Шкала оценки интенсивности чувств
(адаптирована из [Greenberger & Padesky, 1995a])

Выявление даже незначительных колебаний настроения опровергает мысль депрессивного человека о том, что *жизнь совершенно ужасна*. Что открывает вероятность того, что в жизни *уже* могут быть небольшие положительные моменты, и задача клиента — развивать их. Это дает надежду, облегчая процесс преодоления депрессии.

Также полезно фиксировать любые изменения в интенсивности чувств, когда клиент пробует новую стратегию, чтобы справиться со своими проблемами. Например, человек, страдающий депрессией, может записать, как он чувствует себя до и после прогулки. Это помогает усилить пользу конкретного поведения и дает возможность объективно оценить прогресс клиента. Даже небольшое снижение негативных чувств, например, с 80 до 60, все равно значительно улучшает настроение.

Взаимосвязь между мыслями и чувствами

Отделение мыслей от чувств

Научиться различать мысли и чувства — основной навык КПТ, который необходимо приобрести медицинским работникам и их клиентам. Как правило, чувства и эмоции можно описать одним словом (гнев, печаль, страх). Если для описания настроения требуется более одного слова, то, скорее всего, это мысль, а не чувство.

В некоторых языках принято вставлять слово “чувствовать” в высказывание, которое на самом деле означает мысль. Обычно это слово используют, чтобы показать, что говорящий осознает, что эта мысль или

убеждение — его собственное мнение или точка зрения. Например, клиентка может сказать: *“Чувствую, что муж очень расстроен из-за меня”*.

Это утверждение — мысль, а не чувство. Медицинские работники могут помочь клиентам научиться различать эти два понятия, повторяя слова человека и спрашивая о любых связанных с ними эмоциях. Будьте готовы переспросить несколько раз, если клиент не понимает смысла ваших слов, например, сказав: *“Что вы чувствуете, когда думаете, что ваш муж расстроен из-за вас?”*. Клиентка может ответить: *“Чувствую, что он отдаляется от меня и что он, возможно, хочет уйти”*.

Это еще одна мысль. Вы можете отреагировать на это, спросив: *“Как вы относитесь к мысли о том, что ваш муж, возможно, отдаляется и хочет уйти от вас?”*.

Клиентка может ответить, описав свои эмоции в отношении этой ситуации: *“Чувствую тревогу и страх. Не знаю, как я справлюсь сама”*.

Помните, что бесполезно оспаривать или ставить под сомнение обоснованность чувств клиента. Это субъективный опыт, который может пережить и описать только сам человек. Однако можно изменить любые связанные с эмоциями нежелательные мысли или поведение, что может косвенно изменить негативные переживания.

Связь мыслей и чувств

Между мыслями и чувствами обычно существует логическая связь. Например, при депрессии человеку свойственные негативные предвзятые взгляды на себя, мир и будущее.

Я бесполезен, у меня никогда ничего не получается, и лучше уже не будет...

При тревожности люди склонны переоценивать опасность и недооценивать собственную способность справиться с проблемой.

Может случиться что-то ужасное, и это будет полная катастрофа...

Когда мы в гневе, наши мысли, как правило, связаны с ощущаемой несправедливостью или с нарушением какого-то неявного или явного правила и могут содержать враждебные намерения.

Они не должны были этого делать, это неправильно...

Между мыслями и чувствами существует взаимная связь. Другими словами, негативные мысли, скорее всего, заставят людей чувствовать себя плохо, а плохое самочувствие заставит людей думать более негативно. Чем интенсивнее мы переживаем определенную эмоцию, тем более экстремальными могут быть связанные с ней мысли.

Выявление мыслей и чувств клиента в отношении конкретного события поможет медицинским работникам развить эмпатию к индивидуальной реакции человека на жизненный опыт. Можно поставить себя на место клиента, представив: “Если бы я верил в это, то я бы чувствовал...”.

Заметка 3.1. Связываем мысли с чувствами

Выполняя следующее упражнение, прикройте правую колонку и подумайте, какие чувства, по вашему мнению, могут совпадать с приведенным ниже списком мыслей.

Мысль	Возможные чувства
Что, если я произнесу ужасную речь перед коллегами? Выступление может провалиться, и они подумают, что я некомпетентен.	Тревога/страх
Я ничего не стою. Я никому не нужен.	Печаль/депрессия
Мой сын не смог поступить в университет. Это моя вина. Я плохой родитель.	Чувство вины
Я публично кричал на этих людей	Стыд
Он не должен был меня перебивать. Он бездумный идиот.	Гнев

От теории к практике...

Убедитесь, что вы понимаете разницу между мыслями и чувствами. В следующий раз, когда клиент выразит определенную эмоцию, постарайтесь полюбопытствовать, какие мысли лежат в ее основе. Мягко и с искренним интересом попытайтесь понять, почему человек так себя чувствует.

Можете ли вы определить ключевые мысли, отвечающие за сложные чувства? Есть ли в них логика? Если нет, то вам, возможно, потребуется более глубокое исследование.

На данном этапе не беспокойтесь о том, что делать с мыслями после того, как вы их определили. Просто повторите их клиенту и выразите сочувствие его переживаниям.

Случай из практики 3.1. Разделение мыслей и чувств

Джейн 30 лет, она одна воспитывает десятилетнего сына Адама. В следующем диалоге Джейн раскрывает свои переживания о сыне. С трудом совмещая работу на полную ставку с воспитанием ребенка, Джейн чувствует себя все более подавленной.

Врач. Что происходит с Адамом, что вас расстраивает.

Джейн. В последнее время он плохо себя вел в школе. На прошлой неделе меня вызвали в школу. Адам так хорошо учился в прошлом году, а теперь у него плохие оценки.

Врач. Понятно. Должно быть, это вас беспокоит.

Джейн. О, да. Кроме того, я сейчас так загружена работой, я на пределе сил. Чувствую себя такой подавленной и уставшей. Все в беспорядке. Когда я ходила к учительнице Адама, я была уверена, что она винила во всем меня.

Врач. Почему вы так говорите?

Джейн. Я опоздала на 15 минут, потому что меня задержали на работе. Наверное, она подумала, что я ужасная мать. Потом она спросила, есть ли какие-нибудь проблемы дома. Позже я начала думать об этом. Может быть, она права, я плохая мать. Я была слишком занята работой, чтобы уделять Адаму столько времени, сколько нужно. Я не справлялась, и теперь его успеваемость страдает. Чувствую себя такой бесполезной.

Проблемы Джейн можно разделить следующим образом.

Ситуация/события Адам плохо ведет себя в школе и дома.

Успеваемость Адама в школе снижается.

Много работы.

Вызывают в школу.

Мысли Я на пределе сил.

Все в беспорядке.

Учительница Адама считает меня ужасной матерью.

Я плохая мать.

Я потерпела неудачу.

Я бесполезна.

Чувства/телесные проявления

Отрешенность.

Усталость.

Слезливость.

Разбив проблему на части, Джейн смогла отделить трудности с Адамом и его школьной жизнью от своих мыслей о неполноценности и от плохого настроения. Стратегии решения проблем помогут преодолеть некоторые сложности, с которыми она сталкивается в жизни, например, справиться с ролью матери-одиночки с напряженной работой. Джейн также будет полезно проанализировать некоторые свои негативные мысли и модели поведения, ухудшающие ее уверенность в себе и настроение.

КПТ и позитивное мышление

КПТ — это *не* просто позитивное мышление. Чрезмерно позитивное мышление столь же бесполезно, как и чрезмерно негативное. Например, если клиентка постоянно твердит себе: “Посмотри на положительные моменты, все будет хорошо”, — есть риск, что ее проблемы могут усугубиться, потому что она ничего не делает для их решения.

КПТ поощряет *реалистичное* мышление. Это означает принятие во внимание как положительных, так и отрицательных аспектов любой проблемы. Принимая такую широкую перспективу, люди оказываются лучше подготовленными к решению проблем, с которыми сталкиваются в жизни.

Роль поведения

Под “поведением” понимаются наблюдаемые действия, которые совершают люди: то, что они *делают*. Определенные формы поведения характерны для конкретных эмоциональных расстройств и, как правило, они сохраняют или усугубляют проблемы, образуя негативный цикл. К распространенным видам неконструктивного поведения относятся:

- **депрессия:** снижение активности, чрезмерный отдых, отказ от социальных контактов;
- **тревожность:** избегание или “уход” от провоцирующих тревогу ситуаций, поиск ободрения, безопасное поведение, направленное на минимизацию или защиту себя от определенной угрозы.

Более подробно эти модели поведения будут рассмотрены в главах о клинической работе в Разделе В.

Случай из практики 3.2. Роль поведения в сохранении проблем

Джону 25 лет. Он не женат, работает программистом. Уже шесть месяцев он страдает от депрессии и чувствует себя все более изолированным и одиноким. Он хотел бы найти девушку, но думает, что женщины считают его скучным и непривлекательным, поэтому ему не хватает уверенности, чтобы заговорить с ними.

Триггер На корпоративе к нему обращается Элейн, его коллега, стол которой расположен рядом с его рабочим местом.

Мысли Я скучный и неполноценный.
Ни одна женщина не сочтет меня привлекательным или интересным.
Элейн, должно быть, считает меня настоящим неудачником.

Чувства Отрешенность и депрессия
Усилилось убеждение, что он скучен и непривлекателен: "На вечеринке никто не хотел со мной разговаривать".
Отсутствие социальных контактов — чувствует себя более изолированным и одиноким.
Снижается возможность встретить потенциальных партнеров.

Поведение Извиняется и резко уходит от Элейн.
Идет домой раньше времени.
Отказывается от приглашения на следующую корпоративную вечеринку.

Разрушение негативных циклов с помощью изменения поведения

Изменить поведение — один из самых сильных способов разорвать негативные циклы и улучшить симптомы клиента. Мы можем *действовать* по-другому, независимо от того, что думаем или чувствуем. Это мощная стратегия для позитивных перемен. Изменение поведения заметно влияет и на другие области КПМ, в том числе на мысли, чувства и даже на физические симптомы.

Предложение изменить поведение — особенно полезная и эффективная стратегия, которую можно использовать в условиях ограниченного времени в медицинском учреждении первичной помощи. Клиента можно побудить вести себя так, *“как будто”* он чувствует себя лучше или по-другому, а не ждать, пока он почувствует себя менее подавленным или тревожным, прежде чем менять поведение. Более подробно о том, как стимулировать изменение поведения, мы поговорим в главе 8 “Постановка целей и преодоление сопротивления переменам”.

От теории

к практике...

Внимательно изучите влияние поступков на опыт людей. Какие виды полезного или неконструктивного поведения вы заметили? Приводят ли какие-либо действия к “негативному циклу”, усугубляющему проблемы? Что произойдет, если люди изменят это поведение, даже незначительно?

Телесные проявления и симптомы

Эмоциональные реакции связаны с целым рядом телесных проявлений и биологических реакций. Чтение страшной книги может привести к учащенному сердцебиению или к потным ладоням, если читатель воображает себе пугающую сцену. Мысли о захватывающем или приятном будущем событии могут вызвать ощущения мурашек по спине или бабочек в животе.

Телесные проявления также играют ключевую роль в поддержании таких проблем, как паническое расстройство и депрессия. При паническом расстройстве клиенты склонны неверно интерпретировать безобидные физические симптомы, связанные с тревогой, такие как учащенное сердцебиение или учащенное дыхание, как признаки потенциально

серьезной угрозы жизни, например, сердечного приступа. Эта пугающая мысль усиливает тревожность, образуя негативный цикл (рис. 3.3).

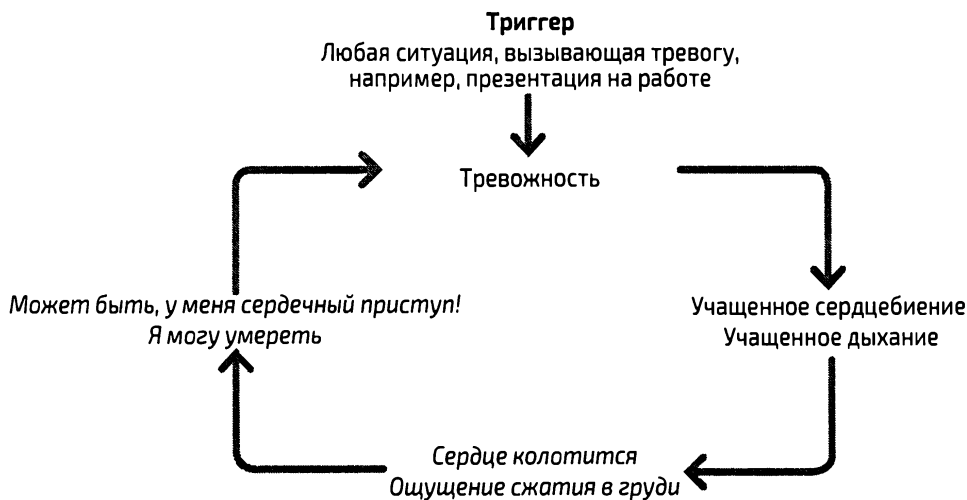


Рис. 3.3. Негативные циклы при тревожности

Телесные проявления эмоциональных расстройств важны, поскольку многие клиенты изначально обращаются в первичную медицинскую службу с соматическими, а не психологическими симптомами, такими как усталость, головная боль, кишечные расстройства или боли. Кроме того, клиенты, страдающие хроническими соматическими заболеваниями с сопутствующими проблемами боли, функциональных нарушений и инвалидности, подвержены повышенному риску депрессии и тревожности. Депрессия усугубляет боль и дистресс соматических заболеваний, негативно влияя на их исход, в том числе сокращая продолжительность жизни и увеличивая любые функциональные нарушения.

Депрессия также фактор риска развития соматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых [NICE, 2009b].

От теории к практике...

Начните замечать связи между физическими симптомами, мыслями и чувствами. Не забудьте спросить у одного или двух клиентов с эмоциональным расстройством о сопутствующих соматических изменениях.

У одного или двух клиентов с физическими симптомами постарайтесь узнать, что они думают и чувствуют по поводу своих симптомов или расстройства.

Окружающая среда, социальные обстоятельства и культурные особенности

Факторы окружающей среды влияют на наше эмоциональное здоровье, способность справляться с неблагоприятными жизненными обстоятельствами и событиями. Эти факторы включают в себя опыт раннего детства, социальные и культурные особенности и могут сделать человека более уязвимым к развитию эмоциональных расстройств в определенных ситуациях.

Тем не менее, важно помнить, что эмоциональные расстройства не являются *неизбежными* последствиями финансовых трудностей или других социальных проблем. Клиенты все равно могут извлечь большую пользу из подходов КПТ к своим проблемам. КПТ эффективна для людей из всех слоев общества.

Ранний опыт

Опыт раннего детства формирует представления людей о себе, о других и об окружающем мире. Он может способствовать формированию глубоко укоренившихся мнений, известных как “правила” и “глубинные убеждения”. Наличие определенных первичных убеждений может объяснить, почему у отдельных людей развивается депрессия или тревожность в конкретных стрессовых жизненных обстоятельствах; подробнее о таких типах убеждений будет сказано в главе 10 “Более глубокие уровни: глубинные убеждения и правила”.

Случай 3.3. Роль раннего детского опыта в формировании глубинных убеждений

Роджера воспитывал критичный и отстраненный отец. Когда мальчик плохо учился в школе, отец сердился: “Если ты будешь плохо учиться, ты никогда ничего не добьешься в жизни”. Роджер усердно занимался, надеясь заслужить одобрение отца. Он получал высокие оценки по большинству предметов, но отец всегда замечал, когда сын не был лучшим: “Ты занял только второе место по математике. Нужно больше стараться...”. Как бы усердно ни работал Роджер, отец продолжал комментировать его недостатки. В результате у мальчика сформировались глубоко укоренившиеся “основные убеждения”, что он неполноценный, неудачник и глуп.

Позже, несмотря на то, что Роджер стал успешным банковским клерком, он все еще сохранил некоторые из этих убеждений о себе. Он стал перфекционистом, считая, что "пока он успешен во всех отношениях, с ним все в порядке. Но второе место в чем-либо означает полный провал". Эти "правила" заставляли его переутомляться и быть высококонкурентным во всем, что он делал. Пока Роджер был успешным, он чувствовал уверенность в себе.

Неожиданно Роджера вместе с несколькими коллегами сократили. Это событие вызвало реактивацию его негативных убеждений о собственной несостоятельности и глупости. Если учесть эти убеждения, неудивительно, что Роджеру было трудно справиться с предполагаемой "неудачей" сокращения. В этой ситуации его реактивированные глубинные убеждения привели к каскаду негативных мыслей и чувств, которые постепенно переросли в депрессию.

Социальные обстоятельства и окружающая среда

В повседневной жизни социальные обстоятельства и окружающая среда также играют важную роль в определении уязвимости отдельных людей к эмоциональным расстройствам и дистрессу. Люди с гораздо большей вероятностью будут чувствовать себя несчастными и подавленными в ситуациях, когда они:

- нелюбимы или о них не заботятся;
- аутсайдеры;
- не принадлежат ни к какой группе;
- лишены поддержки или оставлены;
- отвергнуты другими;
- непривлекательны для себя или других;
- не оценены по достоинству или не оценены другими;
- имеют низкий статус или переживают потерю статуса;
- не имеют сети поддержки: друзей и семьи;
- лишены социальной поддержки, например, религиозной или местной общины.

Жизненные события

Переживание важного жизненного события повышает вероятность развития эмоционального расстройства. К важным жизненным

событиям относят смерть близкого родственника или друга, переезд, потерю работы, разрыв отношений или рождение ребенка.

На индивидуальную уязвимость к развитию эмоционального расстройства в ответ на определенные жизненные обстоятельства влияет несколько факторов, в том числе предыдущий жизненный опыт и глубинные убеждения, а также личная “устойчивость” человека. Это способность преодолевать трудные ситуации или выходить из них без ощутимых потерь. Развитие жизнестойкости повышает способность людей справляться с неблагоприятными жизненными обстоятельствами.

Культурные особенности и другие социальные факторы

На людей также влияет множество других факторов, включая культурное/этническое происхождение, религию, семейные убеждения, гендерные роли, рабочую среду и средства массовой информации.

Культурные факторы играют важную роль в формировании норм и ценностей людей, а также их представлений о себе и о мире. Медицинские работники должны учитывать возможность существования различных культурных взглядов и норм. Можно ошибочно назвать убеждения клиента “неконструктивными”, когда на самом деле они — нормальная культурная перспектива для данного человека.

От теории к практике...

Если вы регулярно принимаете клиентов из определенной культурной группы, вам будет полезно узнать об этой культуре, чтобы лучше понять контекст переживаний человека. Важно стараться не делать предположений относительно убеждений, которых придерживаются люди, принадлежащие к определенным культурам.

Вместо этого помогите человеку оценить его убеждения в контексте его собственной личной и культурной перспективы.

Разработка “формулировки случая”

КПМ может послужить отправной точкой для разработки индивидуальной *формулировки случая*, что предполагает создание индивидуальной карты или обзора проблем человека с точки зрения когнитивно-поведенческой теории и является ключевым элементом терапевтического процесса в КПТ.

Разработка формулировки случая закладывает основу для осмысления сложных проблем. Этот процесс сам по себе терапевтический и полезный, поскольку способствует пониманию и осмыслению клиентом своих проблем. Для облегчения процесса обычно проводится совместная работа с клиентом. Формулировка случая помогает направлять процесс терапии и позволяет адаптировать текущие стратегии КПТ к индивидуальным потребностям и проблемам клиента.

Дэвид Вестбрук [Westbrook et al., 2007] определяет формулировку случая как использование модели КПТ для разработки:

- описания текущих проблем;
- рассказа о том, почему и как эти проблемы могли развиваться;
- анализа ключевых процессов, поддерживающих проблемы.

Общая модель формулировки случая показана на рис. 3.4.

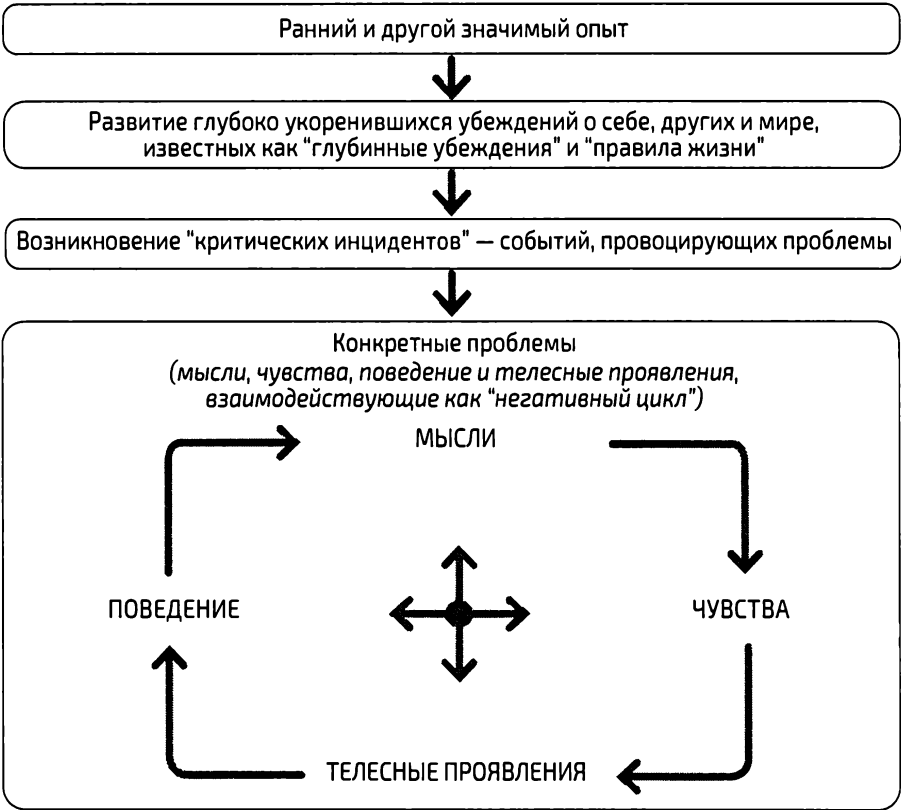


Рис. 3.4. Общая модель формулировки случая

От теории к практике... Попробуйте выделить в одной из ваших личных проблем различные области КПМ: мысли, чувства, поведение, физические симптомы и факторы окружающей среды.

На что повлияет такой взгляд на проблему? Узнали ли вы что-то новое, взглянув на нее под другим углом?

Ключевые моменты

- КПМ задает простую основу для осмысления проблем отдельного клиента.
- Старайтесь обсуждать все пять областей КПМ при оценке любой проблемы психического или физического здоровья. Это не обязательно должно быть частью формального подхода КПТ, можно просто спросить человека о его мыслях, чувствах, о поведении и симптомах в конкретной ситуации.
- При необходимости делайте краткие записи, чтобы лучше запомнить. Вы также можете дать эту информацию клиенту в конце приема, чтобы помочь ему поразмышлять после консультации.
- **Мысли:** изучите мысли, лежащие в основе негативной эмоциональной реакции. Будьте любознательны и используйте сократовские вопросы¹, чтобы мягко выяснить значение, которое клиент приписывает тяжелому опыту. Используйте эту информацию для развития эмпатии и улучшения ваших отношений.
- **Чувства:** это эмоциональные реакции, такие как грусть, тревога, гнев и т.д. Убедитесь, что вы хорошо отличаете чувства (обычно их можно описать одним словом) от мыслей (оценивают ситуацию). Рассмотрите возможность использования простой шкалы оценки эмоций для отслеживания колебаний интенсивности чувств.
- **Поведение:** спросите клиента, что он делает (или не делает) в ответ на свои проблемы. Это одна из наиболее важных областей для глубокого обсуждения, поскольку простые изменения в поведении — зачастую наиболее эффективная отправная точка для разрыва негативных циклов и для позитивных перемен. Поощряйте клиентов вести себя, "как будто"

¹Метод основывается на диалоге между двумя людьми, для которых истина и знания не даны в готовом виде, а представляют собой проблему и предполагают поиск. Назван в честь древнегреческого философа Сократа (около 469 г. до н.э. — 399 г. до н.э.), который рассматривал диалог как средство, с помощью которого можно содействовать "рождению" истины в голове собеседника, поэтому он называл метод "майевтикой" (др.-греч. "повивальное искусство"). — *Примеч. ред.*

они чувствуют себя иначе, а не ждать, пока им станет лучше, прежде чем что-то менять.

- **Телесные проявления:** не забудьте спросить о физических симптомах эмоциональных расстройств, таких как усталость при депрессии, что может усугублять проблемы клиента, увеличивая его бездеятельность, а также о тревожных симптомах, связанных с соматическими заболеваниями и длительными болезненными состояниями.
- **Социальные и экологические факторы:** спросите о любых значимых социальных и экологических факторах, вмещающих ранний опыт, культурные и социальные особенности и основные жизненные события. КПТ может повысить устойчивость людей и их способность справляться с неблагоприятными обстоятельствами окружающей среды.

Представление когнитивно-поведенческого подхода клиентам

Начало работы

Важно четко обосновать клиентам необходимость использования когнитивно-поведенческого подхода, поскольку он может отличаться от того, с чем они сталкивались в прошлом. Это также способствует развитию партнерских отношений с клиентом, который должен понять модель, чтобы активно участвовать в собственном лечении.

Начните с того, что ваша главная цель — понять и осмыслить проблемы, а не предложить мгновенное “излечение”. В этом случае КПТ будет “беспроектной” стратегией, которая позволит врачу-терапевту и клиенту избежать чувства вины, если метод окажется недейственным.

Я бы хотел больше узнать о ваших проблемах и о том, как они влияют на вашу жизнь.

Некоторым людям полезно взглянуть на свои проблемы с другой стороны. Это предполагает обсуждение их различных аспектов. Возможно, вы откроете для себя новые способы лучше справиться с конкретными трудностями.

КПМ для ведения записей

Десятиминутная КПТ наиболее эффективна, если записывать собранную информацию, причем одну копию записей хранят у врача-терапевта, а другую передают клиенту. Для сбора информации можно использовать схему КПМ (рис. 4.1).

Записанные сведения можно скопировать и отсканировать для внесения в электронную базу или хранить в папке в надежном месте. Как правило, непосредственно в карточку клиента вносят только краткое резюме, а также все конкретные результаты или назначенное лечение.

Записывание может улучшить общение с клиентами при условии, что это происходит деликатно, открыто и в атмосфере сотрудничества,

а в перерыве между записыванием врач и клиент поддерживают зрительный контакт (заметка 4.1). Сядьте так, чтобы лист бумаги был между врачом и клиентом, и оба могли его хорошо видеть.

Недавний пример	
Мысли	Чувства
Поведение	Телесные проявления/ биологические симптомы
Факторы окружающей среды/триггеры	
Согласованные действия/домашнее задание	

Рис. 4.1. Схема КПМ для применения на консультациях

Заметка 4.1. Преимущества записывания важной информации

- Помогает клиентам запомнить ключевые моменты консультации. Это особенно важно для людей, страдающих депрессией или тревожностью, которым зачастую трудно концентрировать внимание и у которых нарушена память.
- Когда клиент видит свои слова в черно-белом цвете, это помогает ему обрести более широкую перспективу и более гибко подходить к решению его проблем.
- Письменный обзор поможет определить связи между различными областями проблем клиента, связи можно обозначить стрелками на схеме КПМ.
- Ведение записей замедляет процесс сбора информации и придает консультации большую структурированность и целенаправленность.
- Письменные заметки позволяют врачу точнее резюмировать сведения, используя слова клиента.

Использование записей: что сказать

Мне важно запомнить то, что вы говорите, поэтому я хотел бы записать основные моменты. Мы сможем обсудить все, что я напишу, и вы заберете копию после консультации. Что вы об этом думаете?

Вы также можете использовать записи, чтобы обобщить и прояснить важные детали.

Вы сказали, что чувствуете "обиду" и "злость" — я запишу это. Вы не против?

Вы дали мне много сведений, которые важно записать. Давайте пройдемся по ключевым моментам...

От теории

к практике...

Попробуйте записывать информацию, предоставленную клиентами, применяя КПМ как основу. Отнеситесь к этому как к "поведенческому эксперименту".

Что произойдет? Постарайтесь определить, в каких ситуациях и с какими клиентами наиболее полезно использовать заметки. Не забудьте спросить у людей, считают ли они это полезным.

Обсуждение КПМ

Полезно начать с обсуждения той области, на которую клиент уже обратил внимание и которая его беспокоит. Например, если человек жалуется на тревожность, вы можете сказать.

Вы упомянули, что переживаете сильную тревогу и панику, я запишу это. Я бы хотел поговорить о том, как вы думаете и реагируете, когда тревожитесь. Можете привести недавний пример, когда вы чувствовали себя так?

Это покажет клиенту, что вы заинтересованы в том, что он считает основной проблемой, и поможет установить доверие, а также облегчит последующее изучение других аспектов проблемы, таких как поведенческие или когнитивные факторы, которые клиент может изначально не считать значимыми. Особенно это важно при таких проблемах, как тревога о здоровье, когда человек заиклен на одном конкретном аспекте своей проблемы — ее телесных проявлениях. В этом случае начните с рассмотрения соматических симптомов, вызывающих беспокойство.

Обсуждение мыслей

Точное понимание мыслей человека играет ключевую роль в понимании его реакции на определенные ситуации и события. Будьте конкретны при записи мыслей и беспокойства, попросите клиента привести примеры недавних проблем, скажем, приступа паники или ситуации, в которой человек чувствовал себя очень плохо.

Убедитесь, что вы записываете *слова самого* клиента, а не обобщаете или перефразируете, что может не соответствовать его реальному опыту и чревато потерей эмоциональной связи с клиентом. Не забывайте писать от первого лица, например, *“я неудачник”*, а не *“думает, что он неудачник”*.

Некоторые полезные вопросы для выявления мыслей клиента приведены далее.

Заметка 4.2. Вопросы, помогающие выявить негативные автоматические мысли

- *Какие мысли возникали? О чем вы думали?*
- *Что самое ужасное в этой ситуации? Что в ней плохо?*
- *Что это говорит о вас, вашей жизни или о вашем будущем?*
- *Как вы оцениваете себя, свое поведение или результаты своей деятельности?*
- *Боялись ли вы того, что может произойти? Что было бы хуже всего?*
- *Как вы думаете, что другие думали или чувствовали о вас в той ситуации? Что это значит для вас?*
- *Были ли у вас какие-то особые воспоминания или образы?*

Используйте стиль сократовских вопросов

Медицинские работники должны демонстрировать любопытство и искренний интерес к точке зрения клиента и использовать соответствующий стиль вопросов, не похожий на агрессивный допрос. Это часто вызывает энтузиазм у клиента, что побуждает его задуматься над важными темами. Полезные вопросы могут включать просьбу к клиенту поразмышлять над проблемами и прояснить их смысл.

Интересно, почему это кажется вам таким трудным?

Помогите мне понять, почему это вызвало у вас такую грусть.

Мысли должны отражать основные эмоции клиента (и наоборот), и эта взаимосвязь должна быть логичной для слушателя. Если вам кажется, что вы не совсем понимаете, продолжайте мягко задавать вопросы.

Я бы хотел понять, но я не совсем с вами согласен. Не могли бы вы объяснить, что это значит для вас?

Случай из практики 4.1. Определение мыслей

Уже полгода Элисон, 25-летняя парикмахер, страдает от стресса и тревожности. Раньше она была частью большой компании друзей, но в последнее время ей тревожно в группе людей. Элисон придумывает отговорки, чтобы избежать встреч с друзьями, и стала более изолированной в повседневной жизни.

Врач. Вы сказали, что чувствовали сильное беспокойство незадолго до того, как должны были пойти на встречу с друзьями. О чем вы думали в тот момент?

Элисон. Я не хотела идти, потому что вечер, скорее всего, превратится в катастрофу.

Врач. Что может случиться, чтобы вечер превратился в катастрофу?

Элисон. Ну, я могу сказать что-то очень глупое перед друзьями или вообще молчать.

Врач. Предположим, что так и случилось: вы сказали глупость или вам нечего было сказать. Что в этом плохого?

Элисон. Наверное, я беспокоюсь, что друзья будут смеяться надо мной. Они могут подумать обо мне плохо. А если я вообще ничего не скажу, они подумают, что я скучная.

Врач. Хорошо, я бы хотел подытожить то, что услышал от вас. В прошлый четверг вечером вы должны были встретиться с друзьями. Перед выходом вы чувствовали себя очень тревожно и думали: "Вечер может превратиться в катастрофу. Я могу сказать какую-нибудь глупость или вообще молчать. Друзья могут смеяться надо мной и думать обо мне плохо. Если я ничего не скажу, они подумают, что я скучная". Так ли это? Есть ли что-то, что вы хотели бы изменить?

Элисон. Все верно. Я не думала об этом раньше. Это заставляло меня чувствовать себя очень напряженной и взвинченной перед выходом на улицу.

Обратите внимание, как терапевт просто слушал и записывал мысли Элисон, слово в слово, не пытаясь задавать вопросы или оспаривать утверждения. Когда и Элисон, и врач полностью осознают все пять областей КПМ в контексте данной проблемы, важно рассмотреть возможность оспаривания или переформулирования мыслей.

**От теории
к практике...**

Запишите несколько ключевых вопросов, которые можно задать клиентам об их мыслях. Иногда полученные ответы могут вас удивить!

Эти вопросы — хороший способ узнать больше об опыте, отношениях и убеждениях клиента, даже без обсуждения всех пяти областей КПМ.

Обсуждение чувств

Важно определить чувства, которые вызывают у клиентов сильные переживания. Постарайтесь сосредоточиться и связать чувства с конкретными мыслями и ситуациями.

Когда вы начинаете думать о... Что вы при этом чувствуете?

Что вы чувствовали в этой ситуации?

Если вы хотите получить широкое представление о чувствах и других переживаниях клиента, полезно использовать более общий подход.

Скажите мне, как вы себя чувствуете в целом и какие эмоции испытываете?

Клиенты не всегда легко формулируют свои чувства, поэтому, если человеку трудно определить их, один из вариантов — описать вероятную противоположную реакцию.

Чувствовали ли вы себя счастливым и расслабленным в этой ситуации?

Часто клиент отвечает быстро, чтобы исправить “ошибку”.

О, нет, я был напряжен и скован.

Это помогает начать дискуссию и дает врачу возможность обсудить любые связанные с этими чувствами мысли и поведение.

Какие мысли у вас возникали, что заставило вас чувствовать себя напряженным и скованным?

В крайнем случае, если клиенту действительно трудно определить свои чувства, врач может высказать одно или два предположения. Однако вы должны признать, что это догадки и они могут быть неточными.

Некоторые люди считают, что подобная ситуация заставляет их чувствовать себя скованными или подавленными, может ли это быть верно для вас? Если нет, то как обозначить чувства более точно?

Могу представить, что мысль "я такой неудачник" заставляет человека чувствовать себя крайне ничтожным. Так ли это для вас?

Вы также можете отражать клиентам любые чувства, которые наблюдали. Опять же, важно быть гибким и осознавать, что вы могли неправильно обозначить ту или иную эмоцию.

Кажется, эта боль действительно заставляет вас злиться.

Вы выглядите очень грустным и подавленным, когда говорите об этом.

Всегда выражайте сочувствие к неприятным чувствам и переживаниям клиента.

Должно быть, очень трудно испытывать такую тревожность.

Изучение поведения

Важно выделить время на определение полезных и неполезных моделей поведения клиента и стратегий их преодоления, а также на выявление их связей с другими областями КПМ. Начните с того, что просто спросите человека, как он ведет себя в тех или иных ситуациях.

Что происходит, когда вы чувствуете тревожность? Что вы тогда делаете?

Для клиентов с тревожностью также полезно определить любые модели защитного поведения, которое они используют, чтобы избежать тревоги и беспокойства.

Делаете ли вы что-нибудь, чтобы не тревожиться?

Важно выяснить, есть ли что-то, чего клиент не делает или избегает. Попросите человека сравнить его нынешнее поведение с действиями в другие периоды жизни или с реакциями других людей.

Что вы делаете по-другому сейчас, когда вам плохо? Какой была жизнь до этого?

Как бы вы вели себя, если бы чувствовали себя счастливее и спокойнее?

Знаете ли вы то, кто отреагировал бы иначе? Что бы он сделал?

Иногда полезно обсудить конкретные мысли и страхи клиента, лежащие в основе определенного поведения. Это помогает понять смысл реакций, которые поначалу могут казаться самооправданием и которые трудно понять.

Что самое страшное могло бы произойти, если бы вы не использовали эти модели поведения, чтобы справиться с симптомами?

От теории к практике... Не забывайте включать вопросы о поведении при обсуждении проблем с клиентами.

Постарайтесь выявить *дезадаптивные* модели поведения, усугубляющие проблемы, а также *адаптивные* стратегии преодоления, которые можно поощрять. Какие мысли, страхи или убеждения лежат в основе такого поведения?

Выявите *дезадаптивное* поведение у одного или двух клиентов с соматическими расстройствами, такими как боль в спине или диабет, либо у клиента с легкой или умеренной тревожностью или депрессией.

Телесные проявления

Физические симптомы играют важную роль в КПМ.

Я хотел бы кратко рассмотреть, как это влияет на вас физически. Напомните мне, какие телесные проявления вы обычно испытываете?

Полезно определять физические реакции клиента в конкретной ситуации.

Что вы чувствовали физически, когда тревожились? Какие ощущения в теле появились?

Обсуждение телесных проявлений особенно важно там, где существуют неконструктивные убеждения о значении симптомов, например, при панических атаках или тревоге о здоровье.

Мне важно получить представление обо всех ваших симптомах.

Не забывайте выражать эмпатию по поводу любых неприятных или вызывающих дискомфорт физических ощущений, не пытайтесь преждевременно объяснить или обесценить переживания клиента.

Должно быть, по-настоящему трудно испытывать такую сильную боль.

Потратьте некоторое время на обсуждение скрытых страхов и убеждений клиента относительно значения его симптомов.

Что вас больше всего беспокоит при ощущении боли?

Как вы думаете, что означает эта головная боль? Есть ли у вас предположения о том, что может ее вызывать?

О чем вы подумали, когда почувствовали стеснение в груди?

Негативные мысли или убеждения о том, как реагировать на те или иные симптомы, могут также привести к дезадаптивному поведению, например, к чрезмерному отдыху при болях в спине.

Как вы реагируете, когда испытываете боль? Что может произойти, если вы этого не сделаете?

Важно понять, как конкретные симптомы влияют на жизнь человека. Спросите, опасаются ли клиенты возможных изменений в будущем.

Как эти симптомы влияют на вашу жизнь? Как вы себя чувствуете в эмоциональном плане?

Воспринимаете ли вы себя по-другому после того, как прошли через это?

Беспокоит ли вас, что в будущем что-то может измениться или ухудшиться?

Постарайтесь закончить вопросы кратким изложением телесных проявлений и любых связанных с ними мыслей и чувств. Это подчеркнет связь между физическими симптомами и психологическими аспектами проблем. Так можно доказать, что телесные проявления — это *не выдумки* клиента, и что они “реальны”.

Вы упомянули, что испытываете неприятные симптомы, сильно осложняющие вашу жизнь. Вы страдаете от головной боли, головокружения и периодического покалывания в ногах. Головокружение — самый неприятный симптом, вчера у вас был приступ, и, когда он случился, вы подумали: “Возможно, у меня опухоль мозга”, — что сильно вас тревожило.

Более подробно обсуждение физических симптомов у клиентов с тревогой о здоровье и необъяснимыми с медицинской точки зрения симптомами рассматривается в главе 14 “Тревожные расстройства”.

От теории к практике... Не забывайте включать вопросы о поведении при обсуждении проблем с клиентами.

Постарайтесь выявить *дезадаптивные* модели поведения, усугубляющие проблемы, а также *адаптивные* стратегии преодоления, которые можно поощрять. Какие мысли, страхи или убеждения лежат в основе такого поведения?

Выявите дезадаптивное поведение у одного или двух клиентов с соматическими расстройствами, такими как боль в спине или диабет, либо у клиента с легкой или умеренной тревожностью или депрессией.

Социальные факторы и окружающая среда

Важно выявить любые социальные факторы и обстоятельства окружающей среды, способствующие возникновению трудностей у клиента.

Заметка 4.3. Социальные факторы и окружающая среда

- Есть ли проблемы с важными отношениями (семья, друзья, соседи)?
- *Достаточно ли у вас поддержки?*
- *Есть ли у вас кто-то, с кем можно поговорить о проблемах?*
- Есть ли у вас домашние обязанности, скажем, забота о детях или о других родственниках?
- У вас есть финансовые проблемы?
- Особые проблемы с жильем или домашним бытом?
- *Вы безработный или нетрудоспособный?*
- Есть ли трудности на работе?

Полезно обосновать клиентам расспросы об их личных жизненных обстоятельствах.

Это поможет понять, что в вашей жизни может расстраивать вас и ухудшать симптомы.

Также важно определить и понять, действуют ли конкретные ситуации как триггеры для возникновения проблем.

Возникают ли приступы паники в каких-то конкретных обстоятельствах?

Что именно в этой ситуации кажется вам таким трудным? Что самое страшное может произойти?

Подведение итогов

Всегда старайтесь заканчивать беседу кратким резюме, в котором выделены ключевые моменты обсуждения. Обращайтесь к своим записям как к подсказке и убедитесь, что вы используете собственные слова клиента.

Поиск взаимосвязей между различными областями проблемы помогает определить новые стратегии ее преодоления или решения. Постарайтесь выделить любые негативные циклы или связи между выявленными вами ключевыми соматическими симптомами, мыслями, чувствами и поведением. Вы также можете передать инициативу клиенту, попросить его поразмышлять над информацией и прийти к собственным выводам. Использование обобщающих вопросов и передача инициативы более подробно обсуждаются в главе 5 “Навыки общения, необходимые в КПТ”.

Ключевые моменты

Всегда давайте клиентам четкое обоснование подхода КПТ.

Используйте схему КПМ для записи мыслей, чувств и поведения; дайте копию клиенту, чтобы помочь ему запомнить обсуждение.

В конце приема подведите итог и спросите клиента, что он вынес из обсуждения.

	Важно помнить	Важно спросить
Мысли	<p>Проявляйте искреннее любопытство и интерес к рассказу клиента и придерживайтесь мягкого тона, чтобы консультация не казалась допросом.</p> <p>Используйте собственные слова клиента при записи и обсуждении его мыслей.</p>	<p>Какие мысли у вас возникали...? О чем вы думали?</p> <p>Что самое страшное в этой ситуации?</p> <p>Что это значит для вас?</p> <p>Что самое худшее может произойти?</p>

	Важно помнить	Важно спросить
Чувства	<p>Спрашивайте о чувствах, связанных с конкретными ситуациями и мыслями.</p> <p>Всегда сочувствуйте эмоциональным переживаниям клиента.</p>	<p><i>Что вы при этом почувствовали?</i></p> <p><i>Какие эмоции возникли в этот момент?</i></p> <p><i>Вам должно быть очень трудно...</i></p>
Телесные проявления	<p>Спросите клиента о любых физических симптомах, связанных с эмоциональными проблемами.</p> <p>Совместно напишите подробный список симптомов в отношении соматических проблем со здоровьем.</p> <p>Спросите об убеждениях относительно здоровья и о страхах относительно значения конкретных тревожных симптомов.</p>	<p><i>Какие симптомы возникают, когда вы испытываете тревогу?</i></p> <p><i>Что, по вашему мнению, они могут означать?</i></p> <p><i>Давайте составим список основных симптомов, которые вас беспокоят...</i></p>
Поведение	<p>Выявление моделей нежелательного поведения — ключевой аспект поиска и разрушения негативных циклов и осуществления позитивных изменений.</p> <p>Постарайтесь выяснить, какие мысли или страхи приводят к дезадаптивному поведению.</p>	<p><i>Что вы сделали? Как будете действовать дальше?</i></p> <p><i>Что вы больше не делаете из-за этой проблемы?</i></p> <p><i>Делаете ли вы что-нибудь, чтобы защитить себя от вреда или проверить наличие проблем?</i></p>
Социальные факторы и окружающая среда	<p>Спросите об основных социальных факторах и обстоятельствах окружающей среды, негативно влияющих на здоровье и благополучие человека.</p> <p>Спросите о триггерах в окружающей среде, вызывающих такие проблемы, как панические атаки.</p>	<p><i>Есть ли в вашей жизни особые трудности, которые могут быть частью проблемы?</i></p> <p><i>Случалось ли что-нибудь в прошлом, что заставляло вас особенно беспокоиться по этому поводу?</i></p>

Навыки общения, необходимые в КПТ

Эффективная коммуникация в КПТ

Коммуникация, позволяющая создать прочный “терапевтический альянс”, — необходимое, хотя и недостаточное условие для процесса КПТ. Эффективная коммуникация включает в себя:

- теплоту, заботу и искренность;
- взаимное доверие и уважение;
- развитие взаимопонимания;
- проявление сострадания;
- соблюдение этических норм, таких как неприкосновенность частной жизни, конфиденциальность и честность;
- предоставление информации о роли врача и ограничениях в его работе;
- способность адаптировать личный стиль так, чтобы он “совпадал” со стилем клиента;
- избегание деструктивного межличностного поведения (например, нетерпения или неискренности).

Медицинские работники должны проявить искреннюю заинтересованность в изучении проблем клиента, используя ободряющие невербальные жесты, поддерживая зрительный контакт, кивая головой и замолкая, когда это уместно. Для завоевания доверия клиента важны тон голоса и стиль постановки вопросов. Например, вопросы “почему” могут показаться навязчивыми и более угрожающими, чем открытые фразы, начинающиеся с “как” или “расскажите мне о...”.

Открытые вопросы побудят клиента внести свой вклад в обсуждение. К таким относятся широкие открытые вопросы, позволяющие определить основные проблемные области клиента, и более конкретные

открытые вопросы, уточняющие важную информацию о ключевых проблемных областях.

Как это влияет на вас?

Приведите, пожалуйста, пример.

Что в этой ситуации вас действительно беспокоило?

Терапевтические отношения

Важно качество взаимоотношений между врачом и клиентом, и, согласно имеющимся данным, оно тесно связано с терапевтическим результатом [Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky et al., 1994]. Обычно считается, что терапевтический альянс состоит из трех аспектов [Roth & Pilling, 2007]:

- отношения, или связь, между специалистом и клиентом;
- договоренность о целях терапии;
- договоренность о процессе изменений и техниках/методах, которые будут использоваться.

Для прогнозирования хорошего результата терапии особенно важны конкретные элементы взаимоотношений. В частности, решающее значение имеет степень вовлеченности клиента в процессе сеанса. Человек с большей вероятностью добьется хороших результатов, если вовлечен в терапевтический процесс, предлагает свои варианты по лечению, тепло общается и доверяет врачу [Westbrook et al., 2007]. Выполнение домашних заданий также ключевой предиктор эффективной КПТ [Burns & Nolen-Hoeksema, 1991].

Трудности в межличностных отношениях медицинского работника и клиента, которые можно рассматривать как “разрывы” в терапевтических отношениях, более подробно рассматриваются в главе 19 “Сложные клиенты”.

Формирование отношений сотрудничества

Сотрудничество предполагает создание партнерских отношений, в которых врач и клиент работают сообща, чтобы понять проблемы, поставить цели и двигаться к их достижению. Отношения сотрудничества

развиваются благодаря применению таких навыков консультирования, как согласование расписания сеансов, совместное планирование сеанса, активное получение обратной связи от клиента, предоставление клиентам копий записей консультаций, а также благодаря использованию “направляемого открытия”.

Вместо того чтобы фокусироваться на изменении человека, врачи могут работать с клиентом против третьей “стороны” — его проблемы. Акцент на решении проблем, а не на “недостатках” человека, ослабляет чувство стыда, неполноценности или защитную реакцию и помогает людям эффективнее работать над изменениями.

Чтобы наладить сотрудничество, старайтесь использовать гибкий, переговорный стиль общения и избегайте роли “абсолютного эксперта”. Будьте открыты к предложениям, следуйте инициативе клиента и будьте готовы признать и устранить любые недоразумения или ошибки. Важно открыто объяснять все подходы к лечению и совместно выполнять такие действия, как составление списка проблем или согласование домашнего задания.

Действовать непринужденно

В загруженной работе врача общей практики часто бывает так, что он чувствует давление, требующее немедленно сосредоточиться на проблемах и попытаться решить их как можно быстрее. Врачи могут считать, что это давление исходит от клиентов, хотя оно может быть вызвано их собственным желанием достичь прогресса.

На самом деле, подход “быстрого устранения проблем” часто неэффективен, поскольку чреват недопониманием и не обеспечивает достаточного вовлечения клиента для достижения значимого прогресса. Такой подход способен подорвать сотрудничество, будучи чрезмерно дидактичным и врачебно-ориентированным.

Вместо этого полезнее снизить давление немедленных решений и работать вместе с клиентами, чтобы понять и согласовать возможные пути продвижения вперед с помощью небольших реалистичных шагов.

От теории**к практике...**

Вы можете заметить, что чувствуете напряжение и давление, когда пытаетесь "решить" сложные проблемы клиента за короткое время.

В следующий раз, когда это случится, постарайтесь осознать это давление, но не действовать немедленно. В качестве поведенческого эксперимента попробуйте применить несколько альтернативных стратегий, например, попросите клиента самостоятельно предложить подходящий вариант действий. Если человек не уверен, задайте несколько открытых вопросов, чтобы помочь ему изучить возможные варианты.

Что произойдет? Каковы плюсы и минусы такого подхода?

Направляемое открытие для построения сотрудничества

Стратегия направляемого открытия включает в себя совместное исследование проблем. Человеку предлагают самостоятельно найти ключевую информацию, а не получать инструкции или руководство от врача. Это похоже на "танец", в котором терапевт передает инициативу клиенту, выясняя, что каждому человеку важно в его собственной жизни. Роль врача-терапевта заключается в том, чтобы поддержать клиента и помочь ему сосредоточиться на наиболее важных вопросах, что включает в себя уточнение, обобщение и рефлекссию ключевой информации.

Сократовский диалог — это форма направленного открытия, когда врач задает ряд вопросов, чтобы помочь клиенту обрести новое понимание и осознание своих трудностей. В этом процессе от медицинского работника не ожидается, что он будет знать все ответы и направлять клиента к ним. Вместо этого полезнее занять позицию любопытства, наивности и наслаждаться "путешествием открытий", непредвзято узнавая больше о клиенте, не предлагая советов и не высказывая своего мнения.

Кристин А. Падески описала четырехэтапный процесс направленного открытия, который можно использовать на сеансах КПТ [Padesky, 2003] (заметка 5.1).

Выражение эмпатии

Эмпатия — способность поставить себя на место другого человека и понять, каково это столкнуться с его конкретными проблемами. Эмпатические высказывания помогают выстроить крепкие, доверительные отношения между врачом и клиентом.

Заметка 5.1. Четырехэтапный процесс направленного открытия

1. Задавать информационные вопросы.

Серия вопросов, направленных на выявление релевантной информации за пределами текущей осведомленности клиента.

2. Эмпатическое слушание.

Внимательное слушание и рефлексия врача.

3. Резюмирование.

Обобщение выявленной информации позволяет клиентам посмотреть на проблемы с новой стороны.

4. "Синтезирующие", или "побуждающие", вопросы.

Побуждают клиентов осмыслить проблемы, применяя любую новую обсуждаемую информацию к своим первичным убеждениям.

Адаптировано из [Padesky, 2003].

Эмпатию можно также выразить с помощью невербальной жестов, как зрительный контакт, выражение лица, кивок при необходимости и поощрение вклада клиента. Внимание, улавливание сигналов и "присутствие" при переживаниях клиента также способствуют эффективной эмпатии.

В КПТ врач стремится понять, что действительно важно для клиента, не предполагая, не угадывая и не обобщая его переживаний. Врач пытается "войти в мир клиента, увидеть и пережить жизнь так, как это делает сам человек" [Beck et al., 1979]. Это не просто заверение клиента в том, что его слышат и понимают, а попытка понять конкретные мысли и убеждения, помогающие объяснить реакцию клиента.

Заметка 5.2. Типы эмпатических высказываний

Общие эмпатические высказывания

- *Вам, наверное, очень тяжело.*
- *Это кажется очень болезненным.*
- *Похоже, это вас очень злит.*

Конкретные эмпатические высказывания

- *Вам, должно быть, очень страшно, если вы думаете "это, скорее всего, рак" каждый раз, когда у вас возникает боль.*
- *Я могу понять, почему вы так подавлены, когда у вас так много негативных мыслей о том, что вы неудачник.*

Эмпатия подразумевает понимание того, как мышление клиента ведет к определенным чувствам и поведению, но клиницист *не обязан соглашаться с этим мышлением*, если оно нелогично или усугубляет, а не решает проблемы. Тем не менее, необходимо признать, что мысли и чувства клиента кажутся ему обоснованными, их не следует отвергать или приуменьшать их важность.

Коммуникативные навыки в КПТ

Один из наиболее эффективных способов внедрить простые навыки 10-минутной КПТ в повседневную практику — сосредоточиться на конкретных приемах общения или консультирования (заметка 5.3), лежащих в основе этого подхода. Подавляющее большинство врачей-терапевтов *уже* практикуют навыки коммуникации, таким образом, процесс обучения КПТ просто опирается на их опыт и знания.

Заметка 5.3. Базовые навыки консультирования 10-минутной КПТ

1. Проблемно ориентированный подход.
2. Определение конкретных ключевых проблем.
3. Поиск способов устранения проблем с помощью КПМ.
4. Обобщение и определение связи между областями КПМ.
5. Побуждающие (синтезирующие) вопросы.

6. Пояснения, расширяющие возможности.
7. Постановка и проверка домашнего задания.
8. Запрашивание обратной связи/проверка понимания клиента.

Проблемно ориентированный подход

В КПТ используют проблемно-ориентированный подход, когда клиентам предлагают разделить свои трудности на управляемые “фрагменты” и сосредоточиться на одной важной области за один раз. Процесс часто включает в себя составление “плана” сеанса путем короткого согласования наиболее важных вопросов для обсуждения в ограниченное время. Это терапевтическое средство само по себе, поскольку определение и прояснение проблем помогает лучше с ними справиться.

Другая стратегия заключается в составлении вместе с клиентом краткого списка проблем (заметка 5.4). У клиентов часто бывает до пяти и более вопросов, которые они хотели бы обсудить за одну консультацию [Barry et al., 2000], поэтому открытое обсуждение приоритетности проблем — полезный способ эффективного управления временем.

Что говорить

Поскольку время у нас ограничено, давайте уточним, что бы вы хотели обсудить сегодня. Возможно, мы не успеем охватить все вопросы, но мы можем вернуться к любым важным в следующий раз.

Заметка 5.4. Зачем составлять список проблем

- Чтобы убедиться, что все важные вопросы рассмотрены (или отложены на потом).
- С целью улучшить сотрудничество, поощряя клиента взять на себя инициативу в планировании того, что следует обсудить.
- Чтобы оптимизировать работу в ограниченное время, уделив больше времени наиболее важным вопросам.
- Помочь клиенту лучше уяснить природу его проблем.

В рамках партнерства врач общей практики может добавить важные пункты в список проблем для обсуждения во время консультации.

Я подумал, что полезно обсудить новые способы справиться с симптомами тревожности.

В завершение попросите клиента решить, на какой области сосредоточиться в первую очередь. С некоторыми клиентами лучше выбрать самую сложную проблему, с другими — менее серьезную, но легко решаемую.

На какой из этих областей вам важнее сосредоточиться сегодня?

Случай из практики 5.1. Проблемно ориентированный подход

Джон — 45-летний специалист по информационным технологиям, который несколько раз обращался к своему врачу с жалобами на тревожность и плохое настроение.

Врач. Здравствуйте, Джон, как дела?

Джон. Боюсь, не очень хорошо. Чувствую себя тревожно, у нас много проблем с Эндрю, нашим сыном. Работа тоже напрягает.

Врач. Все это кажется сложным. О какой самой важной проблеме стоит поговорить сегодня?

Джон. Я не уверен. Так много проблем...

Врач. Это правда. Но мы можем записать все неохваченные вопросы и вернуться к ним в следующий раз. Вы упомянули, что беспокоитесь о сыне и что работа вызывает стресс. Может быть, сегодня рассмотрим одну из этих областей?

Джон. Думаю, хуже всего то, что сейчас я чувствую себя таким тревожным и подавленным. Это влияет на все остальные сферы моей жизни.

Врач. Хорошо, похоже, мы нашли подходящую проблему для начала.

От теории к практике... Попробуйте вместе с клиентом составить краткий список проблем, который поможет вам спланировать одну или две следующие консультации. Возможно, вы выберете человека, который часто обращается со многочисленными или сложными вопросами. Следите за тем, чтобы не тратить слишком много времени на составление плана консультации!

Определение ключевых проблем

Вместо того чтобы обсуждать проблемы в общих чертах, попросите клиента привести конкретный и типичный пример его затруднения. Так вы продолжаете применять ориентированный на проблему подход, что позволяет использовать ограниченное время консультации действительно эффективно.

Что говорить

Попросите привести пример недавнего случая, описывающего проблему. Постарайтесь определить детали инцидента: когда и где он произошел, кто, что и т.д.

Приведите, пожалуйста, пример ситуации, в которой вы чувствовали тревожность?

Когда это случилось? Где вы были? Что вы делали?

Выясните, в какой именно момент клиент испытал сильную негативную эмоциональную реакцию, а затем спросите о негативных мыслях, лежащих в основе его реакции.

В какой именно момент вы почувствовали себя плохо? Что вы делали? Какие мысли у вас тогда возникли?

Случай из практики 5.2. Выбор примера, на котором следует сосредоточиться

Следующий диалог — продолжение беседы между Джоном, 45-летним специалистом по информационным технологиям, и его лечащим врачом.

Врач. Вы сказали, что важнее всего обсудить, что вы сейчас тревожны.

Джон. Да, я часто тревожусь. Раньше я таким не был.

Врач. Это, должно быть, очень беспокоит вас. Вспомните, пожалуйста, ситуацию за последнюю неделю или около того, когда вы чувствовали себя подобным образом?

Джон. Хорошо, много раз.

Врач. Полезно сосредоточиться на одном конкретном случае, когда вам было плохо. Вспомните, пожалуйста, недавний типичный пример.

Джон. Ну... Вчера днем, когда на работе мне назвали сроки завершения отчета.

Врач (записывая). Понятно. А в какой именно момент вы ощутили тревожность? Что вы делали?

Джон. Это началось, как только я сел за компьютер, чтобы делать отчет.

Врач. Это полезные сведения. Поговорим об этом более подробно.

От теории к практике... Попросите одного или двух клиентов привести конкретный пример возникновения той или иной проблемы. Насколько актуальны или полезны полученные сведения? Можно ли их обобщить, чтобы понять клиента в целом? Как этот процесс влияет на предоставление, количество или тип информации, получаемой в ходе консультации?

Изучение примера с использованием КПМ

На следующем этапе необходимо изучить пример и собрать информацию о каждой из пяти областей КПМ (Приложение 5.5). Подробнее о ключевых вопросах, которые следует задавать на каждом этапе, говорится в главе 4 “Представление когнитивно-поведенческого подхода клиентам”.

Клиенты часто отвечают на вопросы, предоставляя смешанные сведения из разных областей КПМ. Например, в ответ на вопрос о чувствах они рассказывают о мыслях. Вместо того чтобы поправлять клиента, внимательно выслушайте его и внесите данные в таблицу КПМ в соответствующую область. Резюмируя информацию для клиента, постарайтесь правильно разбить ее на пять областей.

Подводите итоги и выделяйте взаимосвязи

Резюмирование — один из самых важных навыков КПМ. Людям нужно время и пространство для когнитивных и эмоциональных изменений, и подведение итогов — это произвольная пауза в консультации, дающая клиенту возможность поразмышлять.

Подытоживание помогает клиентам взглянуть на свои проблемы с новой, более объективной, стороны. Оно также дает людям понять, что их выслушали и что их точку зрения поняли.

Старайтесь регулярно повторять слова клиента, выделяя важные мысли, эмоции или поведение.

Итак, когда начальник попросил о встрече с вами, вы подумали: “Я лишусь работы. Как я буду платить по ипотеке? Мы можем потерять наш дом”, — и начали ощущать тревожность.

Почувствовав боль, вы подумали: “Мне никогда не станет лучше”, — и это сделало вас очень подавленным.

Полезно также включить несколько более подробных резюмирующих заметок.

Я хотел бы подвести итоги нашей беседы. Вы привели пример приступа паники в прошлый четверг, когда собирались выступить перед группой коллег. Вы почувствовали тревожность и подумали: “Что если у меня снова будет паническая атака? Я могу выставить себя полным дураком”. Физически вы ощутили, что сердце учащенно забилося, ладони вспотели, а в груди стало тесно. Потом подумали: “Это ненормально — чувствовать себя так плохо. Может быть, с моим сердцем что-то не так”. Это заставило вас еще больше запаниковать. Вы отреагировали, придумав предлог, чтобы выйти из комнаты, и отменили встречу. Я правильно все пересказал?

Заметка 5.5. Итог полезных вопросов для КПМ

Мысли	Чувства
Какие мысли пришли в голову? О чем вы думали?	Что вы чувствовали в этой ситуации?
Возникали ли у вас какие-либо образы или воспоминания?	Когда вы начали думать “.....”, какие эмоции это у вас вызвало?
Что для вас самое трудное в этом?	Что еще вы чувствовали?
Что самое худшее может произойти?	Вы кажетесь (грустным), когда говорите это, так ли вы себя чувствуете?

Поведение <i>Что вы делали, когда?. Какие действия вы предприняли?</i> <i>Избегаете ли вы каких-либо ситуаций из-за своего самочувствия?</i> <i>Что вы больше не делаете сейчас, когда чувствуете себя таким подавленным/тревожным?</i> <i>Что бы вы сделали по-другому, если бы чувствовали себя лучше?</i>	Телесные проявления/симптомы <i>Как это влияет на вас физически?</i> <i>Какие симптомы беспокоят вас больше всего?</i> <i>Что вы чувствовали физически, когда тревожились?</i> <i>Какие ощущения появлялись в теле?</i>
Предшествующие факторы/окружающая среда <i>Что еще происходит в жизни, что может влиять на ваше самочувствие?</i> <i>У вас есть домашние обязанности? Финансовые трудности?</i> <i>Есть ли близкий человек, с которым вы можете поговорить об этой проблеме?</i> <i>Есть сложности на работе? Вы не можете работать/безработный?</i>	

Определение взаимосвязи

В подытоживающих записях следует выделить связи между мыслями, чувствами или поведением, выявленные в ходе обсуждения. Это помогает углубить понимание клиентом того, как различные аспекты индивидуальных проблем связаны между собой, и определить потенциальные решения или области для изменений. Особенно полезно выявить негативные циклы, поддерживающие или усугубляющие проблемы.

Похоже, здесь развивается негативный цикл. Когда вы думаете негативно, вы склонны испытывать угнетающие чувства, а затем реагировать на них, избегая встреч с людьми, что заставляет вас чувствовать себя еще более изолированным и подавленным.

Побуждающие вопросы

Побуждающие, или “синтезирующие”, вопросы — важный этап процесса КПТ, который поощряет человека размышлять и брать на себя ответственность за осмысление своих трудностей (заметка 5.6). Попросите клиента подумать о том, что он может узнать или понять из обсуждения, а затем дайте ему возможность обдумать свой ответ. Если человек колеблется, не торопите его с ответом. Сделайте паузу или повторите вопрос, чтобы побудить клиента внести свой вклад в обсуждение.

Резюмирование, за которым следует побуждающий вопрос, также очень полезный метод, если консультация “зашла в тупик” и вы не знаете, как быть дальше. Просто спросите клиента, что он думает об обсуждении. Это часто бывает интересно и познавательно. “Тупик” может также указывать на то, что вам нужно потратить больше времени на изучение и понимание ключевых аспектов проблемы.

Заметка 5.6. Побуждающие вопросы

- *Что вы обо всем этом думаете?*
- *Помогло ли это вам взглянуть на вещи по-другому?*
- *Что вы узнали/поняли из нашего сегодняшнего общения?*
- *Что бы вы могли сказать другу в такой же ситуации?*
- *Какой вывод вы сделали из нашего обсуждения? Как вы могли бы проверить эти выводы?*
- *Удивило ли вас что-нибудь из того, что вы здесь узнали?*

Случай из практики 5.3. Подведение итогов, определение взаимосвязей и использование побуждающих вопросов

Вернемся к Джону, 45-летнему ИТ-специалисту, страдающему от тревожности и депрессии. В предыдущем диалоге Джон назвал ситуацию на работе, в которой переживал типичный стресс и тревожность.

Прочтите следующий диалог и определите каждый из коммуникативных навыков, которые использует врач Джона для изучения проблемы.

Врач. На мгновение представьте себя в той ситуации. Вы сидите за столом и пишете отчет. Что у вас в голове?

- Джон.** Я думал, что никогда не сдам отчет вовремя и он будет недостаточно хорош.
- Врач.** А если бы он был недостаточно хорош?
- Джон.** Тогда я выглядел бы дураком перед начальником или даже потерял бы работу.
- Врач.** Можете ли вы сказать мне, что чувствовали, когда думали об этом?
- Джон.** Повышенную тревожность.
- Врач.** Понятно, тревога. Были еще какие-нибудь сильные чувства?
- Джон.** Я также чувствовал грусть.
- Врач.** Хорошо, давайте проверим, правильно ли я вас понял. Когда вы сели за компьютер, чтобы работать над отчетом, у вас появились негативные мысли: "Я никогда не сделаю это вовремя, отчет будет недостаточно хорош, я буду выглядеть дураком перед начальником и могу потерять работу". Когда вы думали об этом, вы почувствовали тревожность, грусть, напряжение и вспотели. Я правильно все понял?
- Джон.** Именно так все и было.
- Врач.** Выглядит очень напряженно.
- Джон.** Да, это было ужасно.
- Врач.** У вас были какие-нибудь физические симптомы?
- Джон.** Я чувствовал себя напряженным и потным. Начала болеть голова.
- Врач.** Понятно. И как вы реагировали? Что сделали?
- Джон.** Просто сидел за компьютером какое-то время. Я больше не мог смотреть на отчет, поэтому занялся чем-то другим. В конце концов, мне пришлось готовить отчет, но я так поздно его сделал, что пришлось торопиться, и я не думаю, что отчет получился хорошим.
- Врач.** Я записал все, что вы сказали. Похоже, здесь наблюдается негативный цикл. Вы сказали, что думали о том, что у вас не получится сдать отчет вовремя и он будет недостаточно хорош, и это встревожило и опечалило вас. Вы отреагировали на это тем, что отложили работу над отчетом, а потом вам пришлось торопиться, поэтому документ получился не таким, как вам бы хотелось. Скажите, что вы думаете обо всем этом?

Джон. Вижу, что я попал в негативный цикл. Чем больше я волнуюсь по поводу отчета, тем больше откладываю работу над ним, что делает меня еще более тревожным.

Врач. Да, в этом и есть смысл. Теперь, когда вы обнаружили негативный цикл, давайте рассмотрим некоторые способы превращения его в более позитивный.

От теории к практике... Врачи общей практики реже задают побуждающие вопросы на обычных консультациях, поэтому вам, возможно, придется приложить особые усилия, чтобы обучиться этому стилю постановки вопросов. Постарайтесь освоить его, это очень важный шаг в процессе КПТ.

После того как вы задали побуждающий вопрос, помолчите или выдержите паузу, которая возникнет, когда клиент будет обдумывать ответ. Подождите, что он скажет.

Объяснения, расширяющие возможности

Расширяющие возможности объяснения необходимы, чтобы помочь клиентам понять и взять на себя ответственность за проблемы как физического, так и психического здоровья. Такие объяснения можно использовать в любой сфере медицинского консультирования [Salmon et al., 1999]. Ключевые элементы объяснений, расширяющих возможности:

- открытое обсуждение, в котором опыт клиента признается и валидируется;
- выявление причинно-следственных связей физических и эмоциональных симптомов;
- чувство контроля над проблемами и поощрение активного управления собой (например, объяснение “усталости от депрессии”, см. главу 12 “Депрессия”);
- обсуждение конкретных страхов, опасений или убеждений клиента относительно его проблем;

- поощрение “оправдания” или снятия чувства вины или стигмы, связанных с проблемами;
- налаживание сотрудничества с помощью интерактивного диалога и вопросов;
- избегание медицинского жаргона.

Что говорить

Вам интересно больше узнать о тревожности и о том, как она влияет на организм? Что вы уже знаете о тревожности?

Тревожность очень неприятна, но на самом деле не опасна. Наша реакция в виде тревоги призвана помочь нам уберечься от физических угроз. Знаете ли вы, что происходит с телом, когда мы тревожимся?

Вы сказали, что во время панической атаки переживаете, что боль в груди может означать сердечный приступ. Возможно, мы могли бы обсудить альтернативные, менее серьезные, причины, по которым вы можете испытывать боль в груди при тревожности.

Постановка и проверка домашнего задания

Выполнение домашнего задания

Согласование действий, которые клиент должен выполнить после сеанса (постановка “домашнего задания”), важный этап, позволяющий человеку применить любые новые концепции, идеи или принципы КПТ в своей жизни. Выполнение домашних заданий — хороший прогностический фактор эффективности сеансов КПТ.

В ходе обсуждения также следует затронуть любые действия, которые должен предпринять медицинский работник, скажем, направление к узкому специалисту или назначение лекарств.

Что говорить

Важно обосновать домашнее задание, а также обсудить причины постановки конкретных задач.

Давайте подумаем, как применить то, о чем мы сегодня говорили, на практике в повседневной жизни. Самое главное — то, что вы измените благодаря нашему обсуждению.

Домашние задания должны обсуждаться и планироваться врачом и клиентом совместно.

Заметка 5.7. Постановка домашнего задания

- *Как вы можете использовать эту информацию, чтобы изменить свою жизнь к лучшему?*
- *Теперь, когда мы выявили негативный цикл, что бы вы могли сделать по-другому?*
- *Если бы каким-то чудом ваши проблемы исчезли завтра, что бы вы сделали по-другому? Смогли бы вы в любом случае выполнить некоторые из этих действий?*
- *Что бы вы сделали иначе, если бы чувствовали себя менее подавленным/более уверенным/менее тревожным?*
- *Возможно, мы могли бы попробовать провести эксперимент, чтобы проверить, что произойдет.*
- *Как другой человек мог бы подойти к этой проблеме? Могли бы вы поступить так же?*

Домашние задания должны содержать простые SMART-задачи (см. главу 8 о постановке целей; SMART-задачи — конкретные, измеримые, достижимые, актуальные и своевременные действия), легко выполнимые клиентом. Некоторые примеры домашних заданий приведены в заметке 5.8.

Домашние задания должны быть организованы как “беспронитывный” эксперимент. Цель в том, чтобы попробовать нечто новое и быть открытым для обучения, а не для достижения определенного результата.

Мне будет интересно узнать, как вы справляетесь. Мы не можем быть уверены в том, что случится, но мы всегда можем извлечь из этого уроки и использовать их для планирования следующих попыток.

Заметка 5.8. Примеры полезных домашних заданий

- Отложить копию схемы КПМ, чтобы в дальнейшем поразмыслить и дополнить ее.
- Прочитать книги или брошюры по самопомощи с конкретными трудностями.

- Записать соответствующую информацию, скажем, вести дневник мыслей и чувств в различных ситуациях.
- Поставить поведенческие эксперименты, такие как увеличение физических упражнений или приятных занятий, или постепенное воздействие на ситуации, вызывающие тревожность.

Полезно убедиться, что клиент способен выполнить домашнее задание.

Готовы ли вы взять на себя обязательство выполнять домашнее задание? Насколько вы уверены в том, что сможете его сделать, по шкале от 1 до 10?

Чтобы не забыть о согласованном, и врач, и клиент должны сохранить письменную копию заданий.

Выполнение домашнего задания

После согласования домашнего задания при следующей встрече с клиентом проанализируйте и обсудите то, что произошло. В идеале, это первое, чего следует коснуться при последующей встрече. В противном случае это послужит сигналом к тому, что домашнее задание не является действительно необходимым или важным, и у клиента пропадет желание выполнять его.

Мне интересно узнать о вашем домашнем задании. Что произошло в процессе его выполнения?

У вас была возможность прочитать брошюру о панических атаках? Что вы об этом думаете?

Преодоление трудностей с выполнением домашних заданий

Клиент может не выполнить домашнее задание по многим причинам. Вместо того чтобы автоматически обвинять человека, предположив, что он не хочет меняться, более продуктивным будет изучить причины такого поведения. Аналогичный принцип действует и в отношении клиентов, которые не выполняют какие-либо медицинские процедуры.

Часто причины, по которым клиенту трудно выполнить домашнее задание, отражают проблемы, с которыми человек сталкивается в других сферах жизни. Например, клиенты-перфекционисты могут быть

подавлены количеством усилий, которые, по их мнению, необходимы для выполнения задания “идеально”. Клиенты с проблемой откладывания домашней работы могут “не успеть” ее сделать. Прямое решение этих проблем поможет человеку понять, как они влияют на все аспекты его жизни, и найти пути их преодоления.

Заметка 5.9. Преодоление проблем с выполнением домашнего задания

Причины	Подход к решению проблемы
Клиент не понимает важности домашней работы.	Обсудите, почему домашние задания важны. <i>Каковы преимущества того, что вы попробуете это сделать?</i> Напомните клиенту, что выполнение домашнего задания обуславливает эффективность КПТ, а изучение нового навыка требует времени, усилий и практики.
Клиент не понял, что от него требуется.	Не забывайте проверять понимание клиентом домашних заданий. <i>Что вы планируете попробовать сделать на этой неделе в качестве домашнего задания?</i>
Клиент забыл выполнить задание.	Запишите домашнее задание (скажем, в рабочей тетради). Обсудите способы стимулирования памяти. <i>Как вы можете напомнить себе о необходимости это сделать?</i>
Клиент не считает домашнее задание полезным или актуальным.	Разработайте домашнее задание в сотрудничестве с клиентом. <i>После обсуждения, что вы могли бы сделать иначе?</i> Проверьте понимание смысла домашнего задания. <i>Как выполнение задания поможет вам?</i>

Причины	Подход к решению проблемы
Отсутствие времени или мотивации для выполнения задания (оно считается менее приоритетным, чем другие дела).	<p>Постарайтесь получить четкое согласие и обязательство выполнить домашнюю работу.</p> <p>Достаточно ли важна проблема, чтобы тратить время и усилия на ее преодоление? <i>Насколько вам важно улучшить свое состояние при панических атаках?</i></p> <p>Выразите сочувствие в связи с необходимостью проделать тяжелую работу. <i>Иногда трудно что-то изменить, особенно когда жизнь полна стрессов и забот.</i></p>
Слишком сложное задание (скажем, вызывающее тревогу).	<p>Убедитесь, что домашнее задание реалистично и выполнимо. <i>Как вы думаете, насколько вероятно, что вы сможешь это сделать?</i></p> <p>Обсудите возможные препятствия перед любым потенциально трудным или тревожащими заданием. <i>Что может помешать вам сделать это? Как можно это преодолеть?</i></p>

Случай из практики 5.4. Преодоление трудностей с выполнением домашних заданий

В последний раз вернемся к диалогу между Джоном и его врачом. Джон пришел на прием, не выполнив согласованное домашнее задание (прочитать о КПТ и тревожности).

Врач. Скажите, насколько сложным вам показалось домашнее задание, о котором мы договорились в прошлый раз? *(Проверяет записи.)* Вам нужно было прочесть брошюру о тревожности, не так ли? Что вы по этому поводу думаете?

Джон. Ну... Мне не удалось ее прочитать.

Врач. Вот как. Что вам помешало сделать это на этой неделе?

Джон. Я просто не мог найти время, был очень занят на работе.

Врач. Когда на вас давит множество различных проблем, это сложно. Скажите, насколько вам важно ослабить свою тревожность? Довольны ли вы результатами терапии, чтобы продолжать в том же духе?

Джон. Конечно, я очень хочу измениться. Не хочу больше чувствовать себя подобным образом.

Врач. Как вы думаете, легко ли будет измениться?

Джон (*выглядит подавленным*). Нет, мне это кажется таким сложным. Но я не хочу постоянно так себя чувствовать. Не знаю, что делать.

Врач. Вы когда-нибудь учились чему-нибудь сложному? Водите машину, например?

Джон. Да, я вожу машину.

Врач. Когда вы учились водить, вы сразу сели за руль и вели машину идеально, без уроков или практики?

Джон. Нет! Мне пришлось взять довольно много уроков вождения.

Врач. И как изменились ваши навыки после того, как вы взяли уроки вождения?

Джон. Они стали лучше, и в конце концов я сдал экзамен.

Врач. Но если бы вы не нашли время для практики, как вы думаете, вы бы улучшили навыки вождения?

Джон. Нет, я бы никогда не стал водить лучше.

Врач. Вы видите сходство между обучением вождению и попыткой научиться новому способу справляться с тревожностью?

Джон. Полагаю, важно продолжать практиковаться, иначе я никогда не стану лучше.

Врач. Да, мне тоже так кажется. А как выполнение домашней работы вписывается во все это? Какова его цель?

Джон. Это способ практиковаться и преодолевать свою тревожность. Это важно для меня, поэтому я буду стараться уделять этому время.

От теории к практике... Не забывайте о сотрудничестве при постановке домашних заданий. Если вы заметили, что клиент не предлагает свои идеи или отвечает «да, но...», это может означать, что вы в слишком учительской манере ставите домашнее задание, а не сотрудничаете с клиентом. Вместо этого попробуйте спросить человека о его мыслях и предложениях.

Обратная связь/проверка понимания

Последний шаг — попросить клиента высказать свое мнение о консультации. Это укрепляет отношения и повышает вовлеченность клиентов в работу.

Я бы хотел, чтобы вы сообщили, если что-то не имеет смысла или если я вас неправильно понял. Это поможет нам эффективнее работать вместе.

Обращение за обратной связью также позволяет врачу проверить, как клиент относится к предоставленному подходу КПТ.

Как вы восприняли этот подход? Есть ли в нем смысл для вас?

Проверка понимания человеком того, что обсуждалось, важна для уточнения информации и предотвращения недопонимания. Это особенно важно при таких состояниях, как тревога о здоровье, когда недопонимание между врачом и клиентом — обычное явление, значительно усугубляющее проблемы клиента (см. главу 15 “Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы”).

Я хотел бы проверить, что вы вынесете из сегодняшней беседы. О каких важных вещах мы говорили?

Ключевые моменты

- Обучение конкретным навыкам общения и консультирования предлагает практический способ внедрения краткого подхода КПТ в повседневную практику.
- Старайтесь поощрять клиента к участию и вкладу в процесс сеанса, так как это поможет построить крепкие отношения, способствующие позитивным изменениям.
- Используйте направленное открытие, чтобы вместе с клиентом понять проблемы, поставить цели и найти решения.
- Имейте в виду, что иногда вы можете захотеть немедленно решить проблему клиента, но обычно эффективнее отступить и позволить человеку взять инициативу в свои руки.

Коммуникационные навыки	Важно помнить	Что говорить
Проблемно ориентированный подход.	<p>Попробуйте сформировать план приема или составить список проблем в начале консультации, чтобы оптимизировать использование ограниченного времени.</p> <p>Дайте клиенту возможность расставить приоритеты по наиболее важным вопросам.</p>	<p><i>Давайте спланируем, как мы будем использовать наше время сегодня.</i></p> <p><i>Предлагаю составить список ваших основных проблем.</i></p> <p><i>Что самое важное вы хотели бы обсудить сегодня?</i></p>
Найдите пример ключевых проблем.	<p>Попросите привести конкретные недавние примеры ситуаций, выявляющих проблему клиента.</p>	<p><i>Можете ли вы привести мне недавний пример этой проблемы?</i></p> <p><i>Когда это было? Где это произошло? Как вы реагировали?</i></p>
Изучите пример, используя КПМ.	<p>Обсудите пример подробно, используя КПМ в качестве руководства.</p> <p>Не забывайте делать эмпатические заявления, основанные на мыслях, чувствах и поведении, способствующих дистрессу клиента.</p>	<p><i>О чем вы думали? Как вы себя чувствовали?</i></p> <p><i>Какие-нибудь телесные проявления? Что вы делали?</i></p> <p><i>Что еще происходит в данный момент?</i></p>
Резюмируйте и подчеркивайте взаимосвязи между областями КПМ.	<p>Часто подводите итоги и делайте рефлексивные заявления, особенно если вы чувствуете, что "застряли" и не знаете, куда двигаться дальше.</p> <p>Используйте слова клиента и указывайте на любые взаимосвязи между областями КПМ или негативными циклами.</p>	<p><i>Вот что я услышал от вас сегодня...</i></p> <p><i>Я заметил, что когда вы начали думать негативно, вы также почувствовали себя довольно подавлено.</i></p>

Коммуникационные навыки	Важно помнить	Что говорить
Побуждающие (синтезирующие) вопросы.	Используйте синтезирующие вопросы, чтобы сподвигнуть человека самостоятельно осмыслить информацию и извлечь из нее уроки.	<i>Что вы думаете о том, что мы сегодня обсуждали? Есть ли что-нибудь, что вы могли бы извлечь из этого?</i>
Используйте объяснения, расширяющие возможности.	Предложите позитивные, понятные объяснения проблем, дающие клиентам ощущение контроля над их трудностями. Объясните конкретные мысли или страхи, которых придерживается клиент.	<i>Я хотел бы иначе, объяснить ваши боли в груди. Знаю, вы беспокоитесь, что это могут быть проблемы с сердцем, но я считаю, что боль исходит от мышц грудной клетки.</i>
Постановка и проверка домашнего задания.	Домашнее задание может включать в себя обдумывание ключевой информации или опробование новых моделей поведения и подходов к решению проблем. Задания должны быть SMART и совместно согласованы врачом и клиентом. Всегда на следующем приеме обсуждайте то, что произошло.	<i>Что бы вы хотели попробовать после этого обсуждения? Какой маленький шаг вы могли бы сделать к своей цели? Насколько вы уверены в том, что сможете этого достичь? Нужно ли сделать эту цель более реалистичной?</i>
Попросите об обратной связи/проверьте понимание клиента.	Попросите клиента дать обратную связь о том, как он воспринял консультацию и подход КПТ. Вы должны быть гибкими и готовыми пересмотреть свое мнение, когда это необходимо, и устранить любые недоразумения, которые могли возникнуть.	<i>Как вы восприняли сегодняшний прием? Что вы вынесете из нашей беседы?</i>

Глава 6

Преодоление негативных мыслей

Как помогает изменение мыслей

Поиск нового взгляда на сложные ситуации помогает прервать негативные циклы, способствующие развитию и поддержанию расстройств настроения и эмоционального дистресса.

В этой главе описаны некоторые основные методы когнитивного изменения, являющие собой важный аспект КПТ, и предложен ряд способов их использования в консультации врача общей практики. Однако следует понимать, что в ходе краткой консультации трудно реализовать сложные стратегии изменения мышления даже совместными усилиями. В этой ситуации более эффективными будут другие подходы, такие как изменение поведения (глава 7).

Непродуктивные стили мышления

Некоторые негативные взгляды на мир могут стать выученным паттерном или привычным образом мыслей. Это непродуктивные стили мышления (заметка 6.1), представляющие собой искаженные или измененные способы мировоззрения. Первый шаг к сбалансированному мышлению и к улучшению настроения — выявление непродуктивных стилей мышления.

Чтобы клиенты не чувствовали себя виноватыми или глупыми из-за того, что у них есть непродуктивные мысли, объясните, что непродуктивные стили мышления — обычное явление, они бывают у каждого. Тем не менее, поиск альтернативной перспективы поможет людям почувствовать себя лучше.

От теории

к практике...

Дайте клиентам информационную брошюру о непродуктивных стилях мышления для домашнего чтения. Предложите им выбрать свой типичный стиль мышления, а затем вести рабочую тетрадь, отмечая, как часто возникают подобные мысли.

Могут ли клиенты придумать альтернативные способы взглянуть на ситуацию, используя подсказки из брошюры?

Заметка 6.1. Непродуктивные стили мышления

Все или ничего (черно-белое мышление)	<p>Восприятие в "все или ничего" без учета возможностей между двумя крайностями, например: <i>"Я никому не нравлюсь. Я полный неудачник"</i>.</p> <p>Оттенки серого</p> <p>Редко что-то бывает либо на 100% идеальным, либо полным провалом. Постарайтесь быть реалистом и учитывать как позитивные, так и негативные события. Используйте "журнал позитивных мыслей", чтобы напоминать себе о достижениях или хороших моментах.</p>
Катастрофическое мышление	<p>Переход к крайним выводам, когда что-то идет не так, и предсказание ужасных последствий, например: <i>"Я совершил ошибку на работе, поэтому, скорее всего, потеряю работу"</i>.</p> <p>Сохраняйте реалистичный взгляд на будущее</p> <p>Старайтесь сохранять сбалансированный взгляд, не делая поспешных выводов. Сосредоточьтесь на настоящем моменте и сегодняшнем дне и на том, что вы можете сделать для решения стоящих перед вами задач.</p>
Утверждения "что если..."	<p>Постоянное беспокойство о будущих проблемах и катастрофах без планирования того, как справиться с трудностями, например: <i>"Что если паническая атака начнется, когда я выйду в магазин? Что если он подумает, будто я глупая?"</i>.</p> <p>Худшее может не случиться!</p> <p>Сосредоточьтесь на том, как вы справитесь, если что-то пойдет не так: <i>"Что бы я сделал, чтобы справиться с (...)?"</i>. Запишите свои решения.</p>

Эмоциональные рассуждения	<p>Действия, как если бы субъективные ощущения были конкретными фактами, например: <i>"Я чувствую себя непривлекательной, поэтому должна быть такой. Я так волнуюсь при мысли о походе в магазин, что не справлюсь, когда окажусь там"</i>.</p> <p>Эмоции затуманивают ваши суждения</p> <p>Когда эмоции накалены, мы склонны мыслить более экстремально и преувеличенно. Сделайте глубокий вдох и принимайте решения, когда почувствуете себя спокойнее. Попросите других дать вам обратную связь или "проверить на реальность" ваши суждения.</p>
Обвинять себя (брать на себя слишком много личной ответственности)	<p>Несправедливо считать себя причиной плохих событий, даже если на самом деле вы не виноваты, например: <i>"Это моя вина, что партнер мне изменил"</i>.</p> <p>Справедливо разделяйте ответственность</p> <p>Вы не единственный человек, несущий ответственность за проблемы. Попробуйте составить список всех, кто вовлечен в ту или иную ситуацию, включая себя только в конце. Возможно, вы обнаружите, что, хотя и несете определенную долю ответственности, случившееся не совсем ваша вина.</p>
Самокритика (и обзывание себя)	<p>Склонность к чрезмерной критике и негативному отношению к себе; вы можете называть себя грубыми или неприятными словами, например: <i>"Я всегда все порчу. Я не могу этого сделать — я так глуп!"</i>.</p> <p>Будьте добры и снисходительны к себе и другим</p> <p>Не игнорируйте свои достижения в жизни, как маленькие, так и большие. Невозможно, чтобы кто-то все испортил! Были бы вы так же строги к своему лучшему другу? Если нет, помните, что справедливо применять те же правила к себе, что и к другим.</p>

Предполагаемое чтение мыслей (негативное представление о том, как вас видят другие)	<p>Предполагать, что другие думают о вас наихудшее, например: <i>"Он считает, что я неудачник"</i>.</p> <p>Не делайте поспешных выводов!</p> <p>Другие могут думать не самое плохое. Зачастую людей больше волнуют их собственные проблемы, чем то, что вы сказали или сделали. Помните о положительном мнении тех, кому вы нравитесь и кто о вас заботится.</p>
Игнорирование позитива	<p>Отбрасывание, игнорирование или отвержение любых позитивных событий или сообщений. <i>Он говорит это только потому, что ему меня жаль. В этом нет ничего особенного, любой поступил бы так же.</i></p> <p>Помните, что жизнь состоит из позитива и негатива</p> <p>Старайтесь помнить как о положительном, так и о негативном; позволяйте себе признавать свои успехи, а не зацикливаться на проблемах.</p>
Нереалистично высокие стандарты	<p>Быть перфекционистом и устанавливать стандарты, которые невозможно достичь. Использование утверждений "должен", "обязан" и "нужно". <i>Я никогда не должен совершать ошибок. Я должен нравиться всем.</i></p> <p>Будьте более гибкими и реалистичными в отношении своих целей</p> <p>Замените "должен" на "предпочел бы", например: <i>"Я предпочел бы всегда говорить только самое лучшее, но никто не идеален, поэтому я просто буду делать все, что в моих силах"</i>.</p>

Сложности с попытками не думать о негативном

Многие люди инстинктивно пытаются подавить или контролировать неприятные негативные автоматические мысли (*я просто стараюсь игнорировать или блокировать свои переживания*). К сожалению, это не очень эффективная стратегия для снижения силы и частоты негативных мыслей в долгосрочной перспективе.

Заметка 6.2. Эксперимент “Розовый слон”

В течение следующих 30 секунд из всех сил старайтесь не думать о розовом слоне.

Что произошло? Думали ли вы вообще о розовом слоне? Было ли это легко или потребовались большие умственные усилия?

Многие люди обнаруживают, что мысли и образы слона всплывают в сознании, несмотря на все усилия не думать о нем. Попытка не думать о конкретной мысли требует больших умственных усилий и часто приводит к обратному эффекту: мысль становится еще более навязчивой.

Представьте себе, насколько сложнее будет выполнить это упражнение человеку, пытающемуся подавить в себе ужасающие образы, связанные с конкретной ситуацией, вызывающей страх.

Попытки игнорировать или подавлять негативные мысли парадоксальным образом *увеличивают* их силу. Если пытаться *не думать* о чем-то, неприятная мысль или образ, скорее всего, промелькнет в сознании и вызовет неприятные эмоции.

Более эффективный метод борьбы с нежелательными мыслями — признать их присутствие, определить, что они собой представляют, а затем найти способы активно противостоять им и переформулировать их.

Отвлечение

С негативными мыслями полезно бороться путем обращения внимания на что-то другое, этот краткосрочный метод называется отвлечением. Он особенно полезен при тревожных расстройствах, а также при депрессии, когда в течение дня людей одолевает большое количество негативных мыслей.

Отвлечение внимания не является долгосрочным решением, помогающим справиться с негативными идеями или мыслить более рационально. Однако оно предоставляет простую, быструю стратегию “первой помощи” для уменьшения силы негативного мышления, отвлекая внимание клиента от неприятных или нежелательных мыслей. Это помогает уменьшить сильные негативные чувства до более управляемых уровней, когда легче смотреть на проблемы с более рациональной точки зрения.

Отвлечение отличается от попыток простого подавления или игнорирования негативных мыслей тем, что предполагает скорее позитивные, чем негативные мысленные установки. Оно включает в себя попытку активно заняться определенным видом деятельности, что дает дополнительное преимущество — переключение разума с негативных установок.

Лучшие активности для отвлечения внимания способны полностью занять ум, но при этом не слишком сложные. Помогите клиенту заранее спланировать, какую технику отвлечения он попробует в конкретных сложных ситуациях, а затем проследите, какой эффект она возымела.

Заметка 6.3. Полезные техники отвлечения

Решайте простые головоломки (кроссворды, игры на поиск слов), складывайте пазлы.

Поищите информацию в Интернете, поиграйте на музыкальном инструменте или в компьютерную игру.

Повысьте уровень физической активности: гуляйте, занимайтесь йогой он-лайн, поработайте по дому.

Выполняйте простые арифметические действия (скажем, отнимите 7 от 100 и далее несколько раз).

Скопируйте или нарисуйте что-нибудь.

Сосчитайте предметы, например количество кирпичей в стене, количество цветов или оттенков на картинке.

Мысленно описывайте, что вы сейчас видите из окна, слышите, обоняете или ощущаете.

Трудности при отвлечении

Есть риск, что клиенты будут использовать отвлечение как “защитное поведение”, *чтобы избежать* столкновения с проблемами или

преодоления негативных мыслей и убеждений. В этом случае отвлечение станет контрпродуктивным и будет служить стратегией избегания. Посоветуйте клиенту использовать отвлечение как *первый шаг* в управлении неприятными мыслями и эмоциями. Следующий шаг — признать и изменить негативные мысли.

**От теории
к практике...**

Отвлечение внимания — быстрая стратегия, которую тревожно-му клиенту можно продемонстрировать во время консультации. Попросите клиента оценить уровень его тревожности от 0 до 100 (где 0 — полное отсутствие тревоги, а 100 — самый высокий уровень тревожности, которую только можно себе представить).

Затем попросите клиента подробно описать любой предмет в комнате или за окном. Спросите о цвете, форме, размере, запахе и т.д. Постарайтесь задать вопросы, которые заставят клиента задуматься о предмете. (*Для чего еще вы могли бы это использовать? или Что может делать или о чем думать человек за окном?*)

Через 1-2 минуты попросите клиента повторно оценить его уровень тревожности. Если он остается высоким, повторите эксперимент с другой стратегией отвлечения. Например, попросите человека скопировать или обвести геометрическую фигуру на листе бумаги.

Когда уровень тревожности клиента снизится, постарайтесь использовать этот опыт в качестве примера для изучения, спросив человека.

Что вы ощущаете сейчас? Что вы думаете об этом способе быстро почувствовать себя лучше?

Как вы можете использовать это, чтобы помочь себе в будущем?

Какие мысли у вас возникали, что заставляло вас чувствовать себя так тревожно? Видите ли вы ситуацию с другого ракурса теперь, когда вам спокойнее?

Расширение взглядов на сложные ситуации

Полезно побудить клиента рассмотреть трудные ситуации с других ракурсов. Насколько серьезной была ошибка? Насколько важна эта проблема в общем порядке вещей?

Один из способов оценить перспективы проблем — попросить клиентов представить, как они восприняли бы это событие в будущем.

Как вы будете относиться к этому через год? Будет ли это все так же важно? А через пять лет? Через десять лет?

Также полезный инструмент для изучения альтернативных объяснений событий — круговые диаграммы. Цель в том, чтобы создать более сбалансированное представление о событии, рассмотрев ряд факторов, которые в него можно вовлечь. Это уменьшает страх перед особенно негативным или катастрофическим исходом. Круговые диаграммы полезны при тревожных расстройствах, когда люди переоценивают риск возможных будущих событий, также диаграммы используют для оценки чрезмерной ответственности или чувства вины после сложного опыта. Пример использования круговой диаграммы при тревоге о здоровье дан в главе 15 “Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы”.

Еще одна полезная техника для прояснения ситуации — использование “шкалы тяжести”, когда клиент сравнивает различные события по шкале от чрезвычайно серьезных до несущественных.

Случай из практики 6.1. “Шкала тяжести” для расширения мировоззрения

Поле 35 лет, она работает секретарем. Придя на ежегодную вечеринку в офис, она спотыкается и падает на глазах у босса. Она не пострадала и быстро встала, но многие недели после этого Пола переживает о случившемся и чувствует себя все более тревожно и подавленно. Она даже берет отгулы на работе, чтобы не встречаться с коллегами. Мысли Поля.

- Это было так глупо.
- Все смеялись надо мной.
- Я выглядела полной душой.

Лечащий врач Поля предлагает ей составить список других проблем, которые могут возникнуть на корпоративной вечеринке. В него вошли некоторые очень маловероятные или юмористические возможности, например:

- разозлиться и облить напитком важного клиента;
- случайно разбить ценную антикварную вазу;

- напиться и стошнить на ковер;
- попасться на краже денег у коллег;
- устроить драку и быть арестованной;
- устроить пожар и сжечь ресторан дотла.

Лечащий врач Пола просит ее оценить эти возможности по степени серьезности, используя "шкалу тяжести". Только после учета всех других возможностей Пола добавляет на шкалу фактическую "ошибку", которую совершила.



Это упражнение помогает оценить серьезность или важность переживаний Пола и проиллюстрировать, что ее негативные мысли о том, что она споткнулась, были преувеличенны и несправедливы.

Полезные вопросы, побуждающие клиента поразмышлять над этим упражнением.

Что вы думаете об этом? Дает ли это вам возможность взглянуть на случившееся с другой стороны?

Оценка негативных мыслей

Выявление негативных идей

Первый шаг — научить людей замечать и идентифицировать свои мысли, ведущие к определенным эмоциональным реакциям. Цель в том, чтобы определить наиболее актуальную или "горячую" идею [Greenberger & Padesky, 1995a], обычно связанную с самым сильным эмоциональным дистрессом.

Полезно записывать мысли в рабочую тетрадь или журнал, это делает их более "конкретными". Так мысли легче прояснить, что помогает людям рассматривать их с более рациональной точки зрения.

Оценка правдоподобности

Этот процесс включает в себя изучение причин, по которым клиент придерживается того или иного негативного убеждения, не оспаривая и не пытаясь изменить его.

Следующий шаг — поиск любых доказательств того, что эта мысль может быть *не* совсем точной. Можно рассмотреть, логична ли мысль, реалистична или представляет собой нежелательный стиль мышления (заметка 6.4). Наконец, клиенту предлагают принять во внимание все доказательства, как положительные, так и отрицательные, чтобы прийти к более сбалансированной и реалистичной точке зрения.

Заметка 6.4. Вопросы для оценки правдоподобности негативных мыслей

- Что подтверждает эту мысль? Что заставляет вас так думать?
- Есть ли доказательства против этой мысли? Ведет ли что-нибудь к выводам, что мысль может быть не совсем точной?
- Является ли она логичной или реалистичной? Справедлива ли она?
- Это сострадательный или добрый взгляд на предмет?
- Является ли это "вредным" (непродуктивным) стилем мышления?
- Каковы преимущества и недостатки такого образа мышления?
- Какой совет вы бы дали другому человеку в такой ситуации?
- Есть ли другой способ взглянуть на ситуацию, который учитывал бы все эти новые факты?

Записывание мыслей

Это структурированный способ выявления и оценки негативных идей и убеждений. Клиент должен записать, что он думал и чувствовал в трудной ситуации или в момент эмоционального потрясения. Чтобы хорошо запомнить это, полезно записать мысли как можно скорее после сложной ситуации.

Регулярное ведение записей улучшит способность клиента мыслить более гибкими и полезными способами и сократит использование непродуктивных, искаженных стилей мышления. В конце концов, в сознании автоматически начнут возникать сбалансированные идеи, тогда и пропадет необходимость вести письменный учет мыслей. Это может привести к тому, что клиенты будут чувствовать себя менее подавленными в ситуациях, которые раньше вызывали болезненные, негативные эмоции.

Клиент может вести записи мыслей, как рабочую тетрадь, чтобы записывать сведения о:

- ситуации: что произошло, где это случилось, кто был вовлечен, в какой момент клиент почувствовал себя эмоционально подавленным;
- чувства (оценить 0–100);
- мысли, связанные с негативными чувствами;
- самая сильная или тревожная (“горячая”) мысль.

От теории Советы по ведению записей.

к практике...

- Записывайте мысли, используя собственные слова клиента и от первого лица (он *думает*, что я скучная).
- Будьте конкретны в отношении мыслей, выясните, что клиент на самом деле имеет в виду, говоря “это будет ужасно”. Насколько ужасно? Что может произойти? Какие образы у него возникают?
- Если мысли выражены в вопросительной форме, деликатно задайте вопросы, которые помогут клиенту переформулировать их в утверждение, например: “Какой ваш самый большой страх? Что может пойти не так?”. Скажем, мысль “Будет ли со мной все в порядке в кинотеатре?” можно переформулировать в “Я не справлюсь с собой в кинотеатре, у меня будет приступ паники, мне придется уйти”.

Случай из практики 6.2. Обучение ведению записей мыслей

Санджею 35 лет, он работает специалистом по вопросам планирования в местном органе самоуправления. Около трех месяцев назад его повысили до старшей руководящей должности, которая предполагает проведение презентаций коллегам. Санджей все больше тревожится по поводу публичных выступлений и стал избегать подобных ситуаций, что затрудняет его работу. Он заполняет журнал мыслей следующим образом.

Область для заполнения	Полезные вопросы	Ответы Санджея
Ситуация	<p>Опишите типичную ситуацию, когда вы чувствовали себя расстроенным или взволнованным.</p> <p>В какой момент вам было хуже всего? Что вы делали?</p>	<p>В четверг в 11 часов утра ко мне в кабинет зашел начальник и попросил сделать презентацию об изменениях в политике местного планирования для руководителей отделов.</p>
Чувства	<p>Составьте список всех своих чувств или эмоций.</p> <p>Оцените, насколько сильным было каждое чувство от 0 до 100 (где 0 — отсутствие эмоций, а 100 — самое сильное чувство, которое вы когда-либо могли себе представить).</p>	<p>Тревожно — 75. Напряженно — 70. Подавленно — 60.</p>
Мысли	<p>О чем вы подумали, что заставило вас так себя чувствовать?</p> <p>Какие мысли или образы у вас возникли?</p> <p>Что самое плохое в этой ситуации?</p> <p>Как эта ситуация влияет на вас, вашу жизнь или на ваше будущее?</p> <p>Бойтесь ли вы, что что-то может произойти? Что именно?</p> <p>Что может подумать или почувствовать о вас кто-то из окружения? Что это значит для вас?</p>	<p>У меня недостаточно авторитета или опыта, они не будут меня уважать.</p> <p>Я так разнервничаюсь, что не смогу говорить правильно и не донесу свою точку зрения.</p> <p>Я могу недостаточно разбираться в теме.</p> <p>Что если они не согласятся со мной или зададут вопросы, на которые я не смогу ответить?</p> <p>Они подумают, что я глуп и некомпетентен.</p>
"Горячие" мысли	<p>Какая из этих мыслей расстраивает вас больше всего?</p>	<p>Они будут считать меня глупым и некомпетентным.</p>

Преодоление непродуктивных мыслей с помощью записей

После выявления “горячей” мысли можно оспорить ее правдивость. Как обычно, сначала нужно собрать все подробные доказательства, которые подтверждают и объясняют, почему клиент придерживается этого убеждения, а затем все доказательства, не подтверждающие его.

Мысль. *Я скучен.*

Доказательства в пользу этого убеждения. *Мне нечего сказать людям на работе.*

Доказательства “против” (опровержения). *Моя подруга Лиза часто звонит мне, чтобы поболтать, и нам есть о чем поговорить.*

На последнем этапе необходимо сформировать новую, более сбалансированную мысль, которая заменит первичную. При этом важно учитывать доказательства как за, так и против негативной мысли.

В некоторых ситуациях я бываю тихим, но у меня много друзей, которые находят меня интересным и наслаждаются моим обществом.

Важно, чтобы альтернативные мысли были подкреплены подлинными фактами из жизни клиента, чтобы они казались правдоподобными и реалистичными. Этот процесс может заметно улучшить настроение человека.

Случай из практики 6.2. Продолжаем обучение ведению записей мыслей

Вернемся к записи мыслей Санджея о его беспокойстве по поводу презентации для коллег.

Горячая мысль для проверки на реальность. Они будут считать меня некомпетентным и глупым.	
Доказательства “за” Что заставляет вас утверждать, что мысль верна? Случалось ли что-нибудь, что доказывает это?	Доказательства “против” Есть ли что-нибудь, что показывает, что мысль не всегда верна? Бывают ли случаи, когда вы думаете иначе, чем сейчас? Когда?

<p>Доказательства "за"</p> <p>Соответствует ли какой-либо опыт прошлого этому убеждению?</p>	<p>Доказательства "против"</p> <p>Через 5 или 10 лет вы бы восприняли эту ситуацию по-другому?</p> <p>Игнорируете ли вы положительные моменты в этой ситуации?</p> <p>Является ли такой образ мышления "вредным"? Что более реалистично или полезно?</p> <p>Если бы у вашего лучшего друга возникла такая мысль, что бы вы ему сказали?</p>
<p>Многие сотрудники работают в муниципальном совете гораздо дольше, чем я.</p> <p>Если я буду выглядеть нервным, люди будут считать, что у меня мало знаний.</p> <p>На прошлой неделе коллега заметил, как я молод.</p> <p>На последней презентации мне задали вопрос, на который я не смог ответить и очень разволновался.</p>	<p>У меня есть необходимая квалификация для этой работы, именно поэтому меня и назначили на эту должность.</p> <p>Мой босс, похоже, уверен, что я справлюсь.</p> <p>У меня больше подготовки в этой области, чем у кого-либо в офисе.</p> <p>В конце последней презентации другой коллега сказал, что это было интересно.</p> <p>Был и другой докладчик, который не смог ответить на вопрос от присутствующих.</p> <p>Он просто предложил выяснить это после презентации.</p> <p>Есть много других аспектов работы, которые я выполняю хорошо. Они также влияют на то, как коллеги воспринимают меня.</p>
<p>Альтернативная/сбалансированная мысль взамен "горячей".</p> <p>Запишите альтернативную или сбалансированную мысль, которая учитывает доказательства за и против "горячей". Постарайтесь быть справедливым и реалистичным.</p> <p>Я гоюсь для проведения этой презентации, потому что я большой эксперт в области планирования, чем многие другие сотрудники совета. Если я не знаю ответа на вопрос, я могу поискать информацию после выступления.</p> <p>Оцените настроение/эмоции еще раз.</p> <p>Как вы себя чувствуете сейчас? Отличается ли это от того, что было раньше?</p> <p>Тревожно — 40, напряженно — 30, подавленно — 20.</p>	

Преодоление трудностей с записыванием мыслей

Если после записывания мыслей клиент не чувствует улучшения настроения, полезно применить следующий список вопросов.

- Была ли описанная ситуация достаточно конкретной? Сосредоточился ли клиент на ключевом моменте эмоциональных изменений?
- Определил ли он самую “горячую” мысль? Есть ли другие ключевые мысли, которые вызывают у клиента негативные чувства?
- Была ли проверяемая мысль непосредственно связана с конкретным чувством, которое клиент пытался изменить?
- Записал ли клиент достаточно доказательств “против” (опровержения) “горячей” мысли? Использовал ли он альтернативные способы рассмотрения любых доказательств в ее пользу?
- Кажется ли клиенту сбалансированная, альтернативная мысль правдоподобной и реалистичной?
- Действительно ли “горячая” мысль представляет собой глубинное убеждение или “правило жизни”? Это укоренившиеся убеждения, которые невозможно эффективно изменить с помощью записывания (глава 10 “Глубинные уровни: основополагающие убеждения и правила”).

Ключевые моменты

- Обучение более гибкому, рациональному и сострадательному мышлению уменьшает эмоциональный дистресс.
- Начните с того, что просто предложите клиенту определить его мысли. Помните, что это может быть ему неприятно, если мысли негативны или вызывают тревожность.
- Будьте любознательны. Прежде чем побуждать клиента к каким-либо изменениям, уделите ему время, чтобы изучить и понять, почему он придерживается той или иной негативной идеи.
- Цель в том, чтобы создать альтернативную, сбалансированную идею, которая учитывает как положительные, так и отрицательные факторы. Альтернативная мысль должна казаться убедительной и правдоподобной, иначе эмоционального сдвига не произойдет.

Полезные стратегии для управления негативными мыслями и поощрения более сбалансированной перспективы таковы.

- Используйте простые методы отвлечения, чтобы занять мысли, скажем, рисование, поиск информации в Интернете или прогулку. Следите за тем, чтобы стратегия отвлечения не стала "альтернативным паттерном" или защитным поведением.
- Используйте шкалу тяжести, чтобы представить небольшие проблемы в перспективе; пробуя этот подход, прибегайте к юмору и будьте креативны.
- Представьте, как вы будете воспринимать ту же ситуацию через 5 или 10 лет.
- Ведите рабочую тетрадь или журнал для записывания мыслей, возникающих в сложных ситуациях, заполняйте его как можно скорее после события.
- Записывание задает структурированный способ выявления и переосмысления негативных идей. Однако в рамках краткой консультации это требует времени и трудно выполнимо. Клиенту может потребоваться практика дома с книгой самопомощи, основанной на КПТ, или работа со специалистом по КПТ, чтобы научиться эффективно применять этот метод.

Преодоление непродуктивного поведения

Важность изменения поведения

Это может быть одним из самых мощных методов разрушения негативных циклов и создания долгосрочных изменений при сложных эмоциях. Перемены в поведении служат мощным *доказательством* перестройки в мыслях или убеждениях. Поведенческие эксперименты дают клиентам возможность проверить на реальность новые убеждения и подходы к жизненным проблемам, что делает эти убеждения более реалистичными и правдоподобными.

Полезно сочетать как когнитивные, так и поведенческие модификации. Например, убеждение *“я скучный, люди не хотят слушать мое мнение”* можно обсудить и переформулировать на вербальной или интеллектуальной основе в новую, более рациональную точку зрения: *“Многие люди находят беседу со мной интересной”*. Однако без преобразования поведения, связанного с этим убеждением (например, избегания социальных контактов, плохого зрительного контакта с другими, нежелания говорить в компании), вера в новую точку зрения, скорее всего, останется ограниченной. Меняя поведение (вести себя так, будто я интересен, устанавливая зрительный контакт и слушая других, пробуя завязать разговор) и отмечая влияние перемен, клиент собирает доказательства для укрепления нового, более полезного убеждения (*когда я говорю с другими, они часто интересуются тем, что я хочу сказать*).

Вовлечение клиентов

Клиенты должны быть активно вовлечены в когнитивно-поведенческий подход, их следует поощрять брать на себя ответственность за изменение поведения. Медицинским работникам нужно стараться не давать много советов и не предлагать решений, которые могут оказаться нереалистичными или неуместными в жизни конкретного человека. Большинство клиентов с большей вероятностью будут следовать идеям,

которые придумали сами, а не советам других. Ответы “да, но...” — распространенный признак того, что предложения медицинского работника слишком протокольны или навязчивы. Клиенты могут сказать об этом прямо (*да, я знаю, что мне следует больше заниматься спортом, но у меня нет на это времени*), или внешне согласиться, но просто игнорировать предложение, как только покинут кабинет врача. Такое отсутствие “согласованности” часто наблюдается при назначении лекарств.

Чтобы избежать ответов “да, но...”, предлагайте меньше. Передайте клиенту ответственность за формирование его собственных идей и за выбор реалистичных, подходящих или полезных изменений в поведении.

Как вы думаете, что могло бы помочь вам в этой ситуации?

Вы эксперт в своей собственной жизни. Как вы думаете, что вам поможет?

Как вы думаете, что вы могли бы сделать по-другому?

Реалистичные ожидания в отношении улучшений

Процесс изменения поведения должен быть разбит на небольшие управляемые шаги. Их легче выполнить, и они служат базисом для дальнейших перемен. Клиентов можно поощрять к проведению простых экспериментов, чтобы рассмотреть различные аспекты их трудностей.

Напомните клиентам, что перемены не всегда даются легко. Полезно ожидать трудностей и планировать способы активного противостояния и преодоления любых возникающих проблем, а не сразу сдаваться, когда не все сразу идет по плану.

Поведенческая активация

Доказано, что поведенческая активация (ПА) не менее эффективна, чем антидепрессанты, и возможно, даже более эффективна, чем стандартная КПТ для лечения депрессии [Dimidjian et al., 2006].

В основе ПА лежит принцип, согласно которому депрессивные люди обычно ведут себя иначе и реже занимаются приятной или приносящей удовлетворение деятельностью. Такое депрессивное поведение рассматривают как форму избегания, которая усиливает депрессию, образуя негативный цикл, ведущий к снижению настроения и к еще более депрессивному поведению.

**От теории
к практике...**

Способствуйте реалистичным ожиданиям клиентов относительно их прогресса, начертив серию блоков, соединенных стрелками.



Скажите клиенту, что крайний левый блок — текущее состояние и попросите его кратко описать, что это значит для него, например, он очень подавлен, не выходит на улицу, не работает.

Крайний правый блок представляет то, к чему он хотел бы прийти, например, *больше не испытывать депрессию, вернуться на работу, вести активную социальную жизнь*.

Затем попросите клиента представить, как он мог бы себя чувствовать в ряде промежуточных блоков.

По-прежнему низкий уровень социальной активности, немного чаще выхожу в общество, но не получаю от этого удовольствия, еще не вернулся на работу.



Настроение временами улучшается, в целом более активен, думаю о работе.



Депрессия ослабляется, но настроение все еще иногда снижается, улучшается социальная жизнь, готовлюсь к возвращению на работу.

Это помогает установить реалистичные цели. Также клиенту полезно осознать, что нормально продолжать испытывать некоторые неприятные симптомы, даже если жизнь улучшается.

ПА предполагает планирование деятельности с целью побудить депрессивных людей увеличить количество приятных и значимых занятий, несмотря на негативные чувства или отсутствие мотивации. Это включает в себя планирование конкретных видов активностей, которых клиент в настоящее время избегает, а также постановку целей, соответствующих ценностям человека, таким как возвращение к работе и социальным ролям.

ПА также включает в себя оценку глубинных мыслей и убеждений, препятствующих повышению активности.

Я буду более активен, когда почувствую себя лучше или стану более мотивированным.

Не могу быть активным, я слишком устал.

Я все равно не получу от этого удовольствия.

В ПА меньше внимания уделяется оценке или обсуждению негативных мыслей, в отличие от стандартной КПТ. Вместо этого, клиентов учат отстраняться от мыслей, что аналогично процессу осознанности (см. главу 11 “Осознанность и принятие”). Цель в том, чтобы человек признавал наличие негативных мыслей, но учился дистанцироваться от них, чтобы больше не использовать их и не “быть подавленным” ими.

Клиента поощряют планировать свое поведение в соответствии с расписанием дня, а не в связи с тем, что он думает или чувствует в данный момент. Если человек будет дольше ждать того, чтобы приступить к определенному виду деятельности, у него, скорее всего, пропадет мотивация. Если “просто сделать это” или вести себя так, будто чувствуешь себя лучше, это постепенно увеличивает мотивацию, улучшает настроение и повышает самооценку. О ПА подробнее говорится в главе 12 в контексте депрессии.

Поведенческие эксперименты

Это специально разработанные подходы к изменению поведения, часто используемые в КПТ. Они позволяют людям проверить негативные убеждения или прогнозы, а также сформировать и проверить новые, более адаптивные точки зрения. При условии, что клиент остается открытым к тому, что альтернативное убеждение *может* иметь определенную обоснованность. Он не обязательно должен полностью в это верить, чтобы проверить негативные и альтернативные убеждения. Такой подход полезен при ответах типа “да, но...”. Вместо того чтобы предлагать ответ, предложите клиенту самому найти его, проверив свое убеждение на практике.

Поведенческие эксперименты можно использовать для сбора данных, способствующих развитию более позитивных или полезных убеждений. Это важно, если клиенту просто не хватает фактического материала, чтобы решить, верна ли та или иная негативная мысль. Например, люди, страдающие от социальной тревожности, могут

придерживаться убеждения, *что тревожиться при встрече с другими людьми — ненормально, это значит, что со мной что-то не так*. Только проверив это убеждение на практике, может быть, проведя небольшое исследование опыта других людей, клиенты согласятся и примут новую точку зрения, например, *что испытывать тревожность при встрече с другими людьми — обычное дело*.

Поведенческие эксперименты также можно использовать для поиска методов ослабления неприятных эмоциональных переживаний, скажем, проверяя то, как отвлечение внимания или легкие физические нагрузки влияют на повышение уровня энергии при депрессии.

Определение подходящих поведенческих экспериментов

Чтобы быть эффективными, данные эксперименты должны непосредственно соотноситься с конкретным клиентом и проверять определенные негативные, вредные, убеждения, поддерживающие его проблемы. Поэтому очень важно сначала потратить время на то, чтобы получить глубокое представление о таких проблемах.

Поведенческие эксперименты бывают *активными*, когда клиент пробует действовать иначе и записывает влияние нового поведения. Иные эксперименты могут быть просто *наблюдениями*, в ходе которых клиент должен следить за другими людьми, чтобы выявить новые способы действий в целевых ситуациях (эти способы впоследствии могут быть проверены в более активном эксперименте). Клиентам также будет полезно собрать информацию или мнения других людей по конкретным вопросам или проблемам.

Разработка и проведение эффективных поведенческих экспериментов

Существует четыре систематических шага для разработки эффективного поведенческого эксперимента, изложенные в заметке 7.1 и более подробно описанные в тексте (а также на рис. 7.1).

Заметка 7.1. Этапы планирования поведенческих экспериментов

- 1. **Определить проблему**, в том числе соответствующие мысли, негативные прогнозы, чувства и нынешнее поведение.
- 2. **Составить план изменений для проверки**, используя подробный, "бесприигрышный" вариант, реалистичный и приемлемый для клиента и имеющий отношение к ключевым негативным убеждениям, которые проверяются.
- 3. **Опробовать новое поведение** и детально записать, что произошло.
- 4. **Проанализировать и осознать**, что эта информация значит для клиента и как ее можно использовать для улучшения его жизни. Это включает в себя решение проблем для преодоления любых трудностей и планирование соответствующих экспериментов в будущем.

Мысль, которую нужно проверить.	
Что я собираюсь делать? (Что, где, когда?)	
Что, по моим прогнозам, произойдет?	
Какие проблемы могут возникнуть в связи с этим планом?	
Как можно преодолеть эти проблемы?	
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	
Что я узнал из эксперимента?	

Рис. 7.1. Планирование поведенческого эксперимента

1. Определение проблемы

Данный этап включает в себя определение текущих поведенческих стратегий клиента для решения его трудностей, а также любых соответствующих мыслей, страхов или негативных прогнозов относительно перемен.

Важно быть очень внимательным при выявлении конкретных мыслей и негативных прогнозов для проверки. Например, клиент с социальной тревожностью может считать: *“Я буду выглядеть глупо перед другими”*, — но это следует обсудить более подробно, чтобы определить, почему именно он боится “выглядеть глупо”. Например: *“Я буду бесконтрольно болтать”*. Или: *“Разум помутится, и я вообще ничего не скажу”*.

На следующем этапе необходимо определить, какие модели поведения можно изменить, чтобы преодолеть негативные мысли, лежащие в их основе. Выделите конкретное, поддающееся проверке предсказание, основанное на мыслях клиента. Важно определить, какие, по мнению клиента, будут последствия изменения поведения.

Случай из практики 7.1. Улучшение режима сна

Трише 28 лет, она одна воспитывает четырехлетнюю дочь и уже больше года страдает от депрессии. Триша постоянно уставшая, но плохо спит по ночам, ей трудно заснуть, а утром она часто просыпается позже желаемого времени. Чтобы компенсировать это, она начала дремать днем.

Ее лечащий врач помогает Трише составить план поведенческого эксперимента, чтобы проверить эффект от изменения ее поведения.

Мысль, которую нужно проверить.

Мне нужно вздремнуть, чтобы наверстать упущенный сон, иначе я не справлюсь со своими дневными обязанностями.

Вздремнув, я чувствую себя лучше, когда мне плохо.

Вялость, подавленность.

Какие негативные эмоции связаны с этими мыслями?

Пробуждение позже желаемого времени может ухудшить ночной сон.

Какое поведение в настоящее время усиливает негативные мысли?

Я почувствую себя более уставшей, если не вздремну.

Что, по прогнозам клиента, может произойти?

Если я устану еще больше, мое настроение ухудшится.

Какое убеждение может быть более взвешенным и рациональным?

Если я вздремну, то почувствую себя еще более уставшей и подавленной.

Если я перестану дремать днем, я все равно справлюсь со всем и буду лучше спать по ночам.

2. Планирование изменений в поведении

На следующем этапе необходимо решить, какое поведение нужно изменить, чтобы проверить соответствующие мысли. Для этого необходимо разработать подробный план эксперимента, который включает в себя предвидение и подготовку к любым трудностям, которые могут возникнуть (заметка 7.2).

Эксперименты следует планировать как “бесприигрышные”. Это означает, что нужно сохранять искреннюю открытость в отношении того, что может произойти. Некоторые, казалось бы, нереальные негативные мысли могут оказаться правдой. Однако обнаружить это все равно полезно, поскольку позволяет клиенту сосредоточиться на эффективном решении проблемы и найти способ ее преодоления.

Выбранные эксперименты должны быть актуальными, реалистичными и приемлемыми для клиента, и не слишком сложными. Врачу следует поддержать клиента и открыто признать, что человеку трудно попробовать действовать иначе. Это поможет клиенту справиться с потенциально сложными или пугающими ситуациями.

Не забудьте продемонстрировать клиенту свой энтузиазм и интерес к эксперименту и его результатам. Это побудит его провести эксперимент.

Заметка 7.2. Контрольный лист планирования поведенческих изменений

Определение сути эксперимента

- Как вы можете проверить, верна ли ключевая мысль?
- Что вы можете попробовать сделать иначе?

Планирование проведения эксперимента

- Каковы детали плана (что, где, кто, когда)?
- Как можно обеспечить гарантии, что это будет “бесприигрышный” эксперимент?

Подготовка к возможным трудностям при проведении эксперимента

- *Понимаете ли вы, что мы пытаемся сделать и почему?*
- *Насколько вероятно, что вы попробуете это сделать? Может ли что-то увеличить эту вероятность?*
- *Какие проблемы могут возникнуть? Как вы могли бы их преодолеть?”*

Случай из практики 7.1. Продолжение: улучшение режима сна

Вернемся к примеру Триши, которая определила следующую альтернативную мысль для проверки: *“Если я перестану дремать, я все равно справлюсь и буду лучше спать по ночам”*.

Триша и ее лечащий врач согласились, что полезным способом проверки этой мысли будет сравнение двух стратегий (дремать и не дремать) в течение двух недель.

Первую неделю Триша решила никак не менять режим сна, но следить за тем, как часто она дремлет, сколько спит ночью и насколько уставшей она чувствует себя днем. В течение второй недели она постарается не дремать днем, продолжая следить за своей усталостью и ночным сном.

Потенциальные трудности заключались в том, что она могла почувствовать себя настолько уставшей, что у нее не получилось бы избежать дневного отдыха. Чтобы преодолеть эту проблему, Триша запланировала несколько приятных занятий, которые можно было бы выполнять в таком случае.

3. Новое поведение и наблюдение за тем, что произошло

Следующий шаг заключается в том, чтобы человек опробовал новое поведение. Следует поощрять клиента подробно записывать то, что он сделал и что произошло в контексте изменения в мыслях, чувствах или в телесных проявлениях (заметка 7.3). В некоторых случаях может также понадобиться записать реакцию других людей.

Заметка 7.3. Контрольный лист для оценки результатов поведенческих изменений

- *Что вы на самом деле сделали? Все прошло так, как вы планировали? Если нет, что помешало?*
- *Какие мысли возникали у вас до, во время и после эксперимента?*
- *Что вы чувствовали до, во время и после эксперимента?*
- *Были ли какие-то изменения в телесных проявлениях?*
- *Что вы заметили в реакции других людей?*

Случай из практики 7.1. Продолжение: улучшение режима сна

Триша вернулась к лечащему врачу через три недели после эксперимента.

Она обнаружила, что ей было трудно отказаться от дневного сна, но успешно удалось сократить количество случаев отдыха с 11 в первую неделю до 3 во вторую.

Она заметила, что в начале недели ей было труднее избежать желания вздремнуть, она чувствовала себя более уставшей, но все же справлялась с повседневными делами. К концу недели ей стало легче, она чувствовала себя менее вялой и уставшей, чем ранее. Она также заметила, что стала лучше спать по ночам и что общее настроение улучшилось.

4. Анализ и размышления

На последнем этапе клиенты должны проанализировать результаты эксперимента и подумать, что они значат для них (заметка 7.4). Это необходимо для осмысления полученной информации и извлечения уроков из эксперимента.

Также важно проанализировать все трудности, возникшие в ходе эксперимента, и найти пути дальнейшего его развития с учетом полученной информации. Может понадобиться провести другой эксперимент, чтобы проверить иное соответствующее убеждение. Иногда клиенты могут пробовать поведение, которое им не помогает, или может сбыться предсказание, которого они боялись. В этом случае важно сподвигнуть клиента творчески подойти к *решению проблемы*, а не просто полностью сдаться.

Заметка 7.4. Вопросы для анализа и размышления о поведенческих экспериментах

Извлечение уроков

- Что вы думаете о том, что произошло?
- Меняет ли это ваше мнение о первичной, негативной мысли или о прогнозе?
- Добавляет ли это уверенности в новой, альтернативной, мысли?
- Открыли ли вы для себя что-то еще?
- Как вы можете применить эти знания для улучшения своей повседневной жизни?

Продвижение вперед и преодоление проблем

- *Остались ли у вас сомнения? Как вы могли бы их проверить?*
- *Как вы можете преодолеть трудности в будущем?*
- *Что вы можете предпринять далее, чтобы продолжать делать успехи?*

Случай из практики 7.1. Продолжение: улучшение режима сна

Триша пришла к выводу, что может обходиться без дневного сна и что это улучшает ее ночной сон, делая ее менее уставшей в целом. Она также обнаружила, что, увеличивая активность, вместо того чтобы дремать, она может больше выполнить в течение дня, что дает ей чувство удовлетворения.

Случай из практики 7.2. Преодоление прокрастинации

Кит — журналист. Ему часто устанавливают небольшие сроки для завершения статей. Около шести месяцев назад у него началась легкая депрессия, и с тех пор ему все труднее укладываться в эти сроки. Это привело к следующим негативным циклам.

Мысли	Я не смогу написать статью качественно. Что, если она будет недостаточно хороша? Я не могу этого сделать, я слишком волнуюсь, чтобы даже начать.
Чувства	Тревожность, подавленность.
Телесные проявления	Напряжение, дрожь. Физическое возбуждение — не может усидеть на месте. Трудности с концентрацией внимания.
Поведение	Откладывает начало работы до последнего. В итоге торопится с написанием статьи — ухудшается качество работы.

Схема планирования поведенческого эксперимента Кита

Мысль, которую нужно проверить	Просто начать писать что-то на эту тему, даже если это будет не очень хорошо сказано. Это сделает меня менее тревожным и поможет лучше написать статью.
Что я собираюсь делать (что, где, когда)	<p>В течение следующих двух недель, чередуя дни, попробую две различные стратегии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжить текущее поведение, откладывая начало работы до последнего. 2. Новая стратегия: в течение часа после получения брифа 20 минут писать по теме, не обращая внимания на "качество" написанного на данном этапе — просто писать что-нибудь по теме. <p>Каждый день отслеживать, как быстро я выполнил задание, насколько тревожно я себя чувствую в течение дня и насколько статья, по моему мнению, хорошо написана.</p>
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Я потрачу 20 минут на написание полной ерунды и после этого еще больше расстроюсь.
Какие проблемы могут возникнуть в связи с этим планом?	Меня могут одолеть беспокойство или паника, я не смогу начать работу так быстро, как планировал.
Как преодолеть эти проблемы?	<p>Включить компьютер и сесть за стол, даже если чувствую тревожность.</p> <p>Постараться игнорировать тревожные мысли/чувства и просто начать писать.</p> <p>Избегать отвлекающих факторов (не включать телевизор).</p>
Что произошло, когда я начал эксперимент?	В те дни, когда я пробовал новый подход, мне иногда было трудно сесть и начать работу, но как только я начинал писать, становилось намного легче. Я быстрее заканчивал статью и меньше волновался. Статья часто получалась лучше, потому что у меня было больше времени на ее написание.
Что я узнал из этого эксперимента?	Просто начать писать, сказать что-то по теме — помогает мне закончить работу быстрее, и иногда статья получается качественнее, чем, когда я тороплюсь. Лучше что-то писать, даже если это не идеально.

Ключевые моменты

- Чтобы разрушить негативные циклы и внести изменения, реально влияющие на повседневную жизнь, важно изменить непродуктивное поведение.
- Часто проще "делать что-то по-другому", чем "думать по-другому".
- Пробуя новое поведение, вы можете получить доказательства в пользу альтернативных, сбалансированных убеждений, что делает их более правдоподобными.
- Поощряйте своих клиентов вести себя так, "как будто" они уже чувствуют себя лучше или "как будто" уже придерживаются более сбалансированных или полезных убеждений. Это может создать "позитивный цикл", подкрепляющий и способствующий позитивным изменениям.

Как бы вы себя вели, если бы чувствовали себя более уверенно в этой ситуации?

Что бы вы сделали, если бы у вас больше не было депрессии? Что вы раньше делали иначе?

Как другие люди справляются с этой проблемой? Можете ли вы попробовать?

- Всегда разбивайте изменения в поведении на небольшие, реалистичные и достижимые шаги, которые укрепят уверенность клиента и станут строительными блоками будущих перемен.

Что бы вы могли сделать по-другому, если бы чувствовали себя хоть немного лучше?

- Будьте внимательны к ответам "да, но..." на ваши предложения. Когда заметите их, постарайтесь *прекратить* навязывать инициативу или давать советы. Вместо этого передайте ответственность клиенту.
- Напомните клиентам, что при проведении поведенческих экспериментов они должны быть готовы к возникновению проблем и активно искать пути их преодоления.

Как вы можете преодолеть эту проблему? Что бы вы могли попробовать здесь?

Постановка целей и преодоление сопротивления переменам

Постановка целей

Это ключевой навык, помогающий людям внести важные изменения в жизнь и поддерживать их в долгосрочной перспективе. Цели — конкретные шаги на пути к долгосрочным устремлениям или направлениям, и они должны быть SMART (заметка 8.1).

Например: *“Я буду 20 минут гулять после завтрака по понедельникам, средам и пятницам”*, а не *“я буду делать больше физических упражнений”*.

Заметка 8.1. SMART-критерии для целей

Specific (конкретные): четкое определение того, что человек собирается сделать.

Measurable (измеримые): легко измерить, достигнута цель или нет.

Achievable (достижимые): практичны, реалистичны и выполнимы.

Relevant (актуальные): полезны и способствуют преодолению проблемы.

Timely (своевременные): четко определены сроки выполнения задач.

Цели нужно планировать совместно с клиентом. Не ставьте цели вместо клиента, так как вероятность того, что он будет следовать плану, гораздо ниже.

Следующий шаг — планирование способов достижения цели. Для этого необходимо принять ряд решений.

- **Что делать?** Звонить по телефону.
- **Кому?** Моей подруге Мэгги.
- **Откуда?** Из дома.
- **Сколько/как долго?** Говорить 10 минут.
- **Когда?** После завтрака.
- **Как часто?** Два раза в неделю.

Большие цели можно разбить на небольшие шаги, или “мини-цели”, чтобы клиент мог достигать их каждую неделю. Вот пример клиента, поставившего перед собой цель увеличить физическую нагрузку в течение двух месяцев.

Где я в настоящий момент	Шаг 1 Неделя 1-2	Шаг 2 Неделя 3-4	Шаг 3 Неделя 5-6	Шаг 4 Неделя 7-8
Спускаюсь на лифте, чтобы купить газету.	Спускаюсь по ступенькам и возвращаюсь на лифте каждый день.	Спускаюсь по ступенькам и возвращаюсь на лифте два раза в неделю.	Спускаюсь по ступенькам и хожу в магазин и обратно по 15 минут в каждую сторону.	Спускаюсь по ступенькам и хожу в магазин и обратно по 10 минут в каждую сторону.

Поощряйте клиента вести рабочую тетрадь для записи его целей. Чтобы не перегружаться, полезно сосредоточиться на одной или двух задачах за один раз. Постарайтесь также вовлечь в процесс семью и друзей клиента, способных похвалить его и подкрепить любые изменения.

Ценности и личные преимущества перемен

Люди более мотивированы, если видят личную выгоду от изменений. Например, вы можете спросить.

- Какие преимущества дает вам повышение уровня физической подготовки?
- Как то, что вы стали более подтянутым, может сделать вашу жизнь лучше?

Фокусирование на ключевых жизненных сферах и ценностях также поможет людям определить, что для них действительно важно, и поставить соответствующие цели. В отличие от конкретных и определенных целей, ценности подобны сторонам света (направлениям) на компасе. Пример: быть хорошим другом (ценность) и звонить другу раз в неделю (цель).

Ценности никогда не “достигаются”, но влияют на направление и проясняют цель жизненного пути человека. Они включают в себя принципы, стандарты, качества или действия, которые мы считаем значимым или важными и которые придают смысл нашей жизни. Попробуйте спросить клиента вот о чем.

- Что для вас важно в жизни?
- В чем бы вы хотели видеть смысл своей жизни?
- Какие цели вы можете поставить перед собой в направлении этих ценностных сфер?
- Как прекращение курения поможет вам продвинуться в направлении ценностей?

Полезно сначала определить сферы жизни, важные для конкретного клиента, а затем обсудить его личные ценности и поставить в соответствии с ними конкретные цели.

Заметка 8.2. Примеры важных сфер жизни, ценностей и возможных целей

Сфера жизни	Ценности	Цели
Отношения с семьей и друзьями	Быть любящим родителем.	Играть в футбол с сыном в выходные.
	Заботиться о супруге.	Находить время, чтобы поговорить с супругом
	Быть хорошим другом.	о том, как прошел его день.
		Звонить другу каждую неделю.

Сфера жизни	Ценности	Цели
Работа/учеба/образование	Найти работу, соответствующую моим навыкам и интересам. Быть осведомленным о новостях в мире. Учиться и развивать новые навыки.	Получить новую квалификацию. Составить резюме. Читать газеты. Посещать онлайн-уроки французского языка.
Хобби/досуг/помощь окружающим	Заниматься групповыми видами спорта. Быть творческим. Помогать другим.	Играть в футбол каждое воскресенье. Заниматься фотографией. Быть волонтером в местном благотворительном центре.
Эмоциональный баланс и духовность	Обсуждать проблемы и чувства с другими людьми. Расслабляться и выделять время "для себя". Обрести религиозные и духовные ценности.	Говорить с близкими и друзьями о том, как я себя чувствую. Принимать ванну в выходные дни. Ходить в церковь по крайней мере раз в месяц.
Забота о физическом здоровье	Поддержание физической формы и активности. Здоровое питание. Самообслуживание при соматических заболеваниях.	Два раза в неделю ходить на плавание. Есть полезные закуски вместо шоколада. Принимать лекарства по назначению врача.
Бытовые обязанности	Уход за домом и имуществом. Быть организованным. Быть надежным.	Помыть посуду. Починить сломанный забор в саду. Вовремя оплачивать счета. Планировать предстоящую неделю в ежедневнике.

Постановка целей в соответствии с важными жизненными сферами и ценностями позволяет гибко подходить ко внесению изменений, общая задача которых — улучшение жизни человека. Разноплановость действий, соответствующих ценностям, доказывает, что решений конкретной проблемы бывает множество, и при поиске различных путей продвижения в направлении ценностей приветствуется мозговой штурм и создание стратегий преодоления проблем.

Планируйте вознаграждения

Планирование наград за достижение целей и за любые небольшие успехи помогает мотивировать людей продолжать изменения длительное время. Поощрение может быть простым (сказать себе: “Молодец!”), а может включать в себя поход в кино или покупку любимого журнала. Вознаграждение не обязательно должно быть материальным, можно найти время на расслабляющую ванну или почитать книгу. Рекомендуйте клиентам избегать вредных или контрпродуктивных вознаграждений, таких как лакомства с высоким содержанием жира и сахара.

Случай из практики 8.1. Планирование вознаграждений

Брайан недавно бросил курить. Он решил откладывать деньги, которые каждый день тратил бы на сигареты. В конце месяца он был поражен, сколько денег он сэкономил, и купил на них на новые CD и DVD.

Укрепление уверенности в достижении целей

Очень важно убедиться, что клиент уверен в том, что добьется успеха в достижении определенной цели. Задайте клиенту такой вопрос.

Насколько по шкале от 1 до 10 вы уверены в том, что сможете достичь этой цели?

Если клиент оценивает свою уверенность в изменении на 5 или меньше, посоветуйте ему выбрать более реалистичную или достижимую цель.

Задавая клиенту такие вопросы, вы поможете ему укрепить его уверенность в способности к изменениям.

Что уже придает вам уверенности? Как вы могли бы ее развить?

Каких успехов вы добились в прошлом? Какие у вас были цели? Какие действия вы предпринимали? Как преодолевали проблемы?

Что бы вы сделали по-другому, если бы чувствовали себя более уверенно? Можете ли вы начать вести себя так, как если бы чувствовали себя немного увереннее?

Можете ли вы получить вдохновение или поддержку от других людей?

Преодоление преград на пути к переменам

Осуществлению или поддержанию изменений может многое препятствовать (примеры некоторых преград приведены в заметке 8.3). Полезно заранее обсудить с клиентом потенциальные препятствия. Спросите его вот о чем.

Что может помешать достижению этой цели?

Как вы можете преодолеть эту проблему?

Попробуйте перефразировать вопрос, чтобы помочь найти решение.

Какие места или люди облегчают вам осуществление перемен?

Какие мысли, установки или эмоции помогают вам сделать это? Как вы могли бы их поддерживать?

Можно использовать стратегии преодоления проблем (см. главу 9), чтобы помочь клиентам найти решения для преодоления трудностей, возникающих при достижении определенной цели.

Заметка 8.3. Примеры препятствий при осуществлении изменений

- Места и предметы, например, труднее избежать искушения подремать днем, если вы останетесь дома и будете сидеть на диване.
- Люди, скажем, общение с курильщиками затрудняет отказ от курения.
- Мысли и чувства, например, чувства депрессии или демотивации затрудняют выход на прогулку.
- Телесные проявления, например, боль затрудняет более активную деятельность.

Пересмотр целей

Всегда пересматривайте цели при следующей встрече с клиентом. Обязательно поздравьте и похвалите его за любой прогресс, каким бы незначительным он ни был, чтобы подкрепить и поощрить дальнейшие изменения.

Цели нужно регулярно переосмысливать и со временем усложнять. Это очень медленный и постепенный процесс. Слишком быстрое повышение целей, скорее всего, приведет к неудачам. Клиент может сдаться, если изменения станут слишком большим вызовом для него.

Преодоление неудач

Успешное изменение редко бывает простым и обычно включает в себя преодоление различных неудач, взлетов и падений. Поощряйте клиента не расстраиваться, когда он сталкивается с неудачами, а рассматривать это как возможность для обучения (в заметке 8.4 приведены некоторые стратегии).

Заметка 8.4. Стратегии преодоления неудач

- Избегайте "рискованных" ситуаций, например похода в паб, когда стремитесь сократить потребление алкоголя.
- Разработайте способы справиться с ситуацией "повышенного риска", запланируйте отвлекающий маневр, скажем, звонок другу, когда вам захочется закурить.
- Не сдавайтесь, когда что-то идет не так. Помните, что неудачи неизбежны. Просто вернитесь на более ранний этап и начните все сначала.
- Заручитесь поддержкой, попросите друзей и родственников помочь вам измениться. Для дополнительной поддержки вы также можете присоединиться к местной группе, например, по снижению веса или ходьбе.
- Не забывайте вести записи в рабочей тетради, чтобы планировать и фиксировать перемены.
- Не забывайте поощрять и стимулировать себя за них.
- Напоминайте себе, почему эти изменения важны лично для вас.

Регулирование темпа

Циклы взлетов и падений

Регулирование темпа — это стратегия того, как избежать распространенной проблемы “взлетов и падений”, которая включает в себя негативный цикл чрезмерной и недостаточной активности (рис. 8.1). В этом случае люди варьируют количество действий или активности в зависимости от того, как они чувствуют себя физически или эмоционально. Цикл основан на бесполезном убеждении, что при определенных симптомах, таких как усталость, необходимо отдыхать или полностью избегать активности. Затем в “удачный день” люди выполняют гораздо больше запланированных действий в попытке “наверстать упущенное”. Это приводит к повышенной утомляемости и риску получения травмы, а также к увеличению продолжительности отдыха в последующие дни для компенсации. В целом, такой паттерн со временем ведет к общему ухудшению физической формы и к повышенной утомляемости.

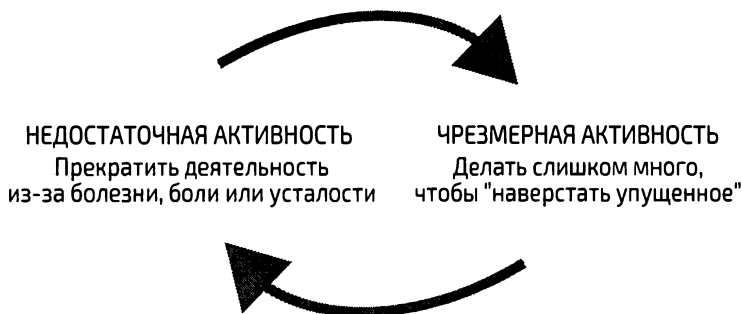


Рис. 8.1. Взлеты и падения в контексте физической активности

Случай из практики 8.2. Взлеты и падения

Чтобы сбросить вес, Джоан пыталась увеличить уровень своей активности. В течение нескольких недель у нее все получалось, но затем она простудилась. Она расстроилась, потому что хотела купить внучке подарок на день рождения. Джоан решила отдохнуть неделю, пока не пройдет простуда, а как только почувствовала себя лучше, отправилась в торговый центр и целый день ходила по магазинам. После этого она почувствовала усталость и боль в мышцах. Ей снова нужно было несколько дней отдохнуть.

Заданный темп — альтернатива взлетам и падениям

Вместо полного прекращения деятельности, когда человек устал или нездоров, установление определенного темпа предполагает снижение активности до запланированного базового уровня, от которого можно постепенно отталкиваться при улучшении самочувствия.

Случай из практики 8.2. Продолжение: установление определенного темпа в качестве альтернативы

Первые два дня простуды Джоан отдыхала, а затем постепенно наращивала физическую нагрузку, гуляя в саду и посещая местный магазин. Затем, вместо того чтобы провести весь день в торговом центре, она поехала на автобусе в центр города на час и смогла найти подарок внучке. Вскоре она почувствовала себя здоровой и продолжила вести активную жизнь.

Мотивационное интервью

Это очень полезный подход к поддержке и поощрению клиентов к переменам, таким как снижение веса, прекращение курения или сокращение потребления наркотиков или алкоголя. Было доказано, что мотивационное интервьюирование (МИ) способствует изменению поведения и приводит к лучшим результатам для клиентов в различных условиях [Rubak et al., 2005].

Изменить жизнь бывает непросто, и может показаться, что клиенты сомневаются или лишены мотивации. Многие медицинские работники реагируют на это, в директивном стиле предлагая советы по изменению жизни. К сожалению, это часто имеет обратный эффект и просто вызывает у клиента сопротивление (“да, но...”) или пассивность, человеку труднее измениться.

В МИ врач занимает позицию хорошо информированного проводника. Это подразумевает взаимодействие и сотрудничество с клиентами, подчеркивание их самостоятельности в принятии решений и выявление их мотивации к переменам. Этот подход хорошо сочетается с принципами коммуникации, лежащими в основе КПТ, эти два метода можно совместить.

Ключевые коммуникативные навыки

Для мотивационного интервьюирования важны следующие навыки коммуникации: спрашивать, слушать, информировать [Rollnick et al., 2008].

- **Спрашивайте**, используя открытые вопросы: предложите человеку подумать, как и почему он может измениться.
- **Слушайте** и старайтесь понять опыт клиента, обобщая его мысли и убеждения при помощи и эмпатических и заставляющий задуматься высказываний.

Не читайте нотаций, не спорьте и не пытайтесь убедить человека в необходимости перемен. Сталкиваясь с неуверенностью или сопротивлением, попросите клиента поразмыслить и обсудить его взгляды. Это улучшает отношения и эффективнее способствует долгосрочным изменениям.

Похоже, вы хотели бы сократить потребление алкоголя, но вам трудно это сделать...

- **Информируйте**: попросите разрешения предоставить информацию, а затем подумать, каковы могут быть последствия для клиента.

Ниже описаны дополнительные полезные стратегии, которые можно использовать для направления и стимулирования изменений поведения.

Обратите внимание на несоответствия

Мотивацию к изменениям можно стимулировать, помогая людям осознать, что существует разрыв или несоответствие между их текущим поведением и долгосрочными целями или ценностями (например, я хотел бы быть здоровым, но продолжаю курить). Вы можете использовать вопросы для размышления, чтобы помочь выявить несоответствие.

Скажите, что вас беспокоит в (вашем весе)?

Расскажите мне, чего вам стоило (курение).

Обсудите важность перемен

Если клиент не считает изменения важными, он вряд ли приложит много усилий к их осуществлению. Поэтому следует выяснить, значимы ли эти перемены для конкретного человека. Задайте такие вопросы.

Насколько для вас важно (похудеть)?

Как все может измениться, если вы (...)?

Какие самые большие преимущества вы получите, если измените ситуацию?

Иногда медицинскому работнику может потребоваться дополнительная информация о важности перемен. Убедитесь, что вы предоставляете ее небольшими доступными частями, получаете обратную связь и проверяете понимание после каждого шага.

Проверка. *Что вы знаете о преимуществах отказа от курения...*

↓

Обратная связь. *Да, вы правы, курение может вызвать рак легких. В отказе от курения немало преимуществ для здоровья. Это также может снизить риск сердечного приступа.*

↓

Проверка. *Как, вы думаете, это относится к вам?*

Анализ затрат и выгод

Полезный метод стимулировать изменения — обсудить плюсы и минусы перемен, или провести анализа затрат и выгод.

Случай из практики 8.3. Затраты и выгоды приема лекарств от гипертонии

Мохаммеду 64 года, он страдает гипертонией. Его последнее показание артериального давления — 165/101. Он также курит. Мохаммеду назначены антигипертензивные препараты, но его давление стабильно высокое. В один из визитов он признается лечащему врачу, что принимает лекарства нерегулярно. Врач предлагает Мохаммеду провести анализ затрат и выгод такого поведения.

Поведение: пропуск приемов лекарств от гипертонии.

Преимущества/выгоды	Недостатки/затраты
<p>Мне не нравятся неприятные побочный эффект от приема таблеток.</p> <p>Если не принимать их каждый день, мой организм перестанет зависеть от лекарств.</p> <p>Я не хочу, чтобы моя жизнь управлялась или контролировалась необходимостью каждый день пить таблетки.</p>	<p>Высокое кровяное давление увеличивает мои шансы серьезно заболеть, например, получить инфаркт или инсульт.</p> <p>Мне важно оставаться как можно более здоровым ради жены и семьи.</p> <p>Зная о своем высоком давлении, я чувствую себя довольно тревожно.</p> <p>Я не даю организму возможности привыкнуть к лекарствам, побочные эффекты могут утихнуть или я привыкну к ним.</p> <p>Я могу сменить препарат, если побочные симптомы станут невыносимы.</p> <p>Врач говорит, что эти таблетки не вызывают привыкания.</p>

Альтернативная точка зрения: регулярный прием лекарств может снизить давление и поможет мне лучше контролировать свое здоровье. Это также снизит мой риск серьезно заболеть в будущем.

Как я могу вести себя по-другому? Делать усилия, чтобы принимать лекарства каждый день, как предписано. Я снова обращаюсь к врачу, если таблетки мне не подойдут.

Замечайте и поощряйте “разговоры о переменах”

Обращайте пристальное внимание, когда клиент использует формулировки, свидетельствующие о том, что он обдумывает перемены (“разговор об изменениях”).

Я знаю, что мне следует бросить курить...

Я должен стараться не употреблять алкоголь каждый день...

Заметив, что клиент говорит о переменах, постарайтесь подчеркнуть и отразить это.

Итак, вы хотели бы бросить курить. Что вам мешает?

Что вас беспокоит сейчас?

Подчеркивайте самостоятельность клиента

Всегда подчеркивайте свободу выбора клиента и то, что ответственность за перемены лежит на нем. Помните, что, как бы вы ни были убедительны, в итоге клиент всегда сам будет решать, меняться ему или нет.

Это ваше решение, когда и как начинать что-то менять.

Как вы видите себя в начале процесса изменений?

Случай из практики 8.4. Преодоление сопротивления переменам

Дональд 56 лет, он страдает диабетом и пришел на прием к своему врачу. Дональд плохо контролирует течение диабета, у него избыточный вес. Недавно его сократили, ему трудно мотивировать себя на выполнение каких-либо действий. Он говорит, что пришел на прием только для того, чтобы жена перестала "ворчать".

Врач. Хорошо, давайте обсудим проблемы, с которыми вы столкнулись. Вы, вероятно, знаете, что похудение и физические упражнения помогут вам ослабить симптомы диабета и улучшат здоровье, но что вы думаете по этому поводу?

Дональд. Я не знаю, доктор. Это все как-то чересчур.

Врач. Похоже, вы немного подавлены?

Дональд. Ну, знаете, это нелегко. Я сыт по горло этим диабетом.

Врач. Видимо, это выводит вас из себя. Мне жаль это слышать.

Дональд. Каждый раз, когда я прихожу к врачу, мне говорят, что я должен делать что-то другое.

Врач. Наверное, это трудно. Интересно, есть ли в вас часть я, которая хотела бы что-то изменить?

Дональд. Я хотел бы улучшить показатели сахара и, конечно, похудеть. Но это нелегко.

Врач. Могу это понять. Скажите, почему вы считаете, что вам важно похудеть?

Дональд. Я знаю, что это вредно и поддерживает мой диабет. И у меня болят колени. Думаю, это может быть артрит.

Врач. Вы правы, у снижения веса много преимуществ для здоровья, в том числе улучшение уровня сахара и снижение риска развития артрита в коленях.

Дональд. Да, но ничего из того, что я делаю, не помогает.

Врач. Вы пытаетесь похудеть, но считаете это сложной задачей?

Дональд. Я не уверен, что мне это удастся.

Врач. Вы сказали это грустным тоном.

Дональд. Наверное, так и есть. Я действительно хочу похудеть, но у меня сидячая работа, и мне трудно найти время для упражнений.

Врач. Значит, вы действительно хотите похудеть, но вам трудно найти время для занятий при сидячей работе?

Дональд. Да.

Врач. У вас есть мысли, как вы могли бы повысить уровень своей активности?

Дональд. Не уверен, я ненавижу спортзал.

Врач. Значит, не спортзал. Вы когда-нибудь были более активны?

Дональд. Когда у меня было больше времени, я немного гулял по выходным.

Врач. Доказано, что ходьба очень полезна для укрепления сердца и снижения веса. Хотели бы вы попробовать заняться этим еще раз?

Дональд. Думаю, да, хотя не знаю, есть ли у меня время.

Врач. Похоже, нехватка времени — большая проблема для вас. Очень важно, чтобы любые изменения соответствовали вашему образу жизни и обязательствам. Интересно, насколько вам важно найти для этого время?

Дональд. Вы правы. Это важно. Думаю, я мог бы попробовать побольше ходить пешком.

Врач. Отличная идея! Хотели бы вы поставить перед собой цель увеличить количество пеших прогулок?

Ключевые моменты

- Постановка целей — основной навык для поощрения людей к важным изменениям в их жизни. Помните, что цели должны быть конкретными (кто, что, где, когда) и легко достижимыми.
- При следующей встрече не забудьте спросить клиента, как он справился с достижением цели. Полезно записать, что он планирует сделать — одну копию вы можете оставить себе, а другую отдать клиенту.
- Определив конкретные преимущества изменений, вы мотивируете человека. Уделите время изучению личных ценностей и важных сфер жизни каждого клиента, прежде чем ставить соответствующие цели.
- При внесении изменений в жизнь неизбежны препятствия и неудачи, поэтому попросите клиента спланировать, как он будет справляться с потенциальными трудностями, и обсудите, как регулировать темп, чтобы избежать цикла “взлет — падение”.
- Если клиент сопротивляется переменам, не поддавайтесь искушению убедить его в их необходимости, дать больше предложений или предписывающих советов, поскольку обычно это имеет обратный эффект: человек еще больше укореняется в своих убеждениях и менее склонен меняться.
- Заметив сопротивление, попробуйте применить альтернативные подходы к стимулированию перемен.
 - “Не обращать внимания” на сопротивление — не противостоять, а задавать открытые вопросы, чтобы выяснить убеждения и идеи клиента относительно перемен. Обдумайте, что говорят люди, без осуждения, используя эмпатические высказывания для установления взаимопонимания.
 - Спросите, насколько важно для клиента внести изменения в свою жизнь.
 - Выделите любое несоответствие между текущим поведением и долгосрочными целями или ценностями человека. Передайте инициативу в своем вопросе, чтобы побудить клиента поразмышлять об этом.
 - Примените метода анализа затрат и выгод для изучения плюсов и минусов перемен.
 - Подчеркните самостоятельность клиента и свободу выбора в отношении изменений (или отказа от них).

Преодоление преград: проблемно ориентированный подход

Что такое проблемно ориентированный подход

Метод предлагает структурированный способ преодоления практических проблем и осуществления изменений в сложных обстоятельствах.

Польза от проблемно ориентированного подхода не только в решении проблем клиента. Терапевтический эффект возможен просто от определения того, в чем на самом деле заключаются трудности, в результате чего жизнь кажется более понятной и управляемой. Использование подхода, основанного на решении проблем, может дать людям чувство надежды, а также усилить ощущение контроля над их жизнью и ее сложностями.

Когда применять

Проблемно ориентированный подход полезен, когда клиенты связывают свои трудности с наличием практических проблем и жизненных стрессов. Столкновение с рядом, казалось бы, непреодолимых проблем может вызвать чувство депрессии или тревожность.

Проблемно ориентированный подход можно сочетать с другими стратегиями, например, с изменением непродуктивных мыслей или поведения, способствующих возникновению проблем.

Знакомство клиентов с подходом

Постарайтесь четко обосновать и объяснить метод, поскольку клиенты, возможно, уже безуспешно пытались решить проблемы самостоятельно или считают, что их совершенно невозможно преодолеть. Это значит дать краткий обзор подхода и того, как он может помочь человеку.

Иногда из-за проблем мы чувствуем себя подавленными или разбитыми, жизнь кажется угнетающей или вышедшей из-под контроля. Этот подход поможет разобраться в проблемах и найти пути их решения. Благодаря решению проблем вы почувствуете больший контроль над своей жизнью и у вас улучшится настроение.

Полезно использовать структурированный подход к решению проблем, содержащий восемь шагов.

Заметка 9.1. Восемь этапов проблемно ориентированного подхода

1. Составление списка проблем.
2. Выбор проблемы для решения.
3. Четкое определение проблемы.
4. Генерирование решений.
5. Выбор решения.
6. Составление плана действий.
7. Выполнение плана.
8. Анализ того, что произошло.

Клиенты должны принимать активное участие в этом процессе и генерировать свои собственные потенциальные решения проблем.

Поскольку это ваши проблемы, вы понимаете их лучше, чем кто-либо другой. Вы — самый главный человек в этом процессе, и жизненно важно, чтобы вы сделали “работу” и нашли свои собственные идеи и предложения.

Восемь этапов проблемно ориентированного подхода

Этап 1. Составьте список проблем

Первый шаг включает в себя определение и составление списка различных проблем клиента.

Какие проблемы в данный момент беспокоят вас больше всего?

Цель в том, чтобы получить широкий обзор важных областей, не вдаваясь в излишние подробности.

Хорошо, вы упомянули, что у вас есть некоторые финансовые трудности, а также что вы не очень хорошо ладите с партнером. Есть ли еще какие-либо важные проблемы в вашей жизни на данный момент?

Список должен охватывать большинство ключевых проблемных областей. Он должен включать как малые, так и большие сложности, поскольку полезно сначала сосредоточиться на решении более легких задач.

Полезно узнать, как эти проблемы влияют на клиента, это помогает создать мотивацию для изменений. Не забывайте выражать сочувствие к эмоциональным переживаниям, связанным с трудными жизненными обстоятельствами человека.

Как эти проблемы влияют на вашу жизнь? Что вы чувствуете из-за них?

Это кажется сложным. Это, должно быть, вам очень непросто.

После того как список проблем составлен, кратко изложите клиенту то, что он вам рассказал.

Мы составили список трудностей, с которыми вы сталкиваетесь в данный момент. У вас финансовые проблемы с ипотекой, сложности в отношениях с партнером и трудности с начальником на работе. Скажите, я правильно понял?

Случай из практики 9.1. Составления списка проблем

Карен 27 лет, она медсестра и работает на полставки в хирургическом отделении местной больницы. В последний год она впала в депрессию. Карен замужем, у нее двое детей в возрасте два года и пять лет. Лечащий врач Карен предлагает испробовать проблемно ориентированный подход, чтобы понять и разрешить некоторые трудности, с которыми она сталкивается. Они начинают с составления списка текущих проблем.

1. Не довольна работой — не ладит с заведующим отделения.
2. Нет времени для себя — в ее жизни не хватает приятных занятий.
3. Проблемы со здоровьем — постоянные боли в спине.
4. Мужу грозит сокращение, что создаст для семьи серьезные финансовые трудности.

Этап 2. Выберите проблему для решения

На следующем этапе клиент должен выбрать проблему, на которой хотел бы сосредоточиться в первую очередь.

Какую из этих проблем вам было бы интереснее рассмотреть более подробно?

Чтобы решение было эффективным, необходимо, чтобы проблема:

- затрагивала область, которую человек может изменить;
- была важной для клиента.

Не обязательно выбирать самую сложную или трудную задачу из списка.

Для первой попытки полезнее выбрать не слишком сложную проблему, чтобы мы могли добиться определенного прогресса в ее решении. Это поможет вам освоить технику и укрепит вашу уверенность в использовании подхода.

Чтобы успешно решить проблему, нужно сосредоточиться на одной за один раз. Однако некоторые клиенты могут чувствовать, что этого “недостаточно”. Можно использовать метод направляемого открытия, чтобы обсудить этот вопрос и дать клиенту возможность прийти к собственным выводам.

Случай из практики 9.1. Продолжение: выбор проблемы для решения

Вернемся к случаю Карен, медсестры с легкой депрессией. В следующем диалоге Карен и ее лечащий врач обсуждают плюсы и минусы изменения одной проблемы за один раз.

Врач. Выберите одну из перечисленных вами проблем, чтобы решить ее первой.

Карен. Я не уверена. У меня так много проблем, что я не считаю, что один маленький аспект что-то изменит.

Врач. Похоже, что вы думаете, что изменение одного аспекта ничего не решит.

Карен. Да, это так.

Врач. Почему вы думаете, что это правда?

Карен. У меня сейчас так много проблем. Вряд ли есть смысл рассматривать только одну маленькую область.

Врач. Хорошо, я запишу это. Что-нибудь еще заставляет вас так думать?

- Карен.** Я чувствую себя настолько подавленно, что не уверена, что смогу что-то изменить.
- Врач.** Это важно знать. Есть еще причины, по которым "изменение одного аспекта" ничего не решит?
- Карен.** Ну... Некоторые из самых важных проблем могут оказаться нерешаемыми — например, я не могу обеспечить мужу новую работу.
- Врач.** Я понимаю и записал эти причины. А теперь, подумайте о чем-нибудь, что может опровергнуть или подтвердить идею о том, что "изменение одного аспекта ничего не решит"? Возможно это как-то поможет?
- Карен.** Полагаю, что все же лучше решить хотя бы некоторые задачи, даже если я не могу разрешить их все.
- Врач.** Отлично. Что-нибудь еще?
- Карен.** Не уверена.
- Врач.** Как бы вы себя чувствовали, если бы успешно решили некоторые из своих проблем, даже небольшие?
- Карен.** Наверное, я была бы вполне довольна собой.
- Врач.** Да, надеюсь, это укрепит вашу уверенность и немного поднимет настроение. Как вы думаете, есть ли какое-то преимущество в том, чтобы рассматривать одну проблему за раз? Какие могут возникнуть трудности, если пытаться решить все проблемы сразу?
- Карен.** Наверное, невозможно решить все сразу. Вероятно, я недалеко продвинулась и, возможно, просто сдамся и буду чувствовать себя еще хуже.
- Врач.** Отлично. Прочитайте доказательства, которые вы придумали, для опровержения и подтверждения идеи, что "изменение в одной области ничего не решит в моих проблемах". Что вы думаете обо всем этом сейчас?
- Карен.** Я вижу, что действительно имеет смысл пытаться работать над чем-то одним за один раз и что даже улучшение в одной маленькой области может поднять мне настроение.
- Врач.** Да, в этом есть смысл. Итак, какую проблему вы хотели бы рассмотреть в первую очередь? В идеале это должно быть что-то важное для вас и то, что можно изменить.
- Карен.** Я не очень довольна работой. Возможно, нам стоит обратить внимание на это.
- Врач.** Хорошо, давайте перейдем к следующему шагу и поговорим об этом подробнее.

Этап 3. Четко определите проблему

Проблема должна быть определена в точных и простых терминах. Она должна быть целенаправленной, конкретной и не слишком сложной. Зачастую клиенты сначала описывают очень широкие, общие проблемные области. Однако полезнее разбить их на более мелкие, более управляемые части.

Общая/широкая проблема



**Конкретная/целенаправленная/
четкая**

Я одинок и подавлен.



Я не выхожу в общество целую неделю.

Попросите клиента определить, какие конкретные “фрагменты” стоит рассмотреть в первую очередь.

Вы описали свою проблему в довольно общих терминах. Часто бывает легче решить задачу, разбив ее на меньшие фрагменты, прорабатывая их по одному за раз.

- Например, клиент может описать проблему как “отсутствие девушки”. Полезно разбить ее на конкретные области, скажем, такие.
- Отсутствие социального взаимодействия (например, мало друзей или не посещает общественные мероприятия).
- Нет знакомых женщин из-за нынешнего образа жизни (напряженный рабочий график).
- Отсутствие уверенности в себе (избегает общения с представителями противоположного пола, беспокоится о личных качествах или о привлекательности).

Случай из практики 9.1. Продолжение: четкое определение проблемы

Вернемся к случаю Карен. В следующем диалоге Карен и ее лечащий врач обсуждают сложности с работой клиентки, чтобы четко определить проблему.

Врач. Вы упомянули о проблемах с работой. Не могли бы вы конкретизировать, что именно вам кажется трудным?

Карен. Основная сложность в том, что у меня не очень хорошие отношения с заведующей отделением. У нас очень мало персонала, и она ожидает, что мы будем работать дополнительные смены без предупреждения. Но я не могу этого делать, потому что не могу найти няню для ребенка.

Врач. Есть ли что-нибудь еще?

Карен. Ну, заведующая может быть довольно властной и критичной. Несколько моих хороших друзей ушли из команды медсестер в последний год, поэтому мне больше не нравится работать в этом отделении.

Врач. Ясно. Я записал области, которые вы упомянули: у вас сложные отношения с заведующей отделением, в отделении не хватает персонала, от вас требуют дополнительных дежурств без предупреждения, вы считаете заведующую властной и критичной, и несколько ваших друзей покинули коллектив за последний год. Все верно?

Карен. Да, верно.

Врач. Чего бы вы хотели добиться от решения этой проблемы? Какие конкретные области хотели бы улучшить?

Карен. Я бы хотела снова получать удовольствие от работы и иметь хорошие отношения с коллегами.

Врач. Отлично. Я запишу это.

Этап 4. Генерирование решений

На следующем этапе важно побудить клиента подумать о широком спектре потенциальных решений его проблемы. Клиент должен взять на себя активную роль в обсуждении и создании идей. Сначала он должен подумать о том, чего хотел бы достичь.

Что должно измениться, чтобы вы почувствовали себя лучше?

Затем клиент должен творчески подумать или провести мозговой штурм для поиска возможных путей достижения цели. Чем больше идей будет предложено, тем выше вероятность того, что появится полезное решение. Поэтому есть смысл расширить спектр потенциальных вариантов, даже если некоторые идеи кажутся непрактичными

или смешными. Эти “странные” решения можно адаптировать или модифицировать, чтобы сделать их действенными, создать реалистичные возможности.

Подумайте о возможных решениях этой проблемы.

Какие еще идеи могут прийти в голову? Постарайтесь придумать как можно больше вариантов.

Что бы посоветовал ваш лучший друг/партнер/начальник/родитель? Какой совет вы бы дали другу в такой же ситуации?

Придумайте какие-нибудь нелепые или “странные” решения, а также более разумные.

От теории к практике...

Поощряйте нестандартное мышление, используя “технику кирпича” [Nezu & Nezu, 1989], чтобы помочь клиентам мыслить творчески и широко о новых способах решения проблем.

Попросите человека придумать как можно больше вариантов использования в доме такого предмета, как кирпич.

Вначале клиент, скорее всего, предложит обычные, очевидные варианты, такие как строительство дома или стены.

Затем предложите несколько других сценариев, чтобы побудить клиента мыслить шире.

- *Может ли у него быть другое, более необычное, применение?*
- *Можно ли использовать его как предмет мебели?*
- *Как бы он мог пригодиться, если бы вы пытались убежать от обидчика?*
- *Что если бы вы оказались заперты в машине?*
- *Как ребенок мог бы играть с ним?*

Случай из практики 9.1. Продолжение: генерирование решений проблемы

Давайте снова вернемся к примеру Карен. Ее лечащий врач предлагает провести мозговой штурм широкого спектра возможных решений ее проблемы с работой.

Врач. Подумайте о возможных решениях этой проблемы.

Карен. Я не уверена... Думаю, я могла бы попробовать работать в те смены, когда заведующая отделением не дежурит.

Врач. Хорошее начало. Что-нибудь еще?

Карен. Я могла бы поискать работу в другом отделении.

Врач. Хорошо. Какой совет вы бы дали кому-то другому в такой же ситуации?

Карен. Я бы посоветовала ему обсудить проблемы по уходу за ребенком со своим руководителем.

Врач. Хорошо, а придумайте какое-нибудь действительно безумное или странное решение. Как еще вы могли бы сделать свою работу более приятной?

Карен. Э... Раньше мне очень нравилось болтать и смеяться с друзьями на работе. Я могла бы устроить большую вечеринку для всего персонала отделения, чтобы поднять им настроение.

Врач. Отлично! А это наводит вас на какие-нибудь другие идеи, которые могут помочь?

Карен. Вообще-то мне следовало бы лучше познакомиться с новыми сотрудниками отделения, может быть, устроить какое-нибудь общественное мероприятие. Раньше мы проводили их постоянно.

Врач. Что именно вы могли бы сделать, чтобы это осуществить?

Карен. Я могла бы организовать корпоративную вечеринку в отделении. Или просто пригласить пару девочек в бар после одной из наших смен.

Этап 5. Выбор решения

После того как клиент составил список потенциальных решений, следующим шагом будет рассмотрение преимуществ и недостатков каждого варианта, чтобы выбрать, какие действия предпринять.

Заметка 9.2. Оценка ценности потенциальных решений

- Насколько реалистичным или достижимым может быть этот выход?
- Насколько полезным может быть это решение?
- Каковы плюсы и минусы каждого предложения (время, усилия, деньги, стресс или другое эмоциональное расстройство)?
- Какое положительное или отрицательное влияние это решение может оказать на друзей или семью?

Опять же, большинство из этих идей должен генерировать сам клиент. Однако если человек упускает из виду какое-то важное преимущество или недостаток, то следует обратить на это его внимание.

Как вы думаете, важно ли учитывать это (...)?

После оценки каждого решения по очереди, клиент должен выбрать наиболее предпочтительное, чтобы опробовать его. Не забудьте проверить, что решения отвечают характеристикам SMART (см. главу 8 “Постановка целей и преодоление сопротивления переменам”), это поможет вам убедиться в том, что решение реалистично, выполнимо и потенциально полезно для преодоления трудностей клиента.

Если выбранные клиентом идеи кажутся слишком амбициозными, полезно побудить его разбить их на более мелкие, более достижимые “фрагменты”.

Это очень интересное предложение, но я боюсь, что вам будет трудно выполнить его сразу. Найдите способ разбить его на меньшие части, с которыми легче справиться.

Слишком сложные решения могут также указывать на то, что само определение проблемы слишком широко. В этом случае вернитесь к этапу 3 (четкое определение проблемы) и разбейте задачу на меньшие части, к которым можно подойти индивидуально.

Случай из практики 9.1. Продолжение: оценка преимуществ и недостатков решений проблем

Снова возвращаемся к случаю Карен. Ниже представлен список ее решений.

Решение	Преимущества	Недостатки
Стараться работать в те смены, когда заведующая отделением не дежурит.	Избежать критики или просьб работать дополнительные смены.	Сложно реализовать — заведующая составляет список дежурств.
Искать другую работу в другом отделении.	Новые задачи. Потенциально лучшая рабочая среда.	Может быть хуже, чем на текущей работе.

Решение	Преимущества	Недостатки
Обсудить вопросы по уходу за детьми с заведующей отделением.	Заведующая может перестать предъявлять нереальные требования к моему времени.	Придется знакомиться с новым окружением/обязанностями. Может быть стресс.
Устроить большую вечеринку для персонала отделения.	Быстрый способ.	Страшно разговаривать с ней — она может разозлиться.
Организовать корпоративную вечеринку в отделении.	Весело.	Может ничего не изменить.
Пригласить несколько человек выпить после работы.	Лучше узнать коллег.	Дорого.
	Приятно знакомиться с людьми. Если завести друзей, работа может стать более приятной.	Слишком сложная организация. Что если никто не придет? Сложно согласовать смены всех сотрудников. Они могут не захотеть прийти. Смогу ли я организовать уход за детьми?

Выбор решений

1. Обсудить вопросы по уходу за детьми с заведующей отделением.
2. Пригласить двух человек (Аманду и Джейн) выпить кофе после работы.

Этап 6. План действий

После того как решение выбрано, следующий этап — составить письменный план действий. Будьте как можно более конкретными, запишите, что именно клиент планирует сделать и когда.

Заметка 9.3. Создание плана действий

- Что нужно сделать?
- Где это следует сделать?
- Кто в этом участвует?
- Как это следует сделать?
- Когда это нужно сделать?
- Какие трудности могут возникнуть и как я с ними справлюсь?

Клиенты должны понимать, что им придется делать, и чувствовать себя достаточно комфортно и уверенно, чтобы опробовать решение на практике.

Понятно ли вам, что вы собираетесь делать?

Насколько вы уверены в том, что сможете это осуществить?

Если им не хватает уверенности в выполнении плана, возможно, решение нужно разбить на более простые шаги.

Как можно изменить план, чтобы он стал более выполнимым или реалистичным?

Также полезно рассмотреть, какие препятствия могут помешать клиентам в достижении конкретной цели, и заранее продумать, как их преодолеть.

Что может помешать вам достичь этого?

Как вы могли бы преодолеть эти трудности?

Как и при любом другом “домашнем задании”, важно мотивировать человека к реализации плана. Медицинские работники могут поощрять клиентов, выражая заинтересованность в результатах действия, как заранее, так и на обзорной консультации после его выполнения.

Осуществление плана — самый важный шаг, потому что это поможет решить ваши проблемы. На следующем приеме через две недели мне будет очень интересно узнать, как вы справились с заданиями.

Полезно составить план действий в письменном виде, причем копия должна храниться как у лечащего врача, так и у клиента.

Случай из практики 9.1. Продолжение: превращение идей в планы

Ниже представлен план Карен.

Решение	Действия
Обсудить вопросы ухода за детьми с заведующей отделением.	<p>План.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заранее позвонить заведующей и попросить ее назначить время для обсуждения графика дежурств. • Объяснить, что у вас проблемы с уходом за ребенком и вы не можете работать много смен подряд. • Попросить график дежурств заранее, чтобы приглашать няню для ребенка. <p>Возможные трудности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Могу нервничать и спорить. <p>Как преодолеть.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заранее спланировать и записать, что сказать.
Пригласить двух людей (Аманду и Джейн) на кофе.	<p>План.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выбрать смену, когда Аманда и Джейн будут дежурить на следующей неделе или в ближайшее время. • Предложить выпить кофе после одной утренней смены в ближайшие 2-3 недели. <p>Возможные трудности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Они могут быть заняты или отказаться. • Может не совпасть с моими договоренностями с няней. <p>Как преодолеть.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Быть гибким в отношении даты, времени и места. • Быть готовым выпить кофе с одной из них, а не с обеими в первый раз (можно повторить в другой раз, если все пройдет хорошо).

Этап 7. Выполнение плана

Этот шаг не требует пояснений, здесь клиент реализует план действий.

Этап 8. Анализ того, что произошло

Одним из наиболее важных этапов решения проблемы является анализ того, что произошло после опробования идей. Важно спрашивать клиентов, как они справились с любым согласованным решением или планом действий. Это дает четкое понимание того, что реализация плана важна и необходима.

Что произошло, когда вы попробовали? Мне интересно узнать об этом.

Заметка 9.4. Вопросы для анализа результата действий по решению проблем

- Что сделал клиент?
- Помогло ли это решить проблему? Каким образом?
- Были ли другие положительные результаты?
- Возникли ли проблемы или трудности с подходом?
- Что клиент может извлечь из этого?

Чтобы укрепить уверенность человека и веру в его способность к изменениям, не забывайте подчеркивать и хвалить любой успех или положительный результат, каким бы незначительным он ни был.

Анализ трудностей

Если клиент обнаружил, что план действий трудновыполним или не помогает в решении проблемы, важно проанализировать эти трудности. Любые возникшие сложности следует рассматривать как “возможности для обучения”, а не как “неудачи”.

Заметка 9.5. Анализ трудностей с решением проблем

- 1. Если план действий оказался слишком сложным или клиент не смог его выполнить, спросите следующее.**
 - Был ли план слишком амбициозным или нереалистичным?
 - Какие препятствия встали на пути? Как их можно было преодолеть?
 - Хватало ли клиенту мотивации для выполнения задания? Как ее можно повысить в будущем? Какие выгоды может принести решение этой проблемы?

- Была ли эта проблема менее важной, чем другие вопросы в жизни клиента, которые следует решить в первую очередь?
- 2. Если план не помог решить проблему, подумайте вот о чем.**
- Пытался ли клиент изменить что-то, что было вне его контроля?
 - Было ли решение сфокусировано на самой важной части проблемы?
 - Остается ли проблема актуальной? Если да, то как клиент может изменить свой подход к ней?

Случай из практики 9.1. Продолжение: анализ того, что произошло

Через две недели Карен возвращается на прием к лечащему врачу, чтобы обсудить случившееся после того, как она попробовала проблемно ориентированный подход.

Врач. Интересно, что произошло с вашим планом решения проблем на работе.

Карен. Ну, я попыталась выполнить план, который мы согласовали, но это было не очень легко. Я откладывала его до тех пор, пока не узнала, что мне снова назначен прием у вас.

Врач. Иногда трудно что-то изменить. Что произошло?

Карен. Я планировала сделать две вещи. Одна была довольно простой. Примерно через три дня после нашей встречи я заметила, что Джейн и Аманда дежурят вместе со мной. Во время перерыва я предложила, чтобы мы как-нибудь после работы сходили выпить кофе.

Врач. Как они отреагировали на это?

Карен. Они обе сказали, что очень хотели бы. Они выглядели довольными, и мы собираемся пойти в кафе в следующую среду. Муж согласился присмотреть за детьми на пару часов, так что это не должно вызвать трудностей.

Врач. Что вы чувствуете по этому поводу? Помогло ли это решить вашу проблему с работой?

Карен. Я довольна, потому что приложила усилия, и все получилось. Надеюсь, работа станет более приятной, если я буду лучше знать этих людей.

Врач. Было ли это полезно в каком-либо другом отношении?

Карен. Было бы здорово, чтобы моя жизнь стала более активной, особенно теперь, когда некоторые друзья переехали из моего района.

- Врач.** Я рад, что все прошло хорошо. Что это говорит о вашей способности решать свои проблемы и улучшать жизнь?
- Карен.** Это показывает, что я могу что-то изменить, если действительно приложу усилия, чтобы что-то сделать.
- Врач.** Думаю, это абсолютно верно. Вы упомянули, что другая часть плана оказалась не такой простой. Что произошло?
- Карен.** Я должна была поговорить с заведующей отделением о своих проблемах по уходу за ребенком, но не успела.
- Врач.** Что вам помешало?
- Карен.** Первую неделю она была в отпуске. Потом несколько дней я ее вообще не видела. К тому времени у меня сдали нервы.
- Врач.** Что вы имеете в виду под "сдали нервы"? Чего вы опасались, что может произойти?
- Карен.** Я боялась, что она рассердится и накричит на меня.
- Врач.** Понятно. Вам все еще важно обсудить с ней этот вопрос?
- Карен.** Это важно, потому что я хочу дать ей понять, что просто не могу брать все эти дополнительные смены. Я очень переживаю каждый раз, когда вижу расписание, и хочу разобраться с этим.
- Врач.** Значит, для вас все еще важно что-то изменить?
- Карен.** Да, это так.
- Врач.** Как вы можете преодолеть эту проблему со "сдачей нервов"? Что вам поможет?
- Карен.** Думаю, поможет, если я не буду откладывать это на потом. Она уже вернулась из отпуска, так что я должна позвонить и договориться о встрече в ближайшее время.
- Врач.** Что-нибудь еще?
- Карен.** Я могу порепетировать, что собираюсь сказать, и записать это. В прошлый раз я этого не сделала.
- Врач.** Отлично. Есть ли способ взглянуть на ситуацию так, чтобы она не казалась пугающей или страшной?
- Карен.** Ну, я могу представить ее голой.
- Врач.** Это может сработать. Как вы думаете, насколько вероятно, что она будет кричать на вас?

Карен. Возможно, она вообще не будет на меня кричать.

Врач. Стоит ли идти к ней, даже если она рассердится и накричит?

Карен. Да, я так думаю, потому что это проблема, которую важно решить. Если она действительно настолько неразумна, мне придется более серьезно подумать о переходе в другое отделение.

Врач. Понятно. Давайте составим еще один план действий.

Цикл решения проблем

Решение проблем можно рассматривать как непрерывный цикл их выявления, поиска решений, а затем анализа результатов внесенных изменений (рис. 9.1).

Этот подход помогает повысить устойчивость личности перед лицом трудностей, признавая, что “абсолютного” решения не существует, а жизнь — это непрерывный процесс осмысления трудностей и поиска решений.



Рис. 9.1. Цикл решения проблем

Ключевые моменты

- Проблемно ориентированный подход представляют собой структуриро-ванный способ понимания и преодоления личных трудностей или про-блем окружения.
- Не обязательно решать все задачи, чтобы клиент почувствовал себя луч-ше — процесс выявления и осознания проблем может иметь терапевти-ческий эффект сам по себе, поскольку делает трудности более преодолি-мыми и повышает чувство контроля над жизнью.
- Такой подход способствует формированию жизнестойкости, когда чело-век способен выявлять, осмыслять проблемы и искать пути их преодоле-ния.
- Всегда поощряйте клиента брать на себя ответственность за решение его собственных проблем.

Краткое описание этапов решения проблем

Этап 1. Составление списка проблем	<ul style="list-style-type: none">• Запишите все важные проблемы.• Включите в список простые/маловажные проблемы, а также сложные/главные.
	<ul style="list-style-type: none">• Спросите, как проблемы влияют на жизнь клиента; это поможет найти мотивацию для потенциально сложных изменений.• Выразите сочувствие к трудностям и эмоциональным страданиям человека.• Закончите кратким резюме списка проблем.
Этап 2. Выбор проблемы для решения	<ul style="list-style-type: none">• Клиент выбирает одну проблемную область, на которой хочет сосредоточиться.• Проблема должна быть важной, также на нее должно быть возможно повлиять.• Старайтесь не начинать с самых сложных или трудных задач.
Этап 3. Четкое определение проблемы	<ul style="list-style-type: none">• Разбейте объемные проблемные области на меньшие, более управляемые фрагменты.• Попросите клиента определить, какой "фрагмент" лучше рассмотреть в первую очередь.

Этап 4. Генерирование идей	<ul style="list-style-type: none"> • Поощряйте клиента к мозговому штурму для расширения спектра потенциальных решений. • Включите некоторые непрактичные или нелепые идеи, так как это помогает человеку мыслить творчески и может привести к открытию некоторых полезных новых возможностей. • Убедитесь, что идеи генерирует клиент.
Этап 5. Выбор решения	<ul style="list-style-type: none"> • Попросите клиентов определить преимущества и недостатки каждого потенциального решения. Затем клиенты должны выбрать предпочтительное действие, чтобы попробовать его реализовать. • Проверьте, что решения соответствуют критериям SMART и являются реалистичными, достижимыми и полезными.
Этап 6. Составление плана действий	<ul style="list-style-type: none"> • Составьте четкий письменный план того, что клиент планирует попробовать. • Заранее обсудите, какие трудности могут возникнуть при выполнении плана и как их преодолеть. • Назначение последующего приема поможет мотивировать клиента к выполнению задания.
Этап 7. Выполнение плана	
Этап 8. Анализ произошедшего	<ul style="list-style-type: none"> • Проанализируйте, что произошло после попытки решения проблемы. • Подкрепите и поощрите любой положительный успех, чтобы мотивировать клиентов к настойчивости при внесении изменений. • Обдумайте любые возникшие трудности и попытайтесь определить способы преодоления препятствий на пути к решению проблемы. • Планируйте следующие шаги.

Глубинные уровни: основополагающие убеждения и правила

Различные типы мышления

В КПТ выделяют три различных уровня мыслительного процесса: автоматические мысли, “правила жизни” и “глубинные убеждения” (рис. 10.1).

Автоматические мысли — самый “поверхностный” уровень мышления. Это наиболее доступный и легко идентифицируемый тип мыслей, которые “всплывают” в сознании человека в течение дня.



Рис. 10.1. Различные типы мышления

При таких расстройствах, как депрессия, негативные автоматические мысли можно сравнить с сорняками в саду [Greenberger & Padesky, 1995b]. Получить навыки оценивать и находить рациональные альтернативы негативным мыслям — это как вырубить сорняки и дать

возможность прорасти цветам (полезным, альтернативным мыслям). Для многих клиентов достаточно этого процесса, чтобы научиться эффективно справляться со своими проблемами.

Однако негативные автоматические мысли могут отражать основополагающие, более глубокие уровни убеждений людей о себе, о других и о мире. Иногда необходимо уничтожить сорняки, копнув основательнее и вырвав их с корнем.

Мысли самого глубокого уровня известны как “глубинные убеждения”. Они включают в себя как позитивные, так и негативные взгляды на человека и мир. Глубинные убеждения обычно содержат абсолютные утверждения, которые выражаются высказываниями в черно-белых тонах, например так.

Я глуп.	Я умен.
Я никчемный.	Я интересен.
Я слабый и болезненный.	Я сильный и здоровый.
Окружающим нельзя доверять.	Окружающие добры и благожелательны.
Мир опасен.	Все всегда складывается хорошо.

“Правила жизни” — это набор принципов, определяющих ожидания людей в отношении себя и других. Зачастую правила сформулированы в виде утверждений “должен” или в виде условных заявлений “если, то”.

- Я никогда не должен совершать ошибок.
- Если я чувствую какие-либо симптомы, значит, я серьезно болен.
- Если я не буду постоянно угождать другим, они отвергнут меня.
- Если люди не соглашаются со мной, значит, они не уважают меня.
- Я должен всегда контролировать себя.

“Правила жизни” часто разрабатываются для того, чтобы помочь людям жить с “тираническими”, абсолютистскими, негативными глубинными убеждениями. Зачастую для каждого правила есть пара соответствующих убеждений, которые иллюстрируют мысли человека о том, как он “должен” себя вести, а также описывают последствия или значение, если правило будет нарушено. Например, человек с негативным глубинным убеждением “я неудачник” может выработать следующую пару правил.

Если я все делаю идеально, значит, я в порядке.

Если я совершаю ошибку, значит, я полный неудачник.

Если автоматические мысли часто выражаются непосредственно в сознании, то правила жизни менее очевидны. Однако о них можно догадаться по действиям или реакции людей на конкретные ситуации. Зачастую люди не осознают сами правила, но знают об эмоциональном дискомфорте, возникающем при их нарушении. Если правила нарушаются или есть *риск* их нарушения, у людей, скорее всего, возникнет негативная эмоциональная реакция, связанная со множеством негативных автоматических мыслей. Это объясняет явную “чрезмерную реакцию”, которая проявляется у человека при столкновении с незначительным, на первый взгляд, событием. Например, если кто-то придерживается перфекционистских убеждений о потенциальной неудаче, ему, скорее всего, будет очень тревожно в ситуациях, когда это правило под угрозой, например, на экзамене или в любых других обстоятельствах, где есть вероятность совершить ошибку. В ответ люди могут избегать подобных ситуаций или, наоборот, слишком усердно работать, пытаясь обеспечить постоянный “успех”.

Случай из практики 10.1. Развитие глубинных убеждений и правил жизни

Анна была спокойным ребенком. У нее был небольшой лишний вес, и она носила очки. В школе другие дети часто ее дразнили, называя очкариком. Анна хорошо училась и часто получала отличные оценки. Однако, когда учителя хвалили ее, одноклассники дразнили, говоря, что она “скучная, высокомерная, любимица учителя”.

У Анны сформировалось глубинное убеждение: “Я нежеланна для других”.

Став старше, Анна по-прежнему оставалась застенчивой, но завела несколько дружеских отношений. В ответ на этот новый опыт она выработала следующие “правила жизни”:

Если я кому-то не нравлюсь, значит, я нежеланна.

Если я всем нравлюсь, значит, со мной все в порядке.

Эти правила помогают Анне справляться с негативным глубинным убеждением. До тех пор, пока (как она считает) она всем нравится, она может верить, что ее глубинное убеждение не соответствует действительности. Однако если это

правило оказывается под угрозой или нарушается, она возвращается к негативному, “базовому”, убеждению о своей нежеланности.

Из-за своих убеждений Анна чувствует себя особенно подавленной или расстроенной всякий раз, когда подозревает, что она может кому-то не понравиться. Чтобы избежать этого, она уходит от угрожающих ситуаций, например, от встреч с новыми людьми. В обществе она чувствует тревожность и дискомфорт и прокручивает множество негативных, автоматических мыслей о своем поведении и реакции других людей на нее.

Я сказала что-то глупое?

Мне нечего интересного рассказать.

Этот человек считает меня слишком застенчивой и скучной.

Мне лучше пойти домой — нет смысла здесь находиться.

На ранних этапах КПТ Анна обнаружила, что продолжает тревожиться в социальных ситуациях, несмотря на работу над автоматическими мыслями. Поэтому она перешла к изучению некоторых методов постепенного изменения правил и глубинных убеждений, лежащих в основе ее трудностей.

Откуда берутся правила и убеждения

Обычно правила и глубинные убеждения приходят из раннего или прошлого опыта. Дети учатся понимать свой мир, распределяя свой опыт по знакомым категориям с помощью языка. Среда, в которой развивается ребенок, играет важную роль в формировании его убеждений. Например, в зависимости от своего раннего опыта ребенок может приобрести такие убеждения, как *“собаки кусаются”* или *“собаки дружелюбны”*.

Упрощенное, абсолютистское качество глубинных убеждений отражает этот вид раннего, детского опыта. Хотя эти убеждения не обязательно являются *абсолютно* истинными, маленькие дети склонны воспринимать их как неоспоримый факт. Дети также считают субъективные утверждения о себе (например, *я плохой*) или о других такими же верными или “истинными”, как и другие убеждения, основанные на фактах (*огонь опасен*).

В более позднем возрасте мы учимся относиться к большинству этих убеждений более гибко. Например, учимся подходить к собакам, виляющим хвостом, и избегать тех, которые рычат. Однако некоторые из старых, абсолютных убеждений могут остаться. Это особенно вероятно, если они сформировались в результате особо травмирующего

опыта или если эти убеждения подкрепляются текущими жизненными событиями.

Понимание того, как конкретные глубинные убеждения и правила действуют на отдельных клиентов, поможет предсказать реакции или объяснить повторяющиеся эпизоды эмоционального расстройства в ответ на определенные типы ситуаций. Развитие этих убеждений показано на рис. 10.2.

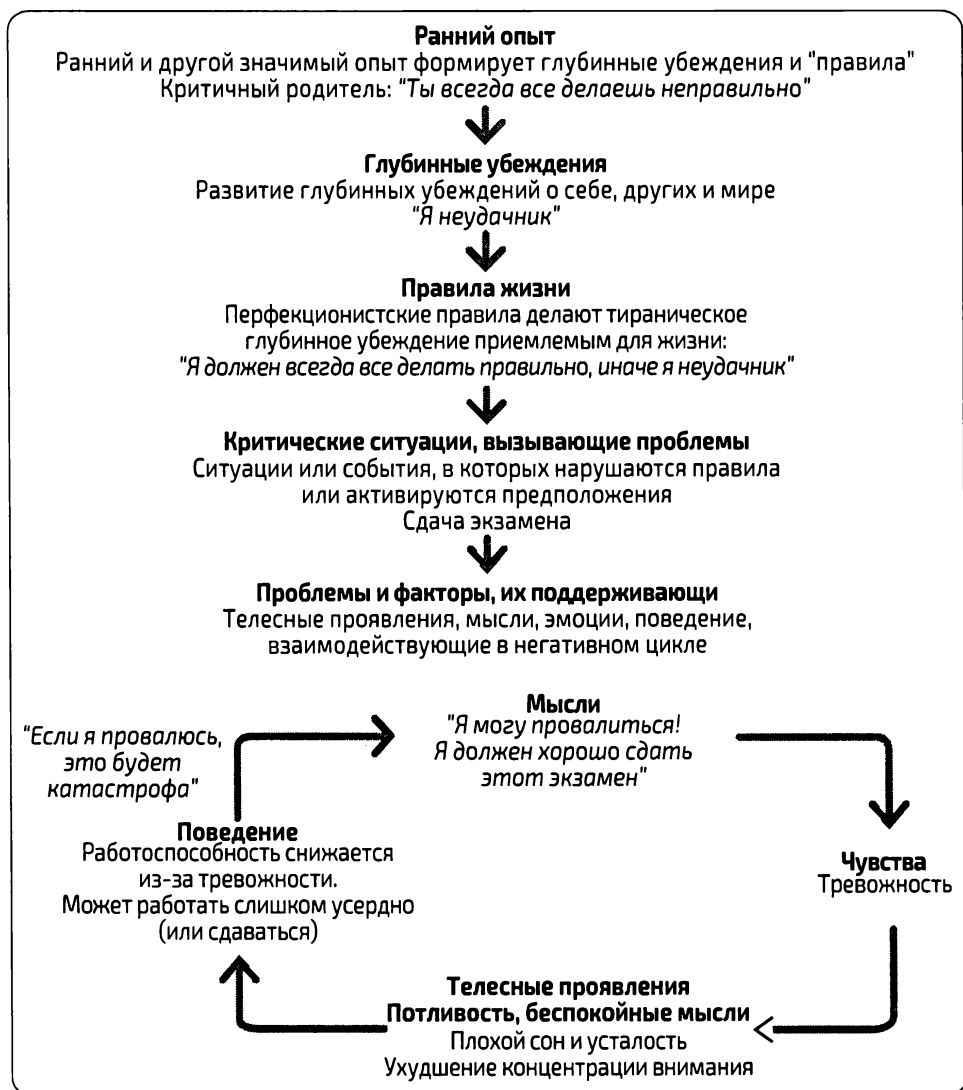


Рис. 10.2. Развитие глубинных убеждений и правил

Неконструктивные правила и глубинные убеждения

Правила и глубинные убеждения помогают людям обобщать опыт и находить смысл в новых ситуациях. Например, научившись водить машину, мы без особого труда можем управлять новым, незнакомым автомобилем. Однако если мы сядем в машину, которая заметно *отличается*, например, у нее руль справа, мы можем совершить ошибку, потому что выученные нами знания о вождении сложно применить в новых условиях. Чем сильнее укоренились знания, тем сложнее приспособиться к новым обстоятельствам.

Глубинные убеждения и правила *функциональны и адаптивны*, когда они только формируются. Например, ребенок, выросший в жестокой, агрессивной или непредсказуемой среде, может считать: *“В том, что происходит что-то плохое, виноват я, и если я не буду делать ничего плохого, то плохого не случится”*. Эти убеждения могут помочь ребенку справиться с ситуацией, вместо того чтобы подвергаться дальнейшему насилию или отвержению со стороны родителей. Обвинение себя в негативных событиях вокруг может также давать детям чувство контроля, что предпочтительнее, чем ощущение беспомощности и бессилия. Вера в то, что взрослые “хорошие”, даже если это влечет за собой восприятие себя как “плохого”, может повысить чувство безопасности у детей.

Глубинные убеждения и правила считаются *дисфункциональными или вредными*, если негативно влияют на жизнь человека. В целом, чем более экстремальным и автократичным является правило, тем оно менее полезно. Дисфункциональные убеждения возникают если убеждения или правила не корректировать или не пересматривать перед лицом новых доказательств, полученных в результате последующего опыта. Ранние убеждения могут сохраняться, несмотря на то, что их уже сложно применить к текущей обстановке и обстоятельствах. Такие убеждения следует рассматривать как “устаревшие” или “бесполезные”, а не как “неправильные”.

У многих людей негативные глубинные убеждения и правила активируются только в определенное время, например, в периоды стресса, при плохом настроении или при наличии сильного психосоциального давления. Однако при некоторых устойчивых расстройствах,

таких как расстройства личности, мощные негативные глубинные убеждения и правила зачастую активны большую часть времени.

Самореализация правил и глубинных убеждений

Определенное правило или убеждение обычно “самореализуется”, поскольку люди ведут себя так, будто это убеждение — абсолютный факт. К примеру, женщина, придерживающаяся правила *“я всегда должна ставить других выше себя, чтобы они не видели, какой я плохой человек”*, скорее всего, будет позволять окружающим доминировать над ней или обращаться с ней, как с тряпкой. Это подкрепляет ее веру в то, что другие считают ее плохой.

Это также мешает людям проверить негативное убеждение на соответствие действительности. Например, убеждение *“если я буду проводить время с другими людьми, они поймут, какой я скучный, и отвергнут меня”* может привести к избеганию контактов или взаимодействия в обществе. Это означает, что человек никогда не сможет обнаружить, что правило не совсем верно.

Глубинные убеждения и правила обычно имеют абсолютное — черно-белое — содержание, которое редко соответствует реальности. Невозможно быть *полным* неудачником или *абсолютно* никчемным. Убеждения поддерживаются путем искажения фактов, чтобы те ему соответствовали, и путем игнорирования новой информации. Скажем, убеждение *“я хуже других”* обычно основано на многочисленных примерах из жизни человека, когда его игнорировали или плохо с ним обращались. Человек с таким убеждением, скорее всего, очень чувствителен и быстро замечает события, подтверждающие его неполноценность. Он также склонен не замечать или игнорировать многочисленные примеры противоречащей этому информации.

Аналогичным образом, перфекционист может получить 99% правильных ответов на экзамене, но при этом мучиться из-за того, что оставшийся 1% воспринимает как “неудача”. Кристин Падески рассматривает этот тип убеждений как пример *самопредвзятости* [Padesky, 1993].

Случай из практики 10.2. Вредные убеждения как самопредвзятости

В следующем диалоге Валери и ее лечащий врач обсуждают негативные убеждения женщины о себе.

Врач. Вы упомянули, что иногда очень критично относитесь к себе, гораздо больше, чем к другим людям. Если хоть что-то идет не так, вы считаете себя "полной неудачницей".

Валери. Да, это правда. Я очень строга к себе.

Врач. Один из способов изучить это — увидеть в этом "предрассудки". Представьте себе на минуту мужчину-сексиста, который считает, что все женщины плохо водят машину. Однажды он идет по улице и видит, как женщина с трудом паркует свой автомобиль. В итоге она врезается в стоящий впереди. Какова будет его вероятная реакция?

Валери. Он, скорее всего, скажет: "Это типично для женщин. Они не умеют парковаться. Им не место на дороге!".

Врач. Да, именно так. Это подтвердило бы его мысль о том, что все женщины — плохие водители. На следующий день этот же мужчина видит, как женщина идеально паркуется задним ходом на свободное место перед ним. Какова его вероятная реакция на это?

Валери. Думаю, он скажет: "Ну, в этот раз ей повезло".

Врач. Да, он вполне может так сказать. Какая еще реакция может быть? Подумайте о том, сколько женщин, должно быть, проезжают мимо него каждый день и не попадают в аварийные ситуации.

Валери. Он может даже не заметить, что она хорошо припарковалась.

Врач. Совершенно верно. Он может отмахнуться от увиденного, сказав, что ей повезло, или вообще проигнорировать это. Вы можете связать эту идею с негативными, самокритичными мыслями о себе, которые у вас иногда возникают?

Валери. Я понимаю, что очень быстро замечаю все, что идет не так, но не всегда замечаю, когда все хорошо, или я могу игнорировать то хорошее, что делаю.

Врач. Как можно решить эту проблему? Что вы могли бы сделать, чтобы ваше отношение к себе стало более сбалансированным и справедливым?

Валери. Я могу приложить усилия, чтобы замечать и запоминать то, что делаю хорошо.

Врач. Это очень хорошая идея. Как вы можете убедиться, что действительно запомните хорошее?

Валери. Наверное, я могла бы записывать это в рабочую тетрадь.

Врач. Мне будет очень интересно посмотреть, что вы узнаете, если попыгаете сделать это в течение некоторого времени.

Зачем врачам знать о глубинных убеждениях и правилах

Когда активируются убеждения более глубокого уровня, они могут быть чрезвычайно мощными, их гораздо труднее оспорить и переформулировать, чем автоматические мысли. Так можно объяснить, почему эмоциональный дистресс клиента остается высоким, несмотря на записывание мыслей для оценки и переформулирования любых автоматических негативных идей. Если так происходит, то важно работать с этими более сложными и глубоко укоренившимися убеждениями.

Работа с глубинными убеждениями и правилами часто занимает много времени и требует обширной, глубокой терапии, которая, как правило, более уместна во время длительного курса КПТ, а не в ограниченных по времени условиях краткой консультации врача общей практики. Тем не менее, специалистам первичной медицинской помощи важно понимать, как формируются и действуют убеждения более глубокого уровня.

- Осознание роли глубинных убеждений и правил дает клиницисту большую глубину понимания и проницательности в отношении реакций и поведения клиента.
- Наличие укоренившихся убеждений может объяснить, почему методы переосмысления негативных мыслей оказались бесполезными для некоторых клиентов. Это может указывать на необходимость обращения в специализированные службы.
- Выявление личных правил врача общей практики важно для понимания его собственных негативных эмоциональных реакций на трудности, связанные с работой и личной жизнью.

Поддержание эмоциональной безопасности

Глубоко укоренившиеся негативные убеждения бывают чрезвычайно сильны и, будучи активированными, способны вызывать множество

неприятных эмоций. Для поддержания эмоциональной безопасности медицинским работникам важно быть внимательными к любым сигналам, указывающим на то, что клиент испытывает эмоциональный дискомфорт, и выражать сочувствие по поводу этого дистресса. Старайтесь избегать разногласий или споров с клиентами по поводу “лучших” или “правильных” убеждений. Помните, что человек, скорее всего, многие годы придерживался подобных мнений. Убеждения могут быть бесполезными, но ощущаются знакомыми и “безопасными”, а столкновение с совершенно новым взглядом на мир может казаться опасным.

Определение глубинных убеждений и правил

Глубинные убеждения и правила могут стать очевидными в конкретных, повторяющихся ситуациях, ведущих к эмоциональному расстройству. Например, человек может постоянно тревожиться в связи с любым событием, связанным с риском потенциальной “неудачи”.

Другой способ выявления правил и глубинных убеждений — напрямую спросить клиентов о влиянии их раннего жизненного опыта.

Какие выводы вы сделали о себе или о других, основываясь на своем раннем жизненном опыте?

Как это может влиять на проблемы, которые вы сейчас испытываете?

Глубинные убеждения и правила также можно определить с помощью техники *“падающая стрела”*. Вместо того чтобы принимать мысли за чистую монету, нужно отделить слои мыслей, убеждений и смыслов, чтобы выяснить, что скрывается за автоматическими негативными идеями и страхами клиента. Это эквивалентно выкапыванию корней сорняка. Цель в том, чтобы мягко задавать вопросы о базисе любых негативных мыслей.

Заметка 10.1. Вопросы для техники “падающая стрела”.

- Если бы эта мысль была правдой, что бы это значило для вас?
- Что в этом плохого?
- Что эта ситуация говорит о вас? Что самое в этом плохое?

Случай из практики 10.3. Техника "падающая стрела"

Доктор Т. работает врачом общей практики три года. Недавно он получил диплом по лечению клиентов с диабетом. Его попросили провести семинар по лечению диабета для группы местных врачей-терапевтов. Перспектива этого выступления внушает доктору Т. ужас. Он всегда ненавидел выступать перед коллегами. Он сразу же начинает волноваться.

- *Может быть, я недостаточно разбираюсь в теме, чтобы выступать перед всеми этими опытными врачами.*
- *А если они не согласятся со мной или зададут вопросы, на которые я не смогу ответить?*
- *Я буду выглядеть очень глупо.*
- *Что, если я буду так нервничать, что не смогу донести свою точку зрения?*

Доктор Т. решает обсудить свои опасения по поводу презентации с наставником, и они соглашаются, что было бы полезно выявить все глубинные "правила", которые могут объяснить его реакцию.

Доктор Т. Когда думаю о презентации, я очень волнуюсь. Я начинаю размышлять, какое право я имею говорить со всеми этими опытными врачами. Что, если они спросят меня о чем-то, на что я не знаю ответа?

Наставник. Если бы это действительно произошло, и они бы спросили вас о чем-то, на что вы не знаете ответа, что бы это о вас говорило?

Доктор Т. Ну, я мог бы просто стоять и выглядеть очень глупо.

Наставник. А если бы это произошло, что бы это значило?

Доктор Т. Это бы показало, что я не полностью контролировал ситуацию. Я не был достаточно подготовлен.

Наставник. Что было бы хуже всего в этом случае?

Доктор Т. Это показало бы, что я не совсем понимаю, о чем говорю. Я не такой эксперт, как они ожидали.

Наставник. А если бы это было правдой?

Доктор Т. Меня бы выставили некомпетентным.

Наставник. Все ясно. Приходилось ли вам раньше сталкиваться с подобными убеждениями? Есть ли у вас какое-то правило на этот счет?

Доктор Т. Думаю, что иногда я чувствую себя немного фальшивым. Мне очень тревожно, когда я думаю, что люди могут меня "раскусить".

Наставник. И что они могут узнать?

Доктор Т. Что я не знаю, что делаю, что я некомпетентен.

Наставник. Давайте попробуем разобраться с точной формулировкой этого правила. Для большинства людей это "если, то..." или "должен".

Доктор Т. Если я не буду казаться полностью контролирующим ситуацию, люди поймут, что я некомпетентен.

От теории к практике... Какие конкретные ситуации ассоциируются у вас с последней реакцией? Вспомните недавний пример. Какие автоматические мысли возникли в этой ситуации?

Теперь попробуйте применить технику "падающая стрела", чтобы определить, какие вредные правила могут лежать в основе вашей реакции.

Спросите себя: *"Если эти негативные мысли действительно верны, что это говорит обо мне?"*.

Изменение неконструктивных правил

Выявление и разъяснение негласных правил, определяющих поведение людей, может помочь некоторым клиентам начать опровергать и изменять свои непродуктивные установки.

Некоторые правила являются примерами "вредных стилей мышления". Например, перфекционистские убеждения обычно пример черно-белого мышления и могут быть переосмыслены в "оттенках серого" (см. главу 6 "Преодоление негативных мыслей").

Изменение вредных правил предполагает поиск широкого спектра доказательств как подтверждающих, так и опровергающих их точность или реалистичность. Чаще всего клиенты долгое время применяли свои принципы, и количество доказательств отражает это. Полезно также включить анализ затрат и выгод, связанных с сохранением правила. Последним шагом является определение альтернативного, более сбалансированного подхода. Это должна быть более реалистичная

точка зрения, сохраняющая преимущества старого правила и избегающая при этом некоторых его недостатков.

Включите оценку уровня веры в каждое конкретное правило (*насколько вы верите в это правило от 0 до 100?*). Цель не в том, чтобы полностью устранить правило, а в том, чтобы снизить уровень веры в него, чтобы оно меньше влияло на вашу жизнь.

Заметка 10.2. Оценка правил и создание полезных альтернатив

Доказательства "за"	Доказательства "против"
<p>Каковы доказательства того, что это правило точное или истинное?</p> <p>Какой опыт в вашей жизни доказал вам это?</p> <p>Каковы преимущества этого правила? Как оно помогает вам достичь своих целей?</p> <p>Какой прошлый опыт мог способствовать выработке этого правила?</p>	<p>Какие доказательства опровергают это правило?</p> <p>Был ли у вас опыт, который противоречит ему или показывает, что оно неточно или не соответствует действительности?</p> <p>Является ли правило несправедливым или нереалистичным в каком-либо смысле?</p> <p>Каковы недостатки этого правила? Какие проблемы оно создает для вас?</p>
<p>Создание сбалансированного альтернативного правила</p> <p>Придумайте более полезную и реалистичную альтернативу этому правилу. Как вы могли бы сохранить его преимущества и при этом минимизировать недостатки?</p>	

Случай из практики 10.4. Оценка правил и создание полезных альтернатив

Доктор О. — врач общей практики и гордится хорошими отношениями со своими клиентами. После приема 45-летнего Найджела с синдромом хронической усталости она испытывает особое напряжение и беспокойство. Найджел бывает требовательным и критически относится к услугам медперсонала.

Однажды он приходит на прием и настаивает на направлении к неврологу, чего доктор О. не хочет предпринимать. В результате консультация проходит в несколько конфронтационной обстановке, и Найджел в гневе покидает клинику. Доктор О. чувствует тревожность и подавленность. У нее возникают следующие негативные автоматические мысли.

- Я недостаточно хорошо справилась с ситуацией.
- Не очень хорошо я с ним общалась.
- Я все испортила.

Д-р О. понимает, что часто тревожится, если ей кажется, что она совершила ошибку или недостаточно хорошо "поработала". Чтобы определить свои глубинные правила, доктор О. спрашивает себя.

- Если бы эти мысли были правдой, что бы это значило для меня?
- Что эта ситуация говорит обо мне? Что в ней самое плохое?

Используя технику "падающей стрелы", доктор О. выявляет следующее глубинное правило.

- Я должна все делать идеально, иначе это означает, что я полная неудачница.

Доктор О. заполняет следующую таблицу, чтобы оценить это.

Старое правило	
Я должна все делать идеально, иначе это означает, что я полная неудачница.	
Доказательства "за"	Доказательства "против"
В школе и медицинском институте мне было очень важно хорошо учиться. В детстве моя мама расстраивалась, если я проваливала экзамен или получала не очень высокие оценки. Ошибки в работе врача могут иметь очень серьезные последствия. Другие люди могут думать обо мне хуже, если я ошибаюсь или действую несовершенно. В настоящее время в средствах массовой информации существует "культура вины": ошибка считается непростительной.	Хорошо работать — это не то же самое, что абсолютное совершенство, которого, вероятно, невозможно достичь. Мой коллега, доктор Е., иногда допускает ошибки, но я все равно считаю его очень хорошим врачом, и он очень нравится клиентам. Многие успешные люди терпят неудачу в некоторых областях своей жизни. Нереально одинаково оценивать все ошибки — существует множество их различных степеней.

Доказательства "за"	Доказательства "против"
<p><i>Ожидания клиентов очень высоки, и в случае моей ошибки может последовать судебное разбирательство.</i></p> <p><i>Мне приятно, когда у меня все получается.</i></p> <p><i>Это правило помогает мне добиться успеха в жизни — оно побуждает меня упорно трудиться и добиваться хороших результатов.</i></p>	<p><i>В своей жизни я совершила множество небольших ошибок, и большинство из них не привели к катастрофе.</i></p> <p><i>Самое главное — учиться на ошибках, а не вешать на себя ярлык неудачника.</i></p> <p><i>Я бы никогда не была так суров к кому-либо другому.</i></p> <p><i>Все иногда ошибаются, это нормально и свойственно людям.</i></p> <p><i>Моя мама расстраивалась, когда у меня что-то не получалось, потому что она любила меня и хотела для меня самого лучшего. Она не считала меня неудачницей.</i></p>
<p>Новое правило</p> <p><i>Важно упорно работать над тем, чтобы быть "достаточно хорошим", но совершать небольшие ошибки или быть несовершенным — это нормально и свойственно всем людям.</i></p>	

От теории к практике...

Вспомните свое личное правило, которое вы определили во время выполнения предыдущего упражнения "От теории к практике".

Проработайте процесс сбора доказательств за и против этого правила.

Не забудьте включить анализ затрат и выгод от его применения.

Какое правило было бы более полезным? Как вы можете применять его в повседневной жизни?

Что бы вы сделали по-другому, если бы полностью поверили в новое альтернативное правило? Ведите себя так, как если бы новое правило было истинным.

Поведенческие эксперименты для преодоления неконструктивных правил

Одним из наиболее эффективных способов преодоления вредных правил является разработка поведенческих экспериментов, которые подкрепляют более сбалансированные, полезные принципы.

Заметка 10.3. Примеры полезных поведенческих экспериментов

Неконструктивное правило	Поведение, им обусловленное	Проверка нового правила	Идеи поведенческих экспериментов
Я должен всегда контролировать ситуацию.	Избегать ситуаций, в которых чувствуете себя неуправляемым. Вести себя с другими доминирующим или агрессивным образом, чтобы сохранить контроль над обстоятельствами.	Невозможно контролировать всех и вся. Иногда полезно позволить другим людям взять на себя часть ответственности.	Попробуйте участвовать в ситуациях, не пытаясь взять их под контроль. Обратите внимание, что происходит с уровнем стресса и реакцией окружающих.
Если я не буду постоянно угождать другим, они отвергнут меня.	Всегда ставить других на первое место и игнорировать собственные потребности.	Я заслуживаю того, чтобы уделять время удовлетворению своих собственных потребностей, а также потребностей других людей.	Попробуйте выделять в течение недели время для приятных занятий. Научитесь говорить "нет", когда это необходимо. Наблюдайте за тем, как это влияет на вас и на окружающих.

Неконструктивное правило	Поведение, им обусловленное	Проверка нового правила	Идеи поведенческих экспериментов
Если я не буду пытаться, то не потерплю фиаско.	Избегать трудностей и возможностей. Прикладывав мало усилий для достижения целей.	Пробовать новое — единственный путь к достижениям. Это не катастрофа, если все идет не так, как я хочу. Избегая чего-то, я упущу множество возможностей.	Попробуйте освоить новый навык или поставить перед собой новую, позитивную цель.
Если я буду избегать других, они никогда не узнают, насколько я на самом деле ужасен.	Избегать контактов с другими людьми. Быть замкнутым и изолированным.	Я могу понравиться людям, если дам им возможность лучше узнать меня.	Постепенно пробуйте больше общаться с людьми, больше разговаривать и взаимодействовать и посмотрите, что произойдет.

После определения общей цели эксперимента полезно спланировать ряд небольших шагов для проверки правил на практике.

Заметка 10.4. Проверка вредных правил с помощью поведенческих экспериментов

Старое правило. Я должен все делать идеально, в противном случае я — неудачник.

Последующие поведенческие эксперименты показывают два различных способа проверки и изменения этого нежелательного правила.

Первое новое правило для проверки. Небольшая ошибка не отменяет всех моих достижений.

Что я могу сделать, чтобы проверить верность правила? (Что, где, когда?)	Составить список моих достижений. Затем составить перечень того, что я сделал неидеально, или список совершенных мной ошибок, и что произошло после этого. Затем я могу проверить, не перевешивают ли ошибки все мои достижения и не создали ли они мне проблем.
---	---

Что я могу сделать, чтобы проверить верность правила? (Что, где, когда?)	Составить список моих достижений. Затем составить перечень того, что я сделал неидеально, или список совершенных мной ошибок, и что произошло после этого. Затем я могу проверить, не перевешивают ли ошибки все мои достижения и не создали ли они мне проблем.
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Я пойму, как важно избегать ошибок, потому что вспомню все ужасное, что происходило, когда я совершал ошибки.
Какие проблемы могут возникнуть при реализации этого плана?	Я могу чувствовать тревогу и стресс, вспоминая обо всех совершенных мной когда-либо ошибках.
Как можно преодолеть эти проблемы?	Убедиться, что перечислил все достижения, прежде чем думать об ошибках.
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	Я обнаружил, что в моей жизни было много ошибок, но большинство из них не создавали серьезных долгосрочных проблем. То, что раньше казалось проблемами, на самом деле в долгосрочной перспективе обернулось к лучшему.

Что я узнал из эксперимента? Каково новое, более полезное правило?

На самом деле, если все идет неидеально — это не всегда катастрофа. В жизни такое часто случается, и обычно проблемы в конце концов решаются.

Второе новое правило для проверки. Я буду достаточно "хорош", если буду меньше работать и уделять время приятным занятиям.

Что я могу сделать, чтобы проверить, верно ли правило? (Что, где, когда?)	В течение трех недель не работать по выходным. Вместо этого запланировать приятные занятия. Затем проконсультироваться с коллегой по поводу качества моей работы.
--	--

Что, по моим прогнозам, произойдет?	Я не достигну результатов, и коллеги будут жаловаться на меня.
Какие проблемы могут возникнуть при реализации этого плана?	Может появиться важный проект с коротким сроком, в который я должен уложиться.
Как можно преодолеть эти проблемы?	Постараюсь расставлять приоритеты и выполнять самые важные дела в течение недели. В крайнем случае работать в воскресенье днем, если появится срочный дедлайн на понедельник.
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	<i>Мне не нужно работать в выходные. Большую часть работы я выполнил в течение недели. Мои коллеги не заметили изменений в качестве, но отметили, что я выгляжу более расслабленным и счастливым.</i>

Что я узнал из эксперимента? Каково новое, более полезное правило?

Я могу хорошо работать, даже если не провожу в трудах все выходные. Я также буду намного счастливее, если найду время в своей жизни не только для работы, но и для приятных занятий.

Изменение глубинных убеждений

Как сказано выше, глубинные убеждения — это абсолютные, черно-белые идеи о себе, о других или о мире. Изменение глубинных убеждений — долгий процесс, поскольку они, как правило, были выучены в раннем возрасте и подтверждены путем сбора доказательств в течение долгого времени. Могут потребоваться недели, месяцы или даже годы, чтобы собрать достаточно данных для противодействия негативному глубинному убеждению с помощью небольших событий, поддерживающих позитивное мнение о себе или других.

Новое глубинное убеждение должно быть более реалистичным и справедливым взглядом на мир, а не нереальной позитивной идеей. Например, негативное убеждение *“я ничего не стою”* можно переформулировать в *“я достаточно хорош”* или *“я достаточно ценен как личность”*.

Чтобы постепенно изменить глубинное убеждение, клиенту необходимо отслеживать как можно больше доказательств, противоречащих старому убеждению и поддерживающих новое. Сюда следует включить свидетельства из прошлого, а также продолжать отслеживать положительные события, возможно даже записывая их.

Заметка 10.5. Вопросы для создания новых глубинных убеждений

- Какие незначительные события прошлого помогут опровергнуть это убеждение?
- Не игнорируете ли вы хорошие события, которые могли бы подкрепить более позитивный взгляд?
- Обратите внимание на незначительные ситуации, которые могут противоречить негативному убеждению и поддержать здоровый взгляд на предмет.

Ключевые моменты

- Глубинные убеждения и правила являют собой укоренившиеся представления, сформированные в результате раннего и значимого жизненного опыта.
- Их можно рассматривать как систему "корней", которые лежат в основе негативных автоматических мыслей. С их помощью можно спрогнозировать эмоциональный дистресс в конкретных ситуациях.
- Глубинные убеждения и правила считаются *дисфункциональными*, когда их сложно применить к текущим жизненным обстоятельствам или когда они негативно влияют или вредят жизни человека.
- Если вести себя так, "как будто" вредные правила и глубинные убеждения — абсолютный факт, они часто укрепляются в реальности.
- Осознание наличия этих убеждений у себя и у других поможет врачам общей практики лучше понимать и поддерживать клиентов.
- При наличии активированных дисфункциональных глубинных убеждений и правил сложно изменить автоматические негативные мысли, иногда не удастся облегчить эмоциональный дистресс человека.
- Изменение этих типов убеждений — долгий и медленный процесс, который может быть затруднен в условиях первичной медицинской помощи.

- Большинство людей с серьезными проблемами, связанными с вредными глубинными убеждениями и правилами, скорее всего, нуждаются в обращении в специализированные психологические службы. Однако есть некоторые простые стратегии первичной помощи, которые будут полезны наряду с направлением к специалисту:
- поведенческие эксперименты и техники изменения поведения для практики более полезных методов преодоления сложных ситуаций;
- ежедневное ведение рабочей тетради с записью событий, противоречащих непродуктивному правилу или глубинному убеждению ("журнал позитивных событий").

Осознанность и принятие

Что такое осознанность

Это способность отстраниться и наблюдать за внутренними процессами: мыслями, эмоциями и телесными проявлениями. Осознанность — это способ обучения самосознанию, основанный на практике медитации. Осознанность не зависит от какой-либо конкретной системы убеждений или идеологии.

Осознавание помогает нам отвлечься от своих навязчивых мыслей. Мы часто не полностью осознаем ментальные процессы, такие как мысли, воспоминания, размышления и суждения о мире, которые направляют нас и влияют на нашу реакцию на события (заметка 11.1). Но, будучи опутанными цепью мыслей, мы хуже справляемся с обстоятельствами. Аспекты осознанности:

- внимание к настоящему моменту с позиции открытости, интереса и сочувствия;
- наблюдение за внутренними переживаниями без осуждения, без попыток изменить или контролировать даже неприятные или негативные мысли, эмоции или телесные проявления;
- полное участие в том, что мы делаем, а не “затерянность” в своих мыслях.

Заметка 11.1. Объяснение осознанности: автопилот

Иногда в автомобиле мы можем проехать много километров на “автопилоте”, не осознавая того, что делаем. Точно так же можем не присутствовать в настоящем моменте большую часть своей жизни. Мы можем быть “далеко”, не осознавая того.

Находясь в автоматическом режиме, мы менее способны сделать выбор, как лучше поступить в той или иной ситуации. Мы, скорее всего, реагируем на происходящее вокруг нас не задумываясь, часто используя старые привычки мышления и поведения, которые могут быть вредными и ухудшающими настроение.

Осознавая свои мысли, чувства и телесные ощущения от момента к моменту, мы даем себе возможность большей свободы и выбора. Нам не обязательно использовать старые "ментальные паттерны", которые могли стать причиной проблем в прошлом.

Осознанность также помогает развить способность переживать болезненные или неприятные эмоции, мысли и физические симптомы, позволять им приходить и уходить, не борясь с ними (заметка 11.2). Если посмотреть на переживания с другой точки зрения, они могут показаться менее угрожающими и более преодолимыми, что позволяет нам принимать более мудрые решения о том, как реагировать на те или иные события, и в итоге жить более полноценной жизнью.

Заметка 11.2. Упражнение на осознанное дыхание

- Сядьте удобно, закрыв глаза и выпрямив спину.
- Обратите внимание на свое дыхание.
- Обратите внимание на ощущения в животе, когда при вдохе он поднимается и опускается.
- Проследите весь волнообразный путь дыхания, замечайте небольшие паузы между вдохом и выдохом. Обратите внимание на то, как каждый вдох проходит через все тело.
- Вы можете обнаружить, что в голову приходят разные мысли, и ваше внимание отвлекается от дыхания. Цель в том, чтобы дать любым мыслям прийти и уйти, не за цикливаясь на их содержании и не осуждая себя за их появление. Если вы поймали себя на какой-то мысли, просто признайте, что это произошло (например, скажите себе: "*Я размышляю*"), а затем мягко верните внимание к дыханию.
- Вы также можете осознавать звуки, телесные ощущения или эмоции.
- Опять же, просто заметьте и примите эти ощущения и любую реакцию, возникающую у вас в связи с ними, а затем мягко верните свое внимание к дыханию.
- Практикуйте это упражнение от 5 до 15 минут каждый день в течение по крайней мере недели и узнайте, каково это — каждый день некоторое время просто дышать, не делая больше ничего.

Способы достижения осознанности

Практики осознанности были разработаны и оценены благодаря двум методикам: снижению стресса на основе осознанности (англ. mindfulness-based stress reduction, MBSR) [Kabat-Zinn, 1990] и когнитивной терапии на основе осознанности (англ. mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) [Segal et al., 2001]. Все больше появляется доказательств того, что оба подхода полезны для решения целого ряда проблем, в том числе для управления стрессом, тревожностью, депрессией и для совладания с различными соматическими расстройствами, включая хроническую боль, фибромиалгию и рак [Kabat-Zinn et al., 1986, 1992, 1998]. Было показано, что MBCT — эффективный метод лечения для профилактики рецидивов депрессии у людей, которые трижды или более раз пребывали в состоянии клинической депрессии [NICE, 2009a].

Стандартный курс обучения осознанности обычно включает в себя восьминедельную групповую программу с еженедельными сеансами продолжительностью около двух часов и одно продолжительное заключительное занятие на последней неделе. На занятиях практикуют такие упражнения на осознанность, как сканирование тела, концентрацию внимания на дыхании, осознанные действия (ходьба или любое движение), а также практику полного осознания во время повседневной деятельности с использованием дыхания в качестве якоря для концентрации внимания.

Однако и более короткие фрагментарные практики помогут повысить уровень осознанности в течение дня. Они бывают очень эффективны в управлении сложными эмоциями или физическими симптомами.

Терапия принятия и ответственности

Терапия принятия и ответственности (англ. Acceptance and commitment therapy, АСТ) — один из методов, основанных на осознанности, показавший свою эффективность при ряде клинических состояний, в том числе при депрессии, стрессе, хронической боли и раке [Harris, 2006].

Цель АСТ — создать осмысленную жизнь, принимая при этом боль, которая неизбежно ее сопровождает. Задача *не* в том, чтобы пытаться уменьшить мучительные симптомы, а в том, чтобы лучше переносить их и справляться с ними (хотя в этом случае снижение симптомов может быть “побочным эффектом” процесса). АСТ предполагает принятие эффективных мер для достижения целей в значимых сферах жизни, используя при этом навыки осознанности, чтобы справиться с любыми неприятными или тревожными внутренними переживаниями (негативными мыслями, эмоциями или телесными ощущениями), которые могут препятствовать этим мерам.

АСТ определяет четыре аспекта осознанности: принятие, когнитивное разделение, контакт с настоящим моментом и наблюдающее “я”. Цель — улучшение “психологической гибкости” с помощью шести основных процессов.

Заметка 11.3. Основные процессы АСТ

- Быть в контакте с настоящим моментом: осознание и полная вовлеченность в то, что мы делаем здесь и сейчас.
- Принятие: позволить мыслям и чувствам приходить и уходить, не борясь с ними и не уделяя им излишнего внимания.
- Наблюдающее “я”: взгляд на себя “в целом”, отделение себя от мыслей и чувств.
- Когнитивное разделение: способность отступить назад и наблюдать за мыслями как за преходящими внутренними событиями, не воспринимая их как абсолютный факт или угрожающий опыт.
- Ценности: прояснение того, что является важным или значимым для нас как личностей, определение того, каким человеком мы хотим быть в своей жизни.
- Целенаправленные действия для того, чтобы жить ценностной жизнью: постановка целей, руководствуясь нашими ценностями, и принятие эффективных мер для их достижения.

Избегание переживаний

Мы тратим много времени и энергии на то, чтобы избежать неприятных внутренних переживаний или избавиться от них. Такие “стратегии эмоционального контроля” включают в себя:

- отказ от общения при депрессии, чтобы избежать негативных мыслей о том, что мы скучные и никчемные;
- избегание конкретных ситуаций, чтобы предотвратить мучительное чувство тревожности или паники;
- выполнение мысленных ритуалов или компульсивное поведение при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР), чтобы предотвратить тревожность;
- употребление чрезмерного количества алкоголя или переедание, чтобы избежать мучительных чувств, связанных с низкой самооценкой.

Эти стратегии способны ослабить негативные переживания в краткосрочной перспективе, но в целом они неэффективны, а в долгосрочной перспективе бывают дорогостоящими и разрушительными. АСТ учит людей стратегиям осознанности и принятия как альтернативе избеганию переживаний.

Заметка 11.4. Отпустить эмоциональный контроль: метафора чудовища и веревки [Hayes et al., 1999]

Представьте, что вы стоите у широкой бездонной ямы. На противоположной стороне ее — чудовище. Монстр состоит из всех мыслей и чувств, которых вы боитесь и избегаете. Все ваши тревоги, страхи, боль и гнев заключены в этом большом темном чудовище.

Монстр держит длинную веревку, а у вас в руках другой ее конец. Вы перетягиваете канат. Вы боитесь, что если чудовище победит, вас затянет в бездонную яму, поэтому упираетесь, крепко сжимаете канат и тянете изо всех сил. Это попытка контролировать негативные мысли и чувства. Но это утомительно, и чем сильнее вы тянете, тем сильнее становится монстр.

Вдруг вы решаете действовать иначе. Вы отпускаете веревку и позволяете ей упасть в яму. Вы знаете, что и чудовище, и яма все еще на месте. Но вы больше не боретесь и не боитесь, что вас затянет. Это и есть освобождение от эмоционального контроля.

Развитие осознанности

Быть в контакте с настоящим моментом

Развитие осознанности начинается с мягкого и безоценочного установления контакта с собственным опытом в настоящий момент. Это включает в себя упражнение на осознанное дыхание (см. заметку 11.2).

Осознанность — практический навык, для развития которого требуется время и действие. Однако, практика не обязательно должна быть сложной, существует множество простых методов привнесения осознанности в повседневную жизнь. Даже если потратить на практику всего 30 секунд, это принесет пользу. В заметках 11.5 и 11.6 приведены короткие упражнения на осознанность.

Заметка 11.5. Трехминутное упражнение на осознанность

Следующее упражнение — простой и быстрый способ отключить "автопилот" и соединиться с настоящим моментом. Попробуйте выполнять его всякий раз, когда окажетесь под давлением или нуждаетесь в снятии стресса. Даже несколько секунд практики осознанности могут помочь справиться со стрессом и напряжением.

- Сядьте прямо, выровняв спину. Закройте глаза и спросите себя: "Что происходит внутри меня в данный момент?".
- Обратите внимание на любые мысли, чувства и телесные проявления.
- Просто признайте и примите их, даже если они неприятны, не пытайтесь их изменить. Иногда полезно обозначить сложные мысли или эмоции, скажем, "мне тревожно" или "думаю о встрече с миссис Смит на следующей неделе".
- Задержитесь на своих мыслях и чувствах на несколько мгновений, а затем плавно переведите внимание на дыхание. Следите за каждым вдохом и выдохом, ритмично переходя от одного к другому. Если ваш ум блуждает, мягко верните его к дыханию, как только заметите это.
- Наконец, расширьте осознание, чтобы охватить все тело. Обратите внимание на свою позу, выражение лица и любые телесные ощущения.
- Откройте глаза. Вы будете чувствовать себя более уверенно и спокойно, продолжая свой день.

Принятие

Это способ прекращения попыток избавиться от сложных мыслей и чувств. Стремление оттолкнуть неприятные внутренние переживания создает ментальную борьбу, которая может *усилить* негативные чувства, такие как тревожность и напряжение. Напротив, осознанность создает ментальное “пространство”, которое часто помогает успокоить чрезмерно активный ум, что приводит к ощущению свободы и умиротворения.

Заметка 11.6. Осознанность в повседневных ситуациях

Большинство ежедневных действий можно выполнять осознанно, скажем, принимать душ, чистить зубы или мыть посуду. Принимая душ, постарайтесь осознать физические действия намыливания тела или нанесения шампуня на волосы. Замечайте то, как вода касается кожи и как изменяется, когда вы двигаетесь. Обратите внимание на то, как чувствуете себя эмоционально — энергичны ли вы, хотите спать, несчастны или возбуждены? Какие мысли или физические ощущения связаны с этими чувствами? Постарайтесь просто отмечать мысли и чувства, не заикиваясь на них.

Осознанный прием пищи может стать удивительно приятным занятием. Попробуйте сидеть спокойно и сохранять осознанность во время еды, не концентрируясь на отвлекающих факторах, таких как разговоры, чтение или телевизор. Обратите внимание на то, как еда выглядит и пахнет. Наблюдайте за ощущениями при откусывании, жевании и глотании, отмечайте незначительные изменения вкуса, текстуры и температуры пищи. Если вас захватит цепочка мыслей, как только заметите это, просто верните свое внимание к еде.

Повышение уровня принятия (заметка 11.7) облегчает действия в направлении жизненных ценностей, вместо попадания в негативный цикл поведения, основанного на избегании переживаний.

Когнитивное разделение

Если мы чрезмерно подавлены или “привязаны” к определенной мысли (скажем, “я плохой человек”), то воспринимаем ее как абсолютную истину, и она может очень сильно влиять на наши эмоции и поведение. Когнитивное разделение позволяет нам осознать, что наши

мысли — просто слова и образы, проплывающие в сознании. Для этого нужно замечать мысли и позволять им приходить и уходить (заметка 11.8), не заикливаясь на них и не держась за них.

Простые стратегии поощрения когнитивного разделения медицинских работников таковы.

- Повторение мыслей и переживаний клиента с формулировками, обозначающими эти переживания как когнитивные процессы, не как отношение к содержанию мысли.
- Переключитесь с *“на самом деле беспокоиться не о чем”* на *“я замечаю, что у вас возникает много тревожных мыслей”*.
- Старайтесь не вступать в контакт, не противостоять и не спорить с негативными или неконструктивными мыслями клиента. Например, клиент может сказать: *“Прием антидепрессантов — это провал...”*.
- Переключитесь с *“это не провал. Многие люди страдают депрессией и нуждаются в лекарствах”* на: *“У вас возникают мысли, что прием лекарств означает, что вы потерпели фиаско. Я заметил, что в последнее время у вас возникает много негативных мыслей. Как вы думаете, насколько полезно прислушиваться к своим мыслям, когда они настолько негативны?”*.

Некоторые дополнительные техники когнитивного разделения описаны в заметке 11.9.

Заметка 11.7. Осознанность, принятие эмоций и телесных ощущений

В следующий раз, когда вы испытаете сильное чувство, эмоцию или физический симптом, потратьте несколько минут на его осознанное изучение.

- Начните с осознания своего дыхания. Проследите за несколькими вдохами, как воздух входит и выходит из тела.
- Переведите внимание на присутствующее чувство или телесное ощущение. Попробуйте назвать его: “боль”, “гнев”, “печаль” и т.д.
- Примите это чувство. Позвольте ему присутствовать, не осуждая, не сопротивляясь и не пытаясь избавиться от него.
- Исследуйте свои ощущения с нежным любопытством. Насколько интенсивно это чувство? Где оно находится в вашем

теле? Есть ли у этого ощущения форма, текстура или даже цвет? Есть ли напряжение или изменения в вашей позе или выражении лица?

- Ощущение статично или меняется от момента к моменту? Как влияет наблюдение за ощущением?
- Какие мысли или реакции вы замечаете? Возникает ли желание сопротивляться или избавиться от них? Попробуйте непредвзято наблюдать за этим желанием и обратите внимание на то, как оно ощущается в теле. Позвольте любым мыслям прийти в ваше сознание и покинуть его, не вступая с ними в контакт, не веря им и не споря с ними. Возможно, будет полезно обозначить мысли ("думаю о..."). Просто замечайте, а затем возвращайте свое внимание к дыханию и к осознанию ощущений в теле.
- Какие еще аспекты опыта вы заметили? Потратьте несколько минут на выявление любых других чувств и ощущений, которые также присутствуют. Задействуйте все органы чувств (слух, зрение, осязание, обоняние).

Заметка 11.8. Упражнение "Облака"

Сядьте с закрытыми глазами. Расслабьтесь. Представьте, что вы лежите на спине на летнем лугу и наблюдаете за белыми облаками, плавно плывущими в небе над вами.

Аккуратно переведите внимание на дыхание, а затем начните замечать мысли, которые приходят. Замечая каждую мысль, представьте, что вы прикрепляете ее слова или образы к облаку, плывущему в небе. Поместите каждую мысль, которую заметили, на облако и наблюдайте, как оно проплывает мимо и в конце концов исчезает. Не нужно заставлять облака двигаться быстрее или медленнее или пытаться каким-либо образом изменить мысли.

Это нормально, что ваше внимание иногда рассеивается, не волнуйтесь, если это происходит. Как только заметите это, мягко верните внимание к мыслям и помещайте их на облака. Через несколько минут на мгновение верните свое внимание к дыханию и откройте глаза.

Заметка 11.9. Техника когнитивного разделения

- Обозначение мыслей: переключитесь с “я неудачник” на “у меня возникла мысль, что я неудачник”.
- Обозначение эмоций и телесных ощущений: “Я чувствую ... (опишите чувство)” или “я ощущаю ... (опишите, что именно)”.
- Повторяйте сложную мысль вслух много раз, пока она не превратится в бессмысленный звук.
- Произносите мысли смешным голосом (например, голосом Винни Пуха) или повторяйте их очень медленно.
- Пропойте свои мысли.
- Наблюдайте за тем, как мысли приходят и уходят: воспринимайте свои мысли как листья, плывущие по течению реки, или облака в небе (см. заметку 11.8); записывайте их на листочках.
- Рассматривайте “ум” как отдельное событие или человека (“мой ум” говорит мне, что я не получу удовольствия от вечеринки”).
- Рассматривайте негативные мысли как нежелательную “всплывающую” рекламу в Интернете.
- Опишите разницу между мыслями, которые просто возникают, и мыслями, в которые вы верите (*прямо сейчас я верю в мысль, что я плохой...*).
- Спросите себя, как вера в это повлияла на вас в прошлом? Является ли ваш ум вашим другом сейчас? Что лучше — руководствоваться умом или прошлым опытом?

Обретение наблюдающего “я”

Процесс наблюдения за собой в состоянии осознанности предполагает, что существует “наблюдатель”, который отделен от эмоций, мыслей и ощущений, и который просто наблюдает (заметка 11.10). Это помогает нам отстраниться от тревожных внутренних переживаний, а не быть ограниченными или охваченными ими. Вместо этого мы осознаем, что, несмотря на негативные чувства, множество других аспектов нашего опыта продолжают существовать.

Заметка 11.10. Поиск наблюдающего “я”: метафора шахматной доски

Представьте, что ваши мысли, телесные ощущения и эмоции — фигуры на шахматной доске. Белые фигуры — мысли и чувства, которые вы хотели бы иметь (счастье, уверенность и ощущение благополучия), а черные — те, которых вы не желаете (страх, стыд, депрессия или боль).

Представьте многолетнюю шахматную партию, в которой две стороны сражаются друг с другом, воплощая ваши попытки преодолеть сложные эмоции. Мы склонны считать, что единственным решением будет “победа” одной из сторон. Но это битва, которую мы ведем против самих себя, и невозможно “выиграть” ее без больших потерь.

Вместо этого попробуйте прекратить борьбу и найти более широкую перспективу в качестве наблюдателя. Представьте себя шахматной доской, а не отдельной фигурой. На доске размещены фигуры, но она не равна им. Точно так же у вас появляются сложные мысли и эмоции, но вы не сводитесь к этим мыслям и эмоциям. Вы можете позволить игре продолжаться, не определяясь ею.

Ответственность и действия, основанные на ценностях

Важнейшим этапом подхода АСТ является постановка целей по изменению поведения на основе глубинных ценностей и значимых жизненных устремлений человека, а затем принятие эффективных мер для достижения этих целей. Наша цель в том, чтобы жить в соответствии с глубинными ценностями, даже если это означает принятие сложных эмоций или физических симптомов.

Вот несколько полезных вопросов для определения ценностей и целей.

- Каким человеком вам важно быть?
- Чего вы хотите добиться в жизни?
- Что бы вы хотели, чтобы люди говорили о вас на ваших похоронах?
- Какие действия вам необходимо предпринять, чтобы соответствовать этим ценностям?
- Вы готовы действовать, даже если это означает принять вашу (тревожность)?

Подробнее о целях, основанных на ценностях, говорится в главе 8 “Постановка целей и преодоление сопротивления переменам”.

Заметка 11.11. Жизнь в устремлении к ценностям: метафора вождения автобуса

Представьте, что вы водитель автобуса. Вы должны проехать через весь город по заданному маршруту. На первой остановке вы видите пассажиров, останавливаетесь и пропускаете их внутрь. Но это не очень приятные пассажиры. Их зовут “тревожность”, “гнев” и “боль”.

Как только неуправляемые пассажиры появляются в автобусе, они начинают ходить взад и вперед по проходу, кричать и создавать проблемы. Они настаивают на том, чтобы вы не ехали через весь город, как планировали, а повезли их другим путем. Чтобы они не досаждали вам, вы подчиняетесь, но через время обнаруживаете, что отклоняетесь все дальше и дальше от того направления, в котором действительно хотели ехать.

Еще через время вам это надоедает, вы останавливаете автобус, чтобы высадить нарушителей порядка. Они сопротивляются, и начинается борьба. У вас недостаточно сил, чтобы заставить их выйти, и теперь автобус вообще не движется!

Наконец, вы заявляете, что хватит. Вы говорите пассажирам, что понимаете их волнение, но отныне сами будете решать, куда вести автобус. Они продолжают жаловаться и кричать, но вы едете и просто не обращаете на них внимания. В конце концов, эти сложные пассажиры садятся и соглашаются с тем, что вы поведете автобус в том направлении, которое выберете сами.

Больше упражнений на осознанность

Многие люди считают полезным включить в свой распорядок дня регулярную практику осознанности продолжительностью от 10 до 30 минут. Это помогает развить навык осознанности и облегчает его применение во время эмоциональных или физических потрясений. Тем не менее, даже несколько мгновений осознанности, например, во время прогулки или вечером перед сном могут принести огромную пользу.

В заметках 11.12 и 11.13 приведены примеры альтернативных упражнений на осознанность. Также полезно практиковать осознанную медитацию с использованием компакт-диска или аудиозаписи.

Заметка 11.12. Осознанная ходьба

Это одна из самых простых форм осознанности, которую легко вписать в напряженный современный образ жизни. Людям трудно найти время, чтобы сесть и сосредоточиться на дыхании, но большинство людей ходят где-нибудь в течение дня, даже всего несколько минут. Ходьба также дает дополнительную возможность поддерживать здоровье тела и разума.

- Вы можете практиковать осознанную ходьбу несколько минут или во время длительной прогулки. Это можно делать в любом месте, в помещении или на улице. Вы можете ходить медленно или бодро. Цель — сохранять нормальную походку и просто наблюдать за своим телом во время движения.
- Начните с того, что сделайте несколько вдохов и обратите внимание на то, как воздух поднимается по телу.
- Во время ходьбы переключите внимание на ощущения, возникающие при ударе ног о землю. Постарайтесь заметить каждое небольшое движение, когда нога ставится на поверхность, а затем снова поднимается. Обратите внимание на то, как ощущается поверхность под ногами или обувью.
- Вы можете оставить внимание на ногах или переместить его на другие части тела. Обратите внимание на процесс движения ног, бедер, спины, рук и груди. Какие мышцы напрягаются или расслабляются при движении?
- Расширьте свое сознание и обратитесь к окружающей обстановке. Что вы видите, обоняете, слышите, чувствуете на вкус? Как воздух ощущается на вашей коже? Что вы замечаете вокруг?
- Постарайтесь непредвзято наблюдать за любыми мыслями или эмоциями, которые возникают во время ходьбы. Если вы поймаете себя на мысли, просто верните свое осознание в настоящий момент, как только заметите это.
- Когда прогулка подойдет к концу, если у вас есть время, обратите внимание на изменения в вашем теле, когда вы перестанете двигаться. Как вы себя чувствуете сейчас, эмоционально и физически? Уделите время размышлениям о результатах упражнения, прежде чем продолжить свой день.

Заметка 11.13. Сканирование тела

Это упражнение на осознанность, которое многие люди считают расслабляющим, и его можно выполнять перед сном. Однако его цель — не расслабление, а осознание и принятие тела в настоящий момент.

- Сядьте или лягте в удобном положении. Несколько минут глубоко подышите и позвольте напряжению выйти из тела.
- Закройте глаза и сосредоточьтесь на настоящем и на своем теле. Обратите внимание на давление тела на кровать или землю и позвольте телу опуститься вниз, на поверхность.
- Переместите свое внимание на ступни и пальцы ног, как на поверхности, так и глубоко внутри. Что вы замечаете? Есть ли какие-либо телесные ощущения? Если чувствуете напряжение или зажатость, отпустите их и позвольте мышцам расслабиться.
- Когда будете готовы, переместите внимание на нижние, а затем на верхние части ног. Каждый раз обращайтесь внимание на любые ощущения, которые присутствуют. Отмечайте напряжение в мышцах и мягко отпускайте его.
- Медленно перемещайте внимание вверх по телу к ягодицам, талии и нижней части живота. Перейдите к бокам и к спине.
- Медленно переведите внимание на грудь, плечи и руки, а затем на кисти рук.
- Наконец, переместите внимание на шею, челюсть, уши, глаза и кожу головы.
- Это может помочь вам сосредоточить внимание на дыхании по мере продвижения к каждой части тела и заметить, как каждый вдох влияет на все тело.
- В завершение сделайте еще несколько глубоких вдохов и переведите внимание на все тело в целом. Заметьте, как вы себя чувствуете в конце этого упражнения.

Советы. Быстрое сканирование тела можно выполнять как лежа, так и сидя, и уложиться в минуту или даже в 30 секунд. При быстром сканировании старайтесь охватывать большие участки тела за один раз (например, всю ногу как один участок). Длительное сканирование тела может занять до 30 минут и предполагает концентрацию внимания на небольших участках тела (например, на каждом пальце по отдельности).

Ключевые моменты

- Осознанность подразумевает внимание к настоящему и полное осознание своих внутренних процессов, без осуждения, анализа или попыток их изменить.
- Это осознание осуществляется с мягким любопытством, сочувствием к себе и добротой к любым трудным или тревожным мыслям, эмоциям или телесным ощущениям, которые могут возникнуть.
- Существует множество различных упражнений на осознанность. Полезно попробовать различные подходы, чтобы определить, какие из них наиболее полезны и практичны для регулярного выполнения. К ним относятся:
 - осознанное дыхание;
 - осознанная ходьба или другие виды физических упражнений, такие как йога и плавание;
 - сканирование тела;
 - внимание к повседневной деятельности, такой как принятие пищи, принятие душа или прослушивание музыки.
- Иногда полезно регулярно проводить практику осознанности продолжительностью до 30 минут один или два раза в день. Однако даже несколько минут практики будут полезны, особенно если выполнять ее постоянно.
- Возможно, вам будет полезно найти способ напоминать себе о необходимости быть осознанным каждый день. Это может быть напоминание в телефоне или ежедневнике (*я буду делать односторонний перерыв для практики осознанности три раза в день*) или регулярно заниматься практикой (*я буду практиковать осознанность по дороге на работу или в душе каждое утро*).
- Применение осознанности для преодоления трудной ситуации.
- Путем узнавания внутренних реакций при столкновении со сложной ситуацией осознанность позволяет нам сделать более мудрый выбор способов реагирования в соответствии с нашими личными ценностями, вместо того чтобы реагировать автоматически. Такая реакция может оказаться вредной и привести к нисходящей спирали негативных последствий.
- В следующий раз, когда почувствуете напряжение или стресс, уделите время размышлению и осознайте, что происходит внутри вас. Обозначьте любые мысли или эмоции, которые могут присутствовать (*“я чувствую злость”, “у меня возникла мысль, что...”, “у меня появилось желание*

кричать..."). Сохраняйте осознание этих внутренних переживаний, не борясь и не пытаясь избавиться от них, и помните, что вы не обязаны действовать импульсивно, что бывает вредно. Постарайтесь не заикливаться на внутреннем опыте настолько, чтобы воспринимать свои мысли как абсолютный факт. Наконец, сделайте несколько вдохов и решите, как лучше поступить в данной ситуации.

Депрессия

Определение депрессии

Депрессия — распространенное явление. От 5 до 10% людей, наблюдающихся у врачей первичного звена, страдают от большого депрессивного расстройства, и в 2-3 раза больше людей испытывают депрессивные симптомы, но не соответствуют диагностическим критериям большого депрессивного расстройства [Katon & Schulberg, 1992].

Заметка 12.1. Диагностика большого депрессивного расстройства (критерии DSM-IV [APA, 1994])

Пять из следующих критериев (в том числе хотя бы один из первых двух) должны присутствовать *почти каждый день в течение более двух недель* и вызывать значительные нарушения в социальной, профессиональной или других сферах функционирования.

- Подавленное настроение большую часть дня.
- Снижение удовольствия или интереса к обычной деятельности большую часть дня.
- Усталость или потеря энергии.
- Существенное изменение аппетита, непреднамеренная потеря или набор веса.
- Бессонница или гиперсомния.
- Психомоторное возбуждение или заторможенность.
- Снижение способности думать или концентрироваться либо нерешительность.
- Чувство чрезмерной вины или никчемности.
- Постоянные мысли о смерти или самоубийстве.

КПТ при депрессии

КПТ является психологическим методом лечения депрессии [NICE, 2009a]. Она так же эффективна, как и медикаментозная терапия антидепрессантами при большом депрессивном расстройстве в первичной

медицинской помощи [Scott et al., 1997]. Кроме того, по сравнению с антидепрессантами при использовании КПТ ниже частота рецидивов в долгосрочной перспективе [Paykel et al., 1999], поскольку клиенты приобретают устойчивые навыки, помогающие им справляться с жизненными трудностями. При тяжелой депрессии комбинация КПТ и антидепрессантов более эффективна, чем любой из методов лечения по отдельности.

Комбинированный подход к лечению депрессии в первичной медицинской помощи

Национальный институт здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) выступает за ступенчатый подход к лечению депрессии, который включает в себя психологические методы и медикаменты как потенциальные варианты лечения в условиях первичной медицинской помощи (заметка 12.2).

Краткие методы КПТ, применяемые медицинскими работниками первичной помощи, особенно полезны для клиентов с легкой депрессией, в отношении которых мало доказательств эффективности медикаментозного лечения антидепрессантами. КПТ можно проводить наряду со стратегиями самопомощи, градуированными программами упражнений или медикаментами, если это необходимо.

Заметка 12.2. Ступенчатый подход к лечению депрессии [NICE, 2009a]

Направленность вмешательства	Характер вмешательства
Шаг 1 Все известные и предполагаемые проявления депрессии.	Оценивание, поддержка, психообразование, активный мониторинг и направление на дальнейшую оценку и вмешательство.
Шаг 2 Устойчивые легкие депрессивные симптомы; депрессия легкой и средней степени тяжести.	Низкоинтенсивные психологические и психосоциальные вмешательства, медикаментозное лечение и направление на дальнейшую оценку и вмешательство.

Направленность вмешательства	Характер вмешательства
Шаг 3 Сохраняющиеся легкие депрессивные симптомы или депрессия легкой и умеренной степени при неадекватном ответе на первоначальные вмешательства; умеренная и тяжелая депрессия.	Медикаменты, высокоинтенсивные психологические вмешательства, комбинированные методы лечения, совместное лечение и направление на дальнейшую оценку и вмешательство.
Шаг 4 Тяжелая и глубокая депрессия; риск для жизни; тяжелая самоотверженность.	Медикаменты, высокоинтенсивные психологические вмешательства, электросудорожная терапия, кризисная служба, комбинированные методы лечения, многопрофильная и стационарная помощь

Понимание депрессии

Типичные мысли и стили мышления

Для людей, страдающих депрессией, характерно развитие негативных мыслей, которые часто являются примерами непродуктивных стилей мышления.

Заметка 12.3. Общие вредные стили мышления при депрессии

- Черно-белое мышление (я совершенно бесполезен).
- Негативный, самокритичный взгляд на себя (я такой идиот).
- Игнорирование положительных моментов (на этой неделе ничего не прошло хорошо).
- Чтение мыслей (он думал, что я скучный).
- Негативный взгляд в будущее (ничего не изменится к лучшему) и предсказание катастроф.
- Принятие чрезмерной личной ответственности/самобичевание (я испортил всем вечер).

Депрессивные люди склонны к самокритике и самобичеванию, что снижает их уверенность в себе, самооценку и вызывает проблемы в отношениях с окружающими.

Я ужасный родитель; я обуза для других; я бесполезен.

Эти мысли обычно *самореализующиеся*, потому что негативное мышление мешает людям вести себя конструктивно или позитивно.

Люди, страдающие депрессией, смотрят на мир негативно и пессимистично. Они делают наихудшие выводы и воспринимают окружающих как критиков, ненадежных людей или обидчиков. К примеру, они могут сосредоточиться на одном эпизоде незначительной критики, игнорируя при этом множество комплиментов.

Мир полон ужасных событий; у меня никогда ничего не получается.

Негативное мышление или безнадежность в отношении будущего характерны для депрессии, а в самых тяжелых случаях могут вызвать суицидальные мысли и поведение.

Я никогда не найду работу — какой смысл пытаться?

Я никогда не преодолею эту депрессию. Ничего не станет лучше.

От теории

к практике...

Обратите внимание на негативные мысли депрессивных людей. Ищите негативные мысли о них самих, о мире и о будущем. Какие непродуктивные стили мышления наиболее распространены?

На данном этапе не пытайтесь опровергнуть эти мысли. Заметив негативную мысль, попробуйте указать на нее клиенту и почувствовать ему в том, что эта мысль может вызвать дистресс (*наверное, очень трудно так думать...*). Затем обсудите последствия негативных мыслей (*интересно, как то, что вы так думаете, влияет на ваше настроение?*).

Случай из практики 12.1. Негативные мысли при депрессии

Кэти 26 лет, она работает в банке и страдает от легкой депрессии. Ниже она описывает барбекю, которое посетила недавно.

В выходные я пошла на барбекю к Элисон. Я не хотела идти, потому что знала, что мне это не понравится. У меня никогда нет ничего интересного. Там я совершила ужасную ошибку: забыла имя сестры Элисон Джоанны. Я встречалась с ней всего один

один раз, и у меня помутилось в голове. Я выглядела полной дурой. Я попыталась заглазить свою вину, извинившись и спросив о ее детях, но не думаю, что этого было достаточно. Элисон никогда больше не пригласит меня на вечеринку.

Прочитайте текст и определите негативные или вредные мысли Кэти.

Негативные, вредные мысли

Мне не понравится барбекю.

У меня никогда нет ничего интересного, чтобы рассказать.

Я совершила ужасную ошибку, забыв имя Джоанны.

Я выглядела полной дурой.

Недостаточно было извиниться и спросить о ее детях.

Элисон больше не пригласит меня ни на одну вечеринку.

Какие вредные стили мышления представлены этими мыслями? Для напоминания см. Заметку 12.3.

Чувства и эмоции при депрессии

Люди, страдающие депрессией, испытывают широкий спектр негативных эмоций, в том числе:

- постоянное подавленное настроение;
- чувство грусти, пониженного настроения, безрадостности, оцепенения и пустоты;
- потерю удовольствия или наслаждения от привычной деятельности;
- тревогу, беспокойство и панику;
- гнев и раздражительность по отношению к себе и другим;
- чувство вины и стыда.

Биологические факторы и физические симптомы

Депрессия связана с широким спектром неприятных телесных ощущений и симптомов. Многие люди с депрессией обращаются к медицинским работникам с физическими или соматическими, а не с психологическими симптомами [NICE, 2009a].

К распространенным физическим симптомам относят следующие.

- *Низкий уровень энергии и вялость*: ощущение постоянной усталости — один из наиболее распространенных физических аспектов депрессии. Это часто приводит к заметному снижению активности, что ухудшает настроение и повышает утомляемость, образуя негативный цикл.
- *Нарушенный сон*: трудности с засыпанием, ранние утренние пробуждения или чрезмерная сонливость.
- *Трудности с концентрацией внимания и проблемы с кратковременной памятью*: людям может быть трудно читать, следить за телевизионной программой или разговором.
- *Изменения аппетита и веса*: возможны потеря веса или его увеличение из-за “потребления пищи в качестве утешения”.
- *Снижение либидо*: потеря интереса к сексу.
- *Общая (психомоторная) “заторможенность”*: люди часто думают и двигаются медленнее, чем обычно. Это может влиять и на другие функции организма, например, возможны запоры.
- *Физическое возбуждение*: мышечное напряжение и беспокойство.
- *Усиление болевых ощущений*: в состоянии депрессии люди часто ощущают боль более интенсивно.
- *Сопутствующие соматические расстройства*: депрессия чаще встречается у людей с соматическими заболеваниями.

От теории

к практике...

Не забывайте спрашивать людей с депрессией о любых ее телесных проявлениях, в том числе о низком уровне энергии и усталости. Объясните, что симптомы вызваны депрессией и что, скорее всего, они улучшатся при ее лечении.

Изменение поведения

Деструктивное поведение играет ключевую роль в усугублении или поддержании чувства депрессии. Оно включает в себя снижение активности и усиление нежелательных действий.

Снижение активности

Люди, страдающие депрессией, отказываются от социального взаимодействия и сокращают свое участие в приятных занятиях, таких как хобби и интересы. Они также могут сократить количество занятий, придающих жизни смысл или определенные достижения, например, физические упражнения, работу или повседневные дела, например, домашние обязанности. При более тяжелой депрессии люди перестают должным образом заботиться о себе.

Эти изменения в поведении могут быть вызваны:

- вялостью и усталостью (*я слишком устал, чтобы делать это*);
- подавленным настроением и отсутствием удовольствия от привычной деятельности (*нет смысла туда идти, потому что я не получу удовольствия*);
- негативным мышлением и низкой мотивацией (*мне не хочется стараться*).

Снижение активности только усугубляет депрессию, образуя негативный цикл. Замкнутость и сокращение приятных занятий делают жизнь все более рутинной и изолированной, а избегание рутинных дел и обязанностей, таких как глажка или мытье посуды, может вызывать чувство стыда и вины, усиливать ощущение неудачи и собственной никчемности (*я даже не могу навести порядок в доме — я совершенно бесполезен*).

Усиление непродуктивного поведения

У клиентов с депрессией также могут появиться новые, вредные формы поведения, усугубляющие их проблемы, в том числе:

- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- самоповреждение;
- предъявление чрезмерных требований или поиск заверений от других;
- саботирование собственных попыток достичь позитивных целей (настраивание себя на неудачу);
- поведение, которое увеличивает вероятность того, что человека подведут или отвергнут окружающие.

**От теории
к практике...**

- Спросите клиентов с депрессией, ведут ли они себя по-другому, нежели раньше:
- Что вы делаете иначе теперь, когда чувствуете себя таким подавленным? Как вы вели себя до того, как ощутили депрессию?
- Полезно или вредно такое поведение? Как оно влияет на ваши депрессивные чувства?

Роль факторов окружающей среды и социальных факторов в развитии депрессии

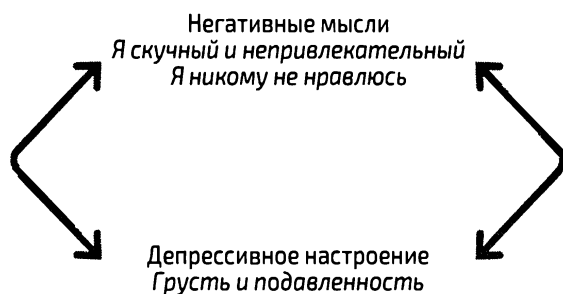
Жизненные события, социальные трудности и факторы окружающей среды, как в прошлом, так и в настоящем способствует развитию депрессии.

Заметка 12.4. Факторы риска развития депрессии

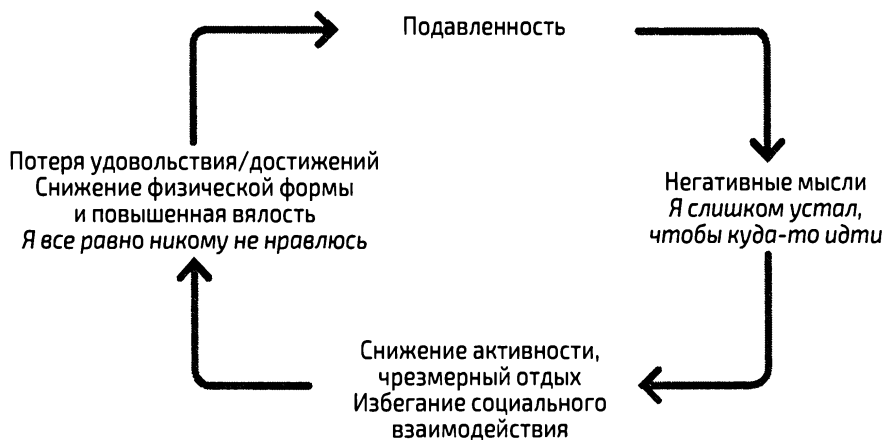
- Принадлежность к женскому полу: вероятность развития депрессии у женщин в два раза выше, особенно если они ухаживают за маленькими детьми и лишены социальной поддержки.
- Социально-экономические факторы, такие как финансовые проблемы, плохие жилищные условия или безработица.
- Семейная история депрессии.
- Потеря родителя до подросткового возраста.
- Отсутствие сети социальной поддержки (например, близких друзей или семьи).
- Негативные или стрессовые жизненные события.
- Переживание хронического физического заболевания или работа сиделкой/опекуном/ухаживающим взрослым.

Негативные циклы при депрессии

Негативные мысли и плохое настроение при депрессии имеют тенденцию усиливать друг друга, образуя негативный цикл.



Аналогичным образом, снижение активности и отстранение от общения с людьми также усугубляет депрессию, заставляя человека чувствовать себя еще более изолированным и подтверждая любые его негативные убеждения о недостаточной самооценке.



От теории к практике...

При оценке клиентов с депрессией не забывайте собирать информацию обо всех пяти областях КПМ. Особенно обратите внимание на любое вредное поведение, например на снижение активности.

Можете ли вы выявить негативные циклы? Какие изменения в поведении позволят клиенту разорвать их и сделать небольшие шаги вперед?

Случай из практики 12.2. КПМ для понимания клиентов с депрессией

У Роджера, 40-летнего учителя, депрессия усилилась шесть месяцев назад, когда на работе возникли проблемы с коллегой. Роджер начал принимать антидепрессанты, они улучшили его настроение, а побочных эффектов почти не имели. Однако Роджер все еще периодически чувствует себя подавленным. Он не хочет менять лекарство.

Лечащий врач попросил своего клиента назвать конкретную ситуацию, описывающую его трудности, и вместе они составили следующую схему КПМ.

<p>Список проблем</p> <p>1. Тревожность и отсутствие уверенности в себе, чтобы высказаться на собраниях коллектива.</p> <p>2. Не успевает вовремя выставить отметки в журнале или написать план уроков.</p> <p>3. Чувство усталости и вялость.</p> <p>4. Раздражительность, ссоры с женой и детьми.</p> <p>Роджер решил сосредоточиться на том, что ему не удастся вовремя выставлять оценки в журнале или планировать уроки.</p>	
<p>Конкретная ситуация, иллюстрирующая проблему: вечер вторника, возвращаюсь домой из школы и понимаю, что нужно проверить огромное количество работ.</p>	
<p>Мысли</p> <p>Я никогда не смогу справиться с этой нагрузкой — слишком много нужно сделать.</p> <p>Я просто все испорчу.</p> <p>Я ничего не добился за этот вечер.</p> <p>Я ужасный учитель.</p>	<p>Чувства</p> <p>Депрессия.</p> <p>Подавленность.</p> <p>Огорчение.</p>
<p>Поведение</p> <p>Откладывает начало работы.</p> <p>Просиживает весь вечер перед телевизором.</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Усталость и вялость.</p> <p>Сонливость и истощение.</p>
<p>Окружение/ситуация/другие проблемы</p> <p>Работает учителем английского языка в средней школе.</p> <p>Женат на Валери, двое детей, хорошие отношения, но он чувствует себя все более раздражительным из-за мелких проблем в семье.</p> <p>В прошлом проблемы году со строгим заведующим — мало уверенности в собственном мастерстве.</p>	

Рефлексия

Какие негативные циклы вы можете выделить для Роджера? Какие "стимулирующие" вопросы мог бы задать врач, которые помогли бы выявить негативные циклы Роджера?

Десятиминутная КПТ с клиентами, страдающими депрессией

Люди, переживающие депрессию, зачастую приветствуют психологический подход к решению своих проблем. Тем не менее, такие симптомы, как усталость, вялость, трудности с концентрацией внимания и постоянный шквал негативных мыслей, затрудняют активное участие депрессивных людей в психологической работе. Некоторые ключевые навыки консультирования, способные помочь клиентам преодолеть эти трудности, показаны далее.

Заметка 12.5. Ключевые навыки консультирования при депрессии

Письменная информация: предоставление письменных памяток по самопомощи и краткое изложение любой дискуссии особенно важно при депрессии, когда у клиентов нарушена память и плохо с концентрацией внимания.

Сосредоточенность на конкретных примерах: попросите клиента выбрать наиболее важный вопрос для обсуждения. Зачастую обсуждение обобщить и перенести на другие сферы жизни человека.

Направляемое открытие: поощряйте клиентов брать на себя инициативу в обсуждении и самостоятельно открывать новые перспективы для ситуаций. Помните, что люди в депрессии могут медленно соображать и испытывать трудности с концентрацией внимания. Задавайте простые вопросы и давайте им время подумать над ответами.

Домашнее задание: побудите клиента внести реальные изменения в его жизнь на основе вашего обсуждения. Сосредоточьтесь на повышении уровня активности. При следующей встрече с клиентом не забудьте просмотреть его домашнее задание.

Расширенные объяснения

Важная цель для врачей общей практики — помочь клиентам лучше понять депрессию. Постарайтесь использовать пять областей КПМ, чтобы наметить и объяснить негативные циклы, обычно поддерживающие депрессию. Всегда задавайте следующий вопрос, чтобы побудить клиента поразмышлять над вашей беседой.

Что вы думаете обо всех сведениях, которые мы собрали? Как вы могли бы использовать этот подход, чтобы улучшить ситуацию?

Самое важное объяснение депрессии с точки зрения расширения его возможностей включает в себя обсуждение *усталости от депрессии*. Люди, страдающие этим заболеванием, обычно чувствуют себя вялыми и уставшими и, как следствие, больше отдыхают и еще больше снижают активность. Однако усталость, связанная с депрессией, *усугубляется* отдыхом, и *повышение активности*, заряжающей людей энергией и улучшающей настроение, наиболее полезный и эффективный способ прибавления энергии и снижения усталости при депрессии.

От теории к практике...

Спросите клиентов, мешает ли им усталость повысить уровень активности. Если да, то кажется ли им, что после отдыха они менее уставшие? Объясните, что "усталость от депрессии" усугубляется отдыхом, но может быть снижена путем постепенного повышения уровня активности для развития физической формы и мышечной силы.

Затем попробуйте совместно согласовать некоторые пошаговые цели в повышении уровня активности. Если клиент не уверен в своих силах, вы можете провести поведенческий эксперимент, чтобы проверить влияние возросшей активности, оценив чувство вялости до и после различных видов деятельности.

Изменение поведения

Клиентам с депрессией полезно повысить уровень их активности, несмотря на негативные мысли или чувства, вялость или усталость. Регулярные аэробные упражнения бывают столь же эффективны, как и антидепрессанты, в улучшении настроения у клиентов с депрессией [Babyak et al., 2000].

Повышение активности влечет за собой несколько полезных эффектов:

- приятная деятельность делает жизнь более приемлемой и интересной;
- деятельное участие отвлекает людей от постоянных негативных мыслей, ухудшающих настроение;
- успех в выполнении даже небольших задач, таких как уборка дома или мойка машины, приносит людям чувства достижения и большего контроля над их жизнью;
- увеличение физической активности непосредственно меняет биохимию мозга, способствуя развитию позитивных чувств и улучшению настроения.

Поощряйте клиента *вести себя так, как будто* у него больше нет депрессии. Это предполагает внесение позитивных изменений в поведение, несмотря на усталость или вялость. Выбор небольших, достижимых целей поможет клиенту укрепить уверенность в себе и самооценку.

Вначале человек может не получать такого же удовольствия от деятельности, как до депрессии. Первый шаг — все равно действовать. Участие в различных мероприятиях может повысить чувство удовлетворения, а увеличение активности со временем поможет снять депрессию и постепенно вернуть удовольствие от активностей.

Случай из практики 12.3. Изменения поведения при депрессии

Уже более двух лет Джордж страдает от депрессии. Он чувствует себя уставшим и склонен дремать днем (я слишком устал, чтобы что-то делать прямо сейчас; мне нужно немного отдохнуть). Лечащий врач Джорджа предлагает ему провести поведенческий эксперимент, чтобы проверить, верны ли эти мысли.

Они решают сравнить два разных способа справиться с ситуацией, когда Джордж чувствует усталость. В один день, только почувствовав усталость, он ляжет в постель подремать. На следующий день он отправится на 10-минутную прогулку. Он будет делать это поочередно до следующей встречи с лечащим врачом. Джордж согласился оценивать свои чувства грусти и вялости до и после применения каждой стратегии.

На следующем приеме Джордж сообщил, что с удивлением обнаружил, что от отдыха ему обычно не лучше, а хуже: настроение ухудшается, и он чувствует себя еще более уставшим. Однако активности несколько раз поднимали ему настроение. Он также выполнил несколько дел, которые откладывал нескольких недель, и почувствовал удовлетворение от этого.

После эксперимента Джордж переосмыслил свою первоначальную мысль. Теперь она такова: *“Когда я уставший, отдых обычно ухудшает мое самочувствие, лучше попытаться быть более активным”*. Он согласился постепенно повышать уровень своей активности.

Поведенческая активация

Это чрезвычайно эффективная стратегия преодоления депрессии (см. главу 7 “Преодоление непродуктивного поведения”). Первый шаг — отслеживание клиентом своих текущих действий с помощью рабочего листа мониторинга поведения (рис. 12.1). Клиент должен следить за тем, что он делает в течение дня, и оценивать каждый вид деятельности в соответствии с его важностью и полученным удовольствием. Ежедневное заполнение листа мониторинга — важная часть этого подхода.

Мониторинг поведения может выявить вредные модели, когда люди тратят много времени на бесполезные занятия, не приносящие им удовольствия. Это также помогает выявить любые позитивные или полезные виды деятельности и побудить клиента продолжать их.

После наблюдения в течение нескольких недель следующий шаг — начать планировать новые виды деятельности. Полезно поставить цели в соответствии с ценностями и важными жизненными сферами клиента (глава 8 “Постановка целей и преодоление сопротивления переменам”). Поощряйте людей стремиться к небольшому, реалистичному повышению доли значимых и приятных занятий, не забывая о темпе и избегая бурного увеличения активности, со временем ухудшающего физическую форму.

Клиент может записать свои цели на том же листе ежедневного мониторинга, но другим цветом. Затем нужно заполнять лист, как обычно, и сравнивать запланированное с фактическими достижениями. Если человек не достиг цели, подумайте о том, чтобы поставить более достижимую задачу или помогите клиенту найти другие способы для ее достижения.

Время	Активность (подробное описание)	Значимость (1-10)	Удовольствие (1-10)
06:00-07:00			
07:00-08:00			
08:00-09:00			
09:00-10:00			
10:00-11:00			
11:00-12:00			
12:00-13:00			
13:00-14:00			
14:00-15:00			
15:00-16:00			
16:00-17:00			
17:00-18:00			
18:00-19:00			
19:00-20:00			
20:00-21:00			
21:00-22:00			
22:00-23:00			
23:00-00:00			
00:00-02:00			
02:00-04:00			
04:00-06:00			

Рис. 12.1. Лист мониторинга поведения

Случай из практики 12.4. Использование диаграммы активности при депрессии

Пенни страдает депрессией уже девять месяцев. Она чувствует себя подавленной, уставшей, у нее крайне мало мотивации для выполнения обычных дел. Лечащий врач Пенни предложил ей использовать рабочий лист мониторинга поведения, чтобы каждый день отслеживать ее активность.

Во время приема они потратили несколько минут на заполнение листа за этот день, чтобы Пенни немного попрактиковалась. Она также согласилась продолжать заполнять ежедневно листы дома в течение следующих двух недель.

Время	Активность (подробное описание)	Значимость (1–10)	Удовольствие (1–10)
07:00–08:00	Встала и собрала детей в школу. Чувствовала себя раздражительной и кричала на детей.	8	4
08:00–09:00	Позавтракала и повела детей в школу.	9	6
09:00–10:00	Вернулась домой с чувством усталости. Смотрела телевизор.	5	5
10:00–11:00	Хотела сделать кое-какую работу по дому, но все еще была уставшей. Продолжила смотреть телевизор.	2	3
11:00–12:00	Встала и помыла посуду. Сделала несколько дел по дому.	5	3
12:00–13:00	Обедала. После обеда все еще хотелось есть, поэтому съела плитку шоколада.	5	4
13:00–14:00	Сходила в супермаркет и встретила подругу. Купила себе журнал.	7	7
14:00–15:00	Пришла к врачу на прием, чтобы поговорить о своем самочувствии.	8	5

Спустя две недели Пенни и ее врач обсудили некоторые из ее листов. Пенни была удивлена, что в течение дня часто достигала большего, чем ожидала. Но также было ясно, что она тратит много времени на просмотр телевизора, хотя это занятие не было оценено как важное или особенно приятное.

Врач Пенни отметил, что, похоже, в ее неделю было очень мало приятных или просто общественных мероприятий. Пенни согласилась, что она сократила многие виды деятельности, которые раньше казались ей приятными, например, физические упражнения и встречи с друзьями.

Далее последовало обозначение некоторых важных сфер жизни и постановка целей для последующей деятельности. Пенни решила, что важными сферами ее жизни являются отношения с друзьями и хобби. Она планировала найти время, чтобы встретиться с подругой за обедом, и снова начать заниматься плаванием.

Физические упражнения

Физическая активность напрямую воздействует на настроение, облегчая депрессию, потому что это особенно важные занятия для клиента. Это могут быть прогулки с друзьями, садоводство, плавание или игры с детьми. Ходьба — особенно доступный бюджетный вариант, не требующий много времени. Даже очень короткая прогулка (5–10 минут) может быть очень полезной для облегчения депрессивных чувств.

Преодоление негативных мыслей

Процесс *выявления и обозначения* негативных мыслей помогает укрепить идею о том, что такие мысли — просто *мнения*, а не абсолютные факты; способствует более взвешенному и реалистичному взгляду на мир.

Отвлечение

Отвлечение внимания — простая, но эффективная краткосрочная стратегия, позволяющая уменьшить количество и влияние негативных мыслей путем переключения внимания на что-то другое. Сосредоточение на практической деятельности или на упражнении отвлекает депрессивного человека от негативных мыслей и поднимает его настроение.

Изучение и переосмысление негативных мыслей

Как всегда, на первом этапе необходимо выявить все негативные мысли, возникающие в конкретной ситуации. Попросите клиента

выбрать одну мысль для более глубокого ее изучения. Следующий шаг — постараться найти доказательства как в пользу, так и против этой мысли, а в завершение попросить клиента найти альтернативную, сбалансированную точку зрения.

Осознанность

Было показано, что когнитивная терапия на основе осознанности уменьшает количество рецидивов у клиентов с рецидивирующей депрессией [NICE, 2009a]. Практика осознанности помогает людям более четко видеть паттерны негативных мыслей и распознавать, когда настроение начинает снижаться. Это позволяет людям принимать меры на ранней стадии, чтобы предотвратить дальнейшее ухудшение. Осознанность также помогает человеку сосредоточиться на настоящем моменте, а не заикливаться на негативных мыслях о прошлом или будущем, ухудшающих настроение.

Ключевые моменты

Краткое изложение когнитивно-поведенческой модели лечения депрессии.

Мысли/стиль мышления <ul style="list-style-type: none">Негативные мысли: самокритика, негативный взгляд на мир, безнадежность в отношении будущего.Низкая мотивация и апатия.Я бесполезен. Я неудачник.Я ужасный родитель. Это все моя вина.Ничего не изменится к лучшему.	Чувства <ul style="list-style-type: none">Печаль, плохое настроение, потеря удовольствия.Тревога и беспокойство.Чувство вины, стыда, гнева.
Поведение <ul style="list-style-type: none">Сокращение значимой и приятной деятельности, чрезмерный отдых.Отстранение и потеря социального взаимодействия.Другие вредные действия, как злоупотребление алкоголем, самоповреждение, стремление к самоуспокоению.	Телесные проявления <ul style="list-style-type: none">Низкий уровень энергии и усталость, плохой сон.Плохая концентрация внимания и нарушения памяти.Изменения аппетита и веса.Потеря либидо; плохое самочувствие.

Факторы окружающей среды /социальные факторы

- Отсутствие социальной поддержки, безработица, финансовые проблемы, стрессовые события в жизни.
 - Потеря родителя до подросткового возраста, семейная история депрессии.
-
- Десятиминутные стратегии КПТ особенно полезны врачам общей практики при оказании помощи клиентам с легкой и умеренной степенью депрессии. Этот подход можно сочетать с самопомощью, постепенными физическими упражнениями и приемом антидепрессантов.
 - Увеличение значимой и приятной активности — один из наиболее важных методов разрушения негативных циклов, поддерживающих депрессию.
 - Используйте принципы поведенческой активации, чтобы побудить своих клиентов к большей активности, *несмотря* на негативные мысли или вялость. Ведя себя так, как будто они менее подавлены, они, скорее всего, почувствуют себя лучше.
 - Поощряйте клиентов ставить собственные поведенческие цели, основанные на их личных ценностях и важных жизненных ориентирах. Убедитесь, что эти цели разделены на этапы и легко достижимы, чтобы их достижение укрепило уверенность клиентов в себе. По возможности поощряйте социальное взаимодействие и социальную поддержку для установления целей.

Бессонница

Что такое бессонница

Неспособность заснуть — это и есть бессонница. Каждый пятый взрослый не высыпается так, как ему хотелось бы. Бессонница включает в себя целый ряд нарушений сна, в том числе:

- трудности с засыпанием;
- частые пробуждения ночью;
- пробуждение рано утром и невозможность снова заснуть;
- чувство усталости или отсутствие бодрости после сна.

Иногда ночь без сна не причиняет особого вреда, но постоянная бессонница может быть очень неприятной проблемой, серьезно влияющей на самочувствие и эффективность человека в дневное время. Последствия бессонницы — дневная сонливость, трудности с концентрацией внимания, проблемы с принятием решений, плохая работоспособность и ухудшение отношений с окружающими. Это особенно опасно для людей, которые водят машину или работают со сложными механизмами.

Люди, страдающие от бессонницы, могут впасть в депрессию. Однако бессонница также может быть проявлением депрессии, тревожности или деменции. Недостаток сна увеличивает риск повышения кровяного давления, возникновения ожирения и диабета.

Фазы сна

Нормальный сон делится на три различные фазы.

- Быстрый сон, или сон во время которого наблюдается быстрое движение глазных яблок (БДГ-сон), приходит и уходит в течение ночи и является стадией, во время которой чаще всего снятся сны. Во время БДГ-фазы мозг очень активен, но тело расслаблено, за исключением глаз, которые быстро движутся из стороны в сторону.

- Медленный сон (не-БДГ). Существует четыре стадии медленного сна, подразумевающие все большую его глубину. Мозг спокоен, но тело может произвольно двигаться. Самые глубокие стадии известны как крепкий сон.
- Короткие периоды бодрствования 1-2 минуты. Несколько коротких периодов бодрствования в течение ночи — нормальное явление. Они случаются примерно каждые два часа, но становятся более частыми к концу ночи. Поскольку они непродолжительны, мы обычно их не запоминаем. Скорее всего, мы вспомним о них, если тревожимся или что-то еще нарушит сон, например шум или физический дискомфорт.

Сколько необходимо спать

Большинству взрослых необходимо около 7-8 часов сна в сутки, но этот показатель сильно варьируется у разных людей: кому-то требуется всего 3-4 часа, а кому-то — до 10–12 часов в сутки. Необходимое количество сна зависит от многих факторов, в том числе от возраста и уровня вашей активности. Младенцам и маленьким детям нужно гораздо больше сна, чем взрослым. Количество сна, необходимое взрослым, с возрастом обычно уменьшается, часто на несколько часов в ночь.

Важно высыпаться настолько, чтобы днем чувствовать себя бодрым и активным, не испытывая при этом сонливости или усталости. Некоторые люди беспокоятся, что им не хватает сна, хотя они прекрасно чувствуют себя днем и не нуждаются в дополнительном сне. Короткие периоды бодрствования в течение ночи также иногда могут казаться длиннее, чем они есть на самом деле, они могут формировать представление о бессоннице, которое на самом деле не соответствует действительности.

Причины бессонницы

Развитию и поддержанию бессонницы способствуют многие факторы. Полезно рассмотреть их с точки зрения пяти областей КПМ.

Исходные факторы, жизненные события и окружающая среда

Трудности со сном могут вызывать стрессовые жизненные события, такие как тяжелая утрата, стрессы от сдачи экзаменов, критичные

сроки сдачи работы и финансовые трудности. Людям сложно расслабиться и укладываться спать, если они переживают об этих проблемах. Физические факторы в спальне, такие как неудобный матрас, шторы, пропускающие свет, жара или холод, храпящий партнер или шумный телевизор в соседней комнате, также могут мешать сну.

Проблемы со здоровьем и лекарства

Физические состояния, такие как боль, зуд, затрудненное дыхание, кашель, синдром беспокойных ног или частые позывы в туалет по ночам, могут привести к проблемам со сном. Некоторые вещества также мешают спать (заметка 13.1), особенно кофеин, который содержится в кофе, чае, кока-коле, горячем шоколаде, некоторых травяных напитках и многих средствах от простуды и таблетках от головной боли. Регулярный прием кофеина для преодоления дневной сонливости может вызвать привыкание и со временем привести к негативному циклу усиления бессонницы и повышения усталости.

Алкоголь, как правило, помогает быстро заснуть, но в целом приводит к прерывистому, не освежающему сну и к повышенной дневной усталости. Обильное употребление алкоголя вызывает депрессию и тревожность, которые также мешают спать.

Заметка 13.1. Вещества, вызывающие бессонницу

- Алкоголь
- Кофеин
- Антидепрессанты
- Противоотечные средства
- Бета-блокаторы
- Гормоны щитовидной железы (особенно если доза выше необходимой)
- Кортикостероиды
- Снотворные таблетки могут вызвать повторную бессонницу после прекращения приема
- Некоторые запрещенные препараты оказывают стимулирующее действие на организм

Мысли и стиль мышления

Тревожные или беспокойные мысли мешают сну. Это может быть, как общее беспокойство из-за жизненных проблем, так и тревожность по поводу отсутствия сна. Люди могут “катастрофизировать” риск и последствия недосыпания.

Завтра я не справлюсь с работой. Я буду измотан. День будет катастрофой.
Недосыпание повредит моему здоровью.

Такая тревожность из-за бессонницы приводит к повышенному напряжению и бодрствованию и еще больше нарушает сон, создавая негативный цикл. Мысли, предсказывающие плохой сон, обычно само-реализуются.

Я сегодня не засну! Это будет ужасная ночь!

Чувства и эмоции

С трудностями сна связано множество различных эмоций. К ним относятся тревожность, депрессия, раздражительность, гнев, стыд и чувство вины.

Неадаптивное поведение

Ряд моделей поведения может усугубить трудности со сном, в том числе следующие действия и привычки.

- Плохое приготовление ко сну, отсутствие расслабляющей процедуры отхода ко сну. Особенно вредно заниматься физически или умственно стимулирующей деятельностью непосредственно перед сном.
- Использование спальни не для сна, а для других занятий, таких как чтение, работа или просмотр телевизора. Это заставляет людей ассоциировать спальню с бодрствованием и ухудшает сон.
- Отсутствие режима, скажем, если вы ложитесь спать особенно рано вечером или поздно ночью, утром поздно встаете или дремлете днем. Это нарушает цикл сна-бодрствования и усугубляет бессонницу.
- Если вы укладываетесь спать, когда не хочется.
- Долго лежите без сна в постели, переживая о том, что вам не спится.

- Проснувшись ночью, занимаетесь чем-то, например, работаете или смотрите фильм ужасов.
- Постоянно проверяете часы, чтобы узнать, который час и сколько сна упущено.

От теории к практике... Предоставьте клиенту, переживающему о том, как наверстать упущенный сон, более широкие объяснения.

Многие люди, с трудом засыпающие, беспокоятся о том, как восполнить время, украденное бессонницей. Однако наверстать необходимо лишь треть пропущенного сна. После одной бессонной ночи мы спим более глубоким и освежающим сном, что позволяет нам быстрее наверстать упущенное накануне ночью.

Пример из практики 13.1. Бессонница

Келли, 45 лет, обратилась к лечащему врачу с жалобами на бессонницу, которая длится уже около шести месяцев. В настоящее время Келли переживает развод.

У нее двое детей, семи и девяти лет, и она волнуется, как они справятся с переменами. У Келли напряженная и непредсказуемая работа косметолога; женщина говорит, что не чувствует себя подавленной, но измучена и устала от недосыпания.

Лечащий врач Келли проводит оценку ее проблем по пяти направлениям, используя КПМ.

Конкретный недавний пример <i>Прошлой ночью я лежала в постели и не могла заснуть.</i> <i>Я не могла заснуть несколько часов и просыпалась несколько раз за ночь.</i> <i>Утром я была разбита.</i>	
Мысли <i>Мне действительно нужно поспать. Завтра я снова буду измотана.</i> <i>Как я переживу этот день?</i> <i>Боюсь, что у меня будет срыв, если я буду продолжать в том же духе.</i> <i>Постоянные мысли и беспокойство о текущих жизненных стрессах (дети, развод и т.д.).</i>	Чувства <i>Уныние и подавленность.</i> <i>Беспокойство и тревога.</i> <i>Разочарование.</i>

Конкретный недавний пример

Прошлой ночью я лежала в постели и не могла заснуть.
Я не могла заснуть несколько часов и просыпалась несколько раз за ночь.
Утром я была разбита.

Мысли

Мне действительно нужно поспать. Завтра я снова буду измотана.
Как я переживу этот день?
Боюсь, что у меня будет срыв, если я буду продолжать в том же духе.
Постоянные мысли и беспокойство о текущих жизненных стрессах (дети, развод и т.д.).

Чувства

Уныние
и подавленность.
Беспокойство
и тревога.
Разочарование.

Поведение

Активность по вечерам: у Келли часто бывают поздние клиенты или она идет в спортзал после того, как дети ложатся спать.
Она пьет крепкий кофе или диетическую колу, чтобы пережить день, и обычно выпивает несколько бокалов вина вечером.
Келли встает в одно и то же время каждое утро.
Она ложится спать около 11 вечера, но ей трудно заснуть, и она лежит в постели несколько часов; иногда она смотрит телевизор в спальне или читает журнал.

Телесные проявления

Истощение.
Трудности
с концентрацией
внимания на работе,
глупые ошибки.
Головные боли и боли
в спине.

Факторы окружающей среды

Переживает развод, волнуется о детях.
Работает косметологом, график работы сложный и непредсказуемый,
некоторые финансовые проблемы.

Преодоление бессонницы

Гигиена сна

Гигиена сна включает в себя ряд советов и рекомендаций по улучшению сна, а также поведенческие факторы, факторы окружающей среды и образа жизни.

Заметка 13.2. Общие советы по улучшению сна ("гигиена сна")

- Просыпайтесь в одно и то же время каждый день, семь дней в неделю, даже если вам кажется, что вы не выспались. Это постепенно приучит ваш организм к ночному сну.
- Избегайте любого дневного сна, независимо от того, насколько уставшим вы себя чувствуете.
- Ложитесь спать, только когда чувствуете потребность в этом. Обычные признаки — зевота, отсутствие энергии, закрывающиеся глаза и непроизвольное желание вздремнуть.
- Если не засыпаете через 15 минут, перейдите в другую комнату и займитесь чем-нибудь расслабляющим. Вернитесь в постель, когда почувствуете сонливость. Если произойдет то же самое, просто встаньте еще раз.
- Используйте свою кровать только для сна или для секса. Не читайте, не смотрите телевизор, не звоните по телефону и не работайте в постели.
- За 60–90 минут до сна регулярно проводите процедуру "отхода ко сну": прекратите деятельность, стимулирующую ум, и сделайте что-нибудь расслабляющее (примите теплую ванну, почитайте или немного потянитесь).
- Физические упражнения в течение дня улучшат ваше здоровье, настроение и повысят утомляемость. Однако избегайте энергичных упражнений непосредственно перед сном.
- Сведите к минимуму потребление кофеина и не пейте кофе или чай за шесть часов до сна.
- Сократите потребление алкоголя. Из-за него вы проснетесь ночью и почувствуете повышенную усталость на следующий день.
- Попробуйте съесть легкую закуску, содержащую углеводы, или выпить перед сном теплый напиток с молоком.

Благоприятные условия для сна

Убедитесь, что в вашей спальне созданы все условия для сна, это улучшит его качество. Важно иметь удобный матрас и подушки, а также покрывала, соответствующие времени года (не слишком жаркие или холодные). Полезно убрать лишние вещи и напоминания о работе

или других стрессовых стимулах. Плотные жалюзи, шторы или маска для сна помогут создать затемнение. беруши для ушей помогут, если шум для вас является проблемой.

От теории

к практике...

Поощряйте клиентов с бессонницей спать только в своей кровати. Это поможет им создать ассоциацию между спальней и приятным сном. Объясните, что люди, не страдающие бессонницей, обычно могут читать или смотреть телевизор в постели без ущерба для сна. Это потому, что обычно они не беспокоятся, как им уснуть, и не заставляют себя засыпать. Напротив, у человека, страдающего бессонницей и переживающего о том, как ему уснуть, кровать и любая деятельность в ней ассоциируются с высоким уровнем тревожности. Важно разорвать эту связь между кроватью и тревожностью, поэтому клиентам с трудностями сна следует избегать любой другой деятельности в постели.

Дневник сна

Если здоровый сон стал проблемой, клиентам может быть полезно вести “дневник сна”, чтобы измерять его режим в течение примерно двух недель. Дневник следует заполнять каждое утро за предыдущую ночь (рис. 13.1).

Повышения эффективности сна с помощью дневника

Главная цель лечения бессонницы — повышение эффективности сна. Под этим подразумевают соотношение времени, проведенного во сне, к общему количеству времени, проведенному в постели. С помощью дневника сна можно выявить текущие паттерны поведения человека. Так он может приступить к повышению эффективности сна с помощью контроля стимулов и ограничения сна.

Контроль стимулов

Он восстанавливает ассоциацию кровати и спальни со сном, а не с разочарованием и волнением при попытке заснуть. Человек должен ложиться спать, только когда ему хочется, и каждый день вставать в одно и то же время, независимо от того, сколько он проспал. Большинство хорошо спящих людей засыпают в течение 15 минут после того, как

Определение поведенческих паттернов, связанных со сном	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница
Спали ли вы днем? Как долго?					
Выполняли ли вы физические упражнения? Как долго?					
Какое количество напитков, содержащих кофеин, вы употребляли на протяжении дня? Сколько после 18:00?					
Какое количество алкогольных напитков вы употребляли на протяжении дня?					
Во сколько вы проснулись сегодня утром?					
Во сколько вы легли спать?					
Во сколько вы "отошли ко сну"?					
Сколько времени потребовалось, чтобы заснуть (минуты)?					
Сколько раз вы просыпались в течение ночи?					
Как долго вы бодрствовали (минуты)?					
Сколько времени вы проспали в общей сложности (часы/минуты)?					
Вам не давали уснуть какие-то конкретные заботы или проблемы? Какие именно?					
Определение качества сна					
Насколько усталым вы чувствовали себя сразу после пробуждения (0–10)? 0 — ужасно, 10 — очень хорошо					
Как вы чувствовали себя в течение большей части дня (0–10)? 0 — ужасно, 10 — очень хорошо					
Общее качество сна (0–10)? 0 — ужасно, 10 — очень хорошо					

Рис. 13.1. Дневник сна

ложатся в постель. Поэтому, если человек не может заснуть через 15 минут (не глядя на часы), ему следует встать, выйти в другую комнату и вернуться в постель, как только он устанет.

Ограничение сна

Ограничения помогут сократить время пребывания в постели к тому количеству времени, которое клиенту обычно необходимо для сна. Первым шагом является расчет среднего времени сна в дневнике, а затем ограничение общего времени в постели этим максимальным значением. Например, если человек спит в среднем шесть часов за ночь, общее время пребывания в постели ограничивается шестью часами.

Клиент планирует время, когда он предпочитает вставать, и ложится спать за шесть часов до этого. Этому режиму следует придерживаться в течение нескольких дней. Вероятно, это сделает клиента немного более уставшим, но поможет сделать сон более свежим и непрерывным. Человеку следует продолжать вести дневник сна и в конце каждой недели, если ситуация улучшается, он может планировать ложиться спать на 15 минут раньше. В течение следующих нескольких недель следует постепенно наращивать общее количество сна, не снижая его общую эффективность.

Пример из практики 13.2. Дневник сна для повышения его эффективности

У 43-летней Трейси длительный опыт проблем со сном. У нее нет симптомов, указывающих на депрессию или другие проблемы, которые могли бы быть причинами ее бессонницы. Лечащий врач просит Трейси заполнить дневник сна, чтобы отслеживать текущий режим.

На следующем приеме из дневника становится ясно, что Трейси ложится в 10 вечера и в течение часа смотрит телевизор или читает в постели. Она выключает свет в 11 вечера, но не засыпает минимум до полуночи. Трейси сообщает, что ее сон нарушен, и говорит, что иногда бодрствует всю ночь. В среднем она спит около семи часов. Обычно она встает в 8 утра, но иногда остается в постели дольше, если чувствует усталость. Она часто чувствует себя уставшей днем. Иногда она отдыхает на кровати, но не дремлет.

Дневник повышения эффективности сна Трейси

Лечащий врач Трейси советует ей повысить эффективность сна с помощью ограничения сна и контроля стимулов. Ее средняя продолжительность сна составляет около семи часов, поэтому они договорились, что Трейси будет ложиться спать в час ночи — за семь часов до своего обычного времени пробуждения.

Они также договорились, что, если она не сможет заснуть в течение 15 минут, то встанет и выйдет в другую комнату, а в кровать вернется только тогда, когда почувствует усталость. Она будет продолжать в том же духе до тех пор, пока ее сон не улучшится.

На второй день ограничения сна Трейси стала быстрее засыпать и значительно улучшила эффективность сна. Она продолжает эту практику в течение недели, а затем переносит время отхода ко сну на 15 минут — на 00:45. В последующие несколько недель сон Трейси продолжает улучшаться. Однако, когда время отхода ко сну достигает 23:15, она обнаруживает, что эффективность сна снижается, сон становится хуже. Трейси установила время отхода ко сну на 15 минут позже и обнаружила, что, ложась спать в 23:30, она регулярно хорошо высыпается.

Преодоление тревожных мыслей

Стратегии преодоления ночных тревожных мыслей включают в себя следующее.

Прекращение попыток заснуть

Людям с бессонницей очень полезно иметь более спокойное и принимающее отношение ко сну. Слишком упорные попытки заставить себя заснуть приведут к обратному эффекту, усиливая тревогу и напряжение из-за отсутствия сна. Парадоксально, но попытка не спать может на самом деле облегчить процесс засыпания.

Клиент может попытаться переключиться с мыслей *“я должен спать, сейчас полтретьего ночи, день будет катастрофой, если я буду уставшим”* на мысль: *“Я бы предпочел спать, но я справлюсь и при меньшем количестве сна, я делал это раньше”*.

Избавьтесь от опасений

Перед отходом ко сну клиентам полезно записать их тревоги в рабочую тетрадь или блокнот. Это похоже на практику “время для тревоги”,

используемую при генерализованном тревожном расстройстве (глава 14 “Тревожные расстройства”). Писать нужно о том, как прошел день, о проблемах и вопросах, с которыми люди сталкиваются, а также о том, что может возникнуть в будущем и вызвать тревожность. В рабочей тетради также должны быть идеи по решению этих проблем. Этот процесс часто помогает людям отложить свои тревоги до утра.

Если тревожные мысли возникнут ночью, человек может подумать: *“Я уже справился с этим сегодня и подумаю об этом завтра”*.

Можно также держать рядом с кроватью листок бумаги, чтобы записывать все возникающие новые мысли, с которыми можно разобраться утром.

Оценка вредных мыслей

Когнитивные стратегии для улучшения сна включают в себя поиск неадаптивных стилей мышления и записывание мыслей для выявления и преодоления негативных убеждений о сне (рис. 13.2). Также полезно выявить любые вредные стили мышления, такие как катастрофическое мышление, нереалистичные ожидания и мышление по принципу “все или ничего”.

Негативные мысли о сне	Сбалансированные, альтернативные мысли
Я не сомкнул глаз всю ночь.	Я все-таки поспал, если верить дневнику сна, даже если не так долго, как мне бы хотелось.
Я не могу работать без по крайней мере восьми часов сна.	Многие месяцы я справлялся без сна. Возможно, мне нужно не так много спать, как я думал.
Я должен хорошо спать каждую ночь как нормальный человек. Но, у меня с этим проблема!	Многие люди борются с бессонницей время от времени. Я смогу выспаться, попрактиковавшись.
Я никогда не смогу хорошо спать. Я не могу это контролировать.	Бессонницу можно победить. Если я перестану так сильно волноваться и сосредоточусь на позитивных решениях, я преодолею ее.
Если я не выплусь, то испорчу свою презентацию и потеряю работу.	Я справлюсь с этим, даже если буду уставшим. Я все равно смогу отдохнуть и расслабиться в постели, даже если не смогу заснуть.

Рис. 13.2. Рефрейминг негативных мыслей о сне

Решение проблем

Стратегии преодоления проблем помогут уменьшить тревожность и снизить стресс, связанный с определенными жизненными событиями и трудностями (см. главу 9 “Преодоление преград: проблемно ориентированный подход”).

Медитация и релаксация

Расслабляющие и приятные занятия улучшают сон, успокаивая тело и разум. Это может быть чтение книги, принятие ванны или прослушивание расслабляющей музыки. Полезны легкие физические упражнения, йога или растяжка. Ежедневная практика релаксации или техники контролируемого дыхания также могут помочь.

Техника осознанности поможет справиться с напряженным или активным мыслительным процессом в ночное время. Вместо того чтобы погружаться в мысли, заставляющие вас чувствовать себя расстроенным и напряженным, примените техники осознанности, чтобы отпустить мысли и наблюдать, как они проплывают в сознании, разрешая им пройти и исчезнуть. Это позволяет отстраниться от мыслей и способствует успокоению ума без проблем и напряжения. Практика осознанности также поможет людям справиться с тревожными или неприятными физическими симптомами, такими как боль, что тоже может мешать сну. Более подробно о практике осознанности читайте в главе 11 “Осознанность и принятие”.

Ключевые моменты

Краткое описание когнитивно-поведенческой модели лечения бессонницы.

Мысли	Чувства
Озабоченность и беспокойство по поводу недостатка сна.	Тревога и беспокойство.
Катастрофизация последствий недосыпания.	Раздражительность, гнев, разочарование, чувство вины.
Я никогда не смогу заснуть — я не справлюсь без восьми часов сна ежедневно.	Плохое настроение и депрессия.
Если я не буду спать, у меня будет срыв.	

<p>Поведение</p> <p>Плохая подготовка ко сну; ложиться спать, не имея желания.</p> <p>Стимулирующие занятия в постели (чтение, просмотр телевизора).</p> <p>Дневной сон или поздний подъем.</p> <p>Лежать в постели долгое время, когда не спится.</p> <p>Постоянно проверять время.</p>	<p>Физические симптомы и медикаменты</p> <p>Недостаток сна вызывает усталость, боли в мышцах, сонливость и трудности с концентрацией внимания.</p> <p>Телесные проявления, такие как боль или одышка, мешают сну.</p> <p>Кофеин, алкоголь и многие медикаменты затрудняют сон.</p>
---	---

Факторы окружающей среды

Стрессовые жизненные события могут спровоцировать трудности со сном.

- Физические факторы окружающей среды, такие как неудобная кровать, жара или холод, слишком много шума или света, могут мешать сну.
- Тщательно оцените состояние клиентов, обратившихся с бессонницей, чтобы исключить основные причины, как депрессию или соматические заболевания, которые, возможно, необходимо лечить в первую очередь.
- Попросите человека привести конкретный недавний пример, когда у него были проблемы со сном. Затем определите ключевые мысли и поведение, которые могут способствовать возникновению проблемы.
- Попросите клиента заполнять дневник сна после как минимум четырех ночей, чтобы лучше понять режим. Часто это позволяет четко определить полезные стратегии для внесения изменений.
- Полезные подходы для избавления от бессонницы:
 - "гигиена сна" с регулярным расслабляющим режимом;
 - увеличение дневной физической нагрузки и сокращение количества сна;
 - контроль стимулов: ложитесь спать, только когда хочется, и вставайте, если не заснули в течение 15–20 минут;
 - ограничение сна: стремитесь спать не больше того количества часов, которое вы спите в настоящее время, и постепенно увеличивайте этот показатель;
 - справляйтесь с тревожными мыслями, ежедневно их записывая;
 - релаксация и осознанность.

Тревожные расстройства

Тревожность — неприятное эмоциональное состояние, связанное со страхом и гнетущими физическими симптомами. Это нормальная и адекватная реакция на стресс, но тревожность становится патологической, когда реакция экстремальна и непропорциональна тяжести стресса. В этой главе представлен обзор нескольких тревожных расстройств, в том числе панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной тревожности и обсессивно-компульсивного расстройства.

Паническое расстройство

Данное расстройство встречается довольно часто: каждый десятый житель планеты в какой-то момент своей жизни испытывает приступ паники. Важно исключить другие причины панических симптомов, такие как избыток кофеина, амфетаминов или гипертиреоз.

Модель КПТ рассматривает панические атаки как *катастрофические неправильные интерпретации нормальных телесных проявлений* [Beck et al., 1985; Clark, 1986]. Человек переживает безобидные, часто связанные с тревожностью, симптомы и неверно интерпретирует их как признаки надвигающейся катастрофы, например, сердечного приступа, удушья или сумасшествия. Тревога, развивающаяся в ответ на эти страхи, приводит к появлению новых симптомов, усугубляющих тревожность человека и образующих негативный цикл.

Основные характеристики панических атак:

- они возникают внезапно и быстро;
- связаны с сильным страхом и тревогой;
- самые сильные ощущения паники кратковременны (хотя человек может чувствовать меньшую тревогу некоторое время после того, как самые сильные ощущения прошли).

Мысли и когнитивные факторы при панике

При тревожных расстройствах у людей возникают катастрофические мысли, когда они переоценивают риск того, что произойдет что-то плохое, и концентрируются на наихудшем возможном исходе событий. Они также склонны недооценивать свою способность справиться с ситуацией, если событие, которого они опасаются, все-таки произойдет.

Во время панической атаки люди обычно боятся, что в ближайшем будущем случится нечто ужасное. При панических атаках появляются такие мысли.

- У меня сердечный приступ или инсульт.*
- Я задохнусь или подавлюсь.*
- Я потеряю сознание или упаду в обморок.*
- У меня не будет контроля.*
- Я сойду с ума или лишусь рассудка.*
- Я выставлю себя полным дураком.*

От теории к практике... Попросите клиента привести недавний пример панической атаки. Попытайтесь выяснить, чего он боялся в этот момент, спросив его следующее.

Какие мысли проносились у вас в голове, когда вы почувствовали тревогу?

Что, по вашему мнению, с вами происходило?

Какие симптомы вы заметили? Как вы думаете, чем они могут быть вызваны?

Что самое страшное может произойти?

Выявив конкретные страхи, вы сможете более эффективно разъяснить клиенту происходящее, подбодрив человека. Это также дает возможность впоследствии проверить убеждения с помощью записей мыслей или поведенческих экспериментов.

Ощущения

Самые распространенные ощущения при паническом расстройстве — сильная тревога и страх. Обычно они возникают внезапно и, как правило, относительно кратковременны. Ощущения крайне неприятные, доставляющие дискомфорт.

Случай из практики 14.1. Определение мыслей, связанных с тревожностью

Последние шесть месяцев Линда испытывает приступы паники и избегает оживленных магазинов и супермаркетов из-за своей тревоги. В следующем диалоге лечащий врач Линды выясняет ее мысли и страхи.

Врач. Вы чувствуете тревожность при мысли о походе в супермаркет. Что в этой ситуации вызывает у вас такое волнение?

Линда. Ну, я могу не справиться с этим.

Врач. Когда вы говорите "могу не справиться", что вы имеете в виду?

Линда. Я могу сильно разволноваться.

Врач. Что самое страшное тогда случится?

Линда. Я выставлю себя посмешищем перед всеми.

Врач. Что вы имеете в виду под "выставить себя посмешищем"? Что вы сделаете?

Линда. Если у меня случится приступ паники, мне будет очень стыдно.

Врач. Что, по вашему мнению, может произойти во время панической атаки, что может означать, что вы выставили себя посмешищем?

Линда. Во время приступа у меня путаются мысли, они быстро меняются. Я боюсь, что могу нести окружающим полную чушь. Я могу потерять контроль над собой и устроить такую сцену, что люди подумают, что я совсем спятила. Боюсь, что меня могут забрать в психиатрическую больницу.

Врач. Это выглядит довольно страшно.

Линда. Да, это действительно страшно.

Врач. Мне жаль это слышать. Хорошая новость в том, что, хотя тревога очень неприятна, она не ведет к сумасшествию. Возможно, мы сможем поговорить о ваших страхах и попытаться сделать этот образ менее пугающим.

Линда. Это было бы огромным облегчением.

Физические симптомы

Телесная реакция на тревогу и панику отражает основывающийся на адреналине ответ симпатической нервной системы на страх. Это приводит к широкому спектру сильных и часто неприятных телесных проявлений, включающих:

- сердцебиение и учащенное сердцебиение;
- учащенное дыхание (гипервентиляция), ощущение нехватки воздуха;
- боль в груди;
- першение в горле, чувство удушья;
- желудочно-кишечные симптомы: тошнота, боли в животе;
- чувство слабости, головокружение или неустойчивость; дрожь;
- онемение и покалывание в пальцах рук, ног и губ;
- головная боль, боль в спине;
- потливость и приливы жара;
- трудности с концентрацией внимания; ощущение нереальности.

Роль поведения

Во время панической атаки люди твердо убеждены, что им угрожает серьезная, неотвратимая опасность. Поэтому их поведенческие реакции, описанные ниже, обычно направлены на предотвращение этой опасности.

Избегание

Клиенты с паническим расстройством склонны избегать ситуаций, которые ассоциируются у них с тревогой, например, оживленных магазинов, замкнутых пространств или публичных выступлений. Это может привести к серьезным ограничениям в жизни человека и к длительной потере уверенности в его способности справляться со стрессовыми ситуациями, а также к усилению тревоги с течением времени.

Бегство из "опасных" ситуаций

Люди обычно реагируют на растущее чувство тревоги *бегством* из провоцирующих тревогу ситуаций.

Безопасное поведение

Такое поведение представляет собой действия, которые тревожные люди предпринимают в попытке защитить себя от определенных последствий, которых они опасаются (заметка 14.1). Это поведение не позволяет человеку понять, что катастрофа, которой он боится, скорее всего, никогда не произойдет. Вместо этого человек думает, что его

поведенческая реакция помогла обезопасить его (*если бы я не вышел из комнаты в тот момент, я бы точно потерял контроль...*). Если человек останется лицом к лицу с пугающей ситуацией, он может узнать, что никакого вреда ему не последовало бы, и сможет развить уверенность в том, что способен совладать с обстоятельствами, не соблюдая никаких особых мер предосторожности.

Заметка 14.1. Виды безопасного поведения при панических атаках

Ощущения	Неправильная интерпретация/мысли	Поведение
Учащенное сердцебиение. Сдавленность в груди. Потливость.	<i>Я умираю. У меня сердечный приступ.</i>	Сядьте, избегайте физической нагрузки. Примите лекарства (например, бета-блокаторы). Попытайтесь замедлить сердечный ритм. Вызовите скорую помощь или обратитесь к врачу
Одышка	<i>Сейчас я задохнусь. Не могу дышать. Я задыхаюсь.</i>	Глубоко дышите. Сидите у открытых окон. Выходите на открытый воздух.
Дереализация. Спутанное сознание. Неспособность сосредоточиться.	<i>Я теряю контроль. Я схожу с ума. Окружающие подумают, что я сошел с ума.</i>	Старайтесь сохранять контроль над разумом. Обратите внимание на то, как выйти из толпы. Избегайте общественных мест.
Головокружение	<i>Сейчас я потеряю сознание или упаду.</i>	Сядьте. Прижмитесь к кому-нибудь. Не выходите на улицу в одиночку.

**От теории
к практике...**

Попробуйте следующим примером проиллюстрировать клиентам вредный эффект избегающего поведения.

Маленькая девочка верит, что под ее кроватью живет монстр. Она уверена, что если заглянет под кровать, то монстр выпрыгнет и съест ее. Поэтому она не заглядывает под кровать, и ее не съедают. По мнению ребенка, это доказывает, что пока она не смотрит под кровать, она в безопасности.

Как этот ребенок может узнать, что под кроватью действительно нет монстра?

Сканирование и проверка тела

Постоянный мониторинг и фокусирование внимания человека на телесных ощущениях (проверка на наличие опасности) повышает его осведомленность о нормальных ощущениях в теле, которые затем интерпретируются негативно и могут запустить цикл паники.

**От теории
к практике...**

Используйте следующий эксперимент, чтобы объяснить людям вредный эффект концентрации внимания на телесных проявлениях.

Попросите клиента на несколько минут обратить внимание на его левую ногу, замечать любые ощущения, в том числе температуру, боль, ломоту или любые другие физические симптомы.

Спросите клиента: *"Какие ощущения вы отметили? Какое влияние оказывает поиск телесных ощущений?"*

Большинство людей обнаруживают, что как только они начинают искать физические симптомы, они начинают их осознавать. Обычные ощущения включают покалывание, тяжесть или дискомфорт.

Если эти ощущения нас не беспокоят, то их обнаружение вряд ли приведет к тревоге.

Но представьте себе, что вы заметили покалывание в ноге и подумали: *"Это, наверное, означает, что у меня инсульт"*. Вполне вероятно, что это приведет к тревоге, которая может усугубиться нормальной физиологической реакцией на страх, такой как гипервентиляция легких, что еще больше усилит ощущения покалывания или головокружения и укрепит страх перед инсультом.

Триггеры панических атак

Паническая атака обычно возникает после определенного триггера, который может включать в себя:

- вызывающие тревогу мысли или образы;
- беспокойство по поводу потенциально стрессовой ситуации;
- боязнь физических симптомов, связанных с незначительным заболеванием;
- действие наркотиков, а также алкоголя или кофеина;
- физическая нагрузка, вызывающая изменения частоты сердечных сокращений и дыхания.

После того, как клиент пережил паническую атаку, у него может развиваться беспокойство о возможности повторного приступа. Паника по поводу паники приводит к негативному циклу усиления тревоги и беспокойства.

Негативные циклы

Негативные циклы панического расстройства показаны на рис. 14.1.

Объяснения, укрепляющие уверенность

Пояснения тревоги

Первый шаг в первичной медицинской помощи — дать клиентам четкие и убедительные обоснования физических и эмоциональных симптомов, возникающих во время панических атак. Вы должны признать, что симптомы клиента реальны, вызывают сильное беспокойство и объяснить, что они — нормальная физиологическая реакция на пугающие мысли и ситуации, а не следствие потенциально опасного для жизни состояния.

Объяснение реакции "бей или беги"

Тревожные реакции развивались миллионы лет, чтобы защитить нас от физической опасности как часть механизма "бей или беги", они крайне полезны в нужное время и в нужном месте. Симптомы паники не признак того, что что-то идет не так. Они указывают на то, что организм делает все необходимое, чтобы подготовиться к предполагаемой угрозе (заметка 14.2).

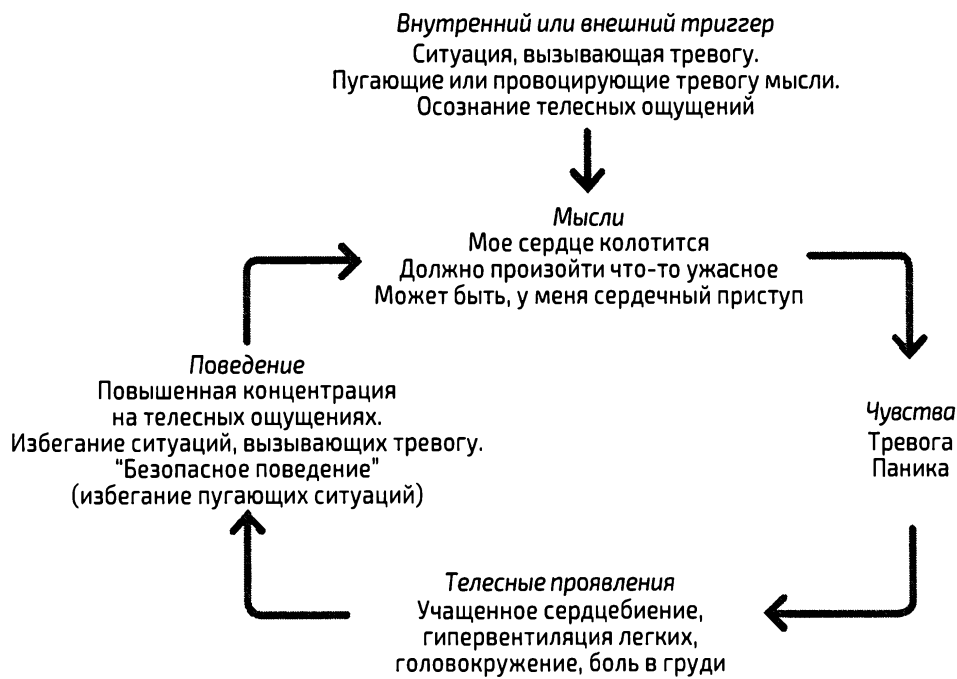


Рис. 14.1. КПМ при панике — негативные циклы

Проблемы возникают, когда реакция страха появляется в неподходящее время или сохраняется дольше, чем нужно. В современном мире люди редко сталкиваются с физической угрозой, поэтому физическое приготовление организма может быть лишним во многих обстоятельствах, но оно *не* опасно.

Заметка 14.2. Объяснение физических симптомов с помощью реакции “бей или беги”

Телесное проявление	Объяснение
Учащенное сердцебиение, palpitation.	Сердце бьется быстрее, чтобы доставить кислород по всему телу для обеспечения его энергией, которая помогает мышцам реализовать необходимое действие человека: бороться или бежать, спасаясь от опасности. Это необходимо для того, чтобы мы не потеряли сознание или не упали в обморок при столкновении с опасной ситуацией.

Телесное проявление	Объяснение
Сжатие грудной клетки, ощущение нехватки воздуха.	<p>При тревоге мы дышим быстрее и глубже, чтобы кислород эффективнее доставлялся в организм. В результате чрезмерного дыхания или гипервентиляции легких мышцы грудной клетки напрягаются. Однако в организме достаточно кислорода, поэтому риска удушья нет.</p> <p><i>Поведенческий эксперимент:</i> попросите клиента сделать глубокий вдох, а затем сразу же еще один. Обратите внимание, как это ведет к стеснению и дискомфорту в груди.</p>
Боль в груди.	<p>Из-за того, что мы глубоко дышим или активно движемся, мышцы груди могут болеть, как и любые другие мышцы тела. Поскольку мышцы груди очень чувствительны, эта боль может быть довольно сильной, но она не признак серьезной медицинской проблемы.</p>
Сухость во рту, затрудненное глотание, ощущение удушья.	<p>При тревоге у нас обычно возникает сухость во рту, что может затруднить глотание и привести к неприятным ощущениям, когда кажется, будто мы подавились, хотя на самом деле это не так.</p> <p><i>Поведенческий эксперимент:</i> попросите клиента быстро сглотнуть пять раз подряд и обратите внимание на возникающие ощущения. Попробуйте сделать это сами.</p>
Помутнение сознания и головокружение.	<p>Когда мы быстро дышим, волнуясь, это меняет уровень углекислого газа в крови, что может вызвать головокружение и помутнение сознания. Однако вероятность того, что вы потеряете сознание или упадете в обморок, очень мала, поскольку во время панической атаки кровяное давление обычно повышается.</p>

Телесное проявление	Объяснение
Боль в шее/спине и мышечная дрожь.	Мышцы напрягаются, готовясь быстро перейти к действиям, что ведет к мышечным болям, спазмам и дрожи. <i>Поведенческий эксперимент:</i> попросите клиента напрячь руку на минуту. Обратите внимание на возникающую боль и дрожь.
Трудности с концентрацией внимания, нарушения памяти, путаница в мыслях.	Во время панической атаки разум запрограммирован на постоянную готовность к опасности. Из-за этого очень трудно сосредоточиться на чем-то одном, и может показаться, что у вас нарушения памяти.

Тревожность не опасна

Часто люди хотят полностью избавиться от тревожности, чтобы чувствовать себя лучше. Однако это нереально и может укрепить глубинное убеждение, будто тревожность опасна и ее следует избегать любой ценой. Более полезно стремиться к тому, чтобы меньше беспокоиться о тревоге, когда она возникает. В этом есть дополнительное преимущество: ослабление неприятных симптомов тревожности за счет разрыва негативных циклов, зачастую поддерживающих и усугубляющих волнение.

Когнитивные стратегии для купирования панических атак

На разных стадиях панической атаки полезны различные стратегии. В разгар паники трудно мыслить ясно или рационально, в этот момент трудно применять методы когнитивной реструктуризации. Клиенту необходимы такие стратегии, как отвлечение и контролируемое дыхание, чтобы снизить тревожность до более управляемого уровня, прежде чем человек сможет рационально оценить степень опасности.

Отвлечение внимания

Это простой способ ослабить влияние тревожных мыслей и чувств. К полезным приемам относятся разгадывание простых головоломок, счет в уме или мысленное повторение слов песни (см. главу 6

“Преодоление негативных мыслей”). Хотя отвлечение внимания — полезная краткосрочной стратегия для преодоления тревоги, оно не помогает клиенту бросить вызов и победить негативные мысли и страхи. Существует риск, что клиенты начнут использовать отвлечение как безопасное поведение, чтобы избежать столкновения со своими страхами.

Помощь клиентам в восприятии паники как менее опасного состояния

Важно подчеркнуть, что панические атаки очень неприятны, но на самом деле не опасны и со временем всегда проходят.

От теории к практике...

Попросите клиента подсчитать, сколько панических атак он пережил. Будьте точны, подсчитайте среднее количество в день или неделю за месяцы или годы. Общее число может составить несколько сотен. Затем спросите клиента.

Был ли у вас когда-нибудь сердечный приступ или случай сумасшествия?

Несмотря на то, что вы пережили более двухсот панических атак, никогда не случалось ничего такого, чего бы вы действительно боялись. Что вы думаете по этому поводу?

Не забудьте подчеркнуть тот факт, что чувство тревоги всегда проходит. Если клиент подождет достаточно долго, ему станет легче. Людям полезно напоминать себе об этом во время приступов тревоги.

Поиск доказательств для альтернативных точек зрения

Ключевая стратегия в лечении панического расстройства — переосмысление негативных мыслей, лежащих в основе чувства тревоги и паники (*то, что я думаю, будто у меня сердечный приступ, не делает это реальным*). Это помогает уменьшить тревогу и снизить вероятность того, что страх перерастет в паническую атаку.

Полезно искать письменные доказательства за и против наиболее пугающих мыслей. Клиенты могут записать эти доказательства и носить их с собой в качестве “напоминания”, которое можно перечитывать всякий раз, почувствовав тревогу.

Случай из практики 14.2. Рефрейминг пугающих мыслей

Последние шесть месяцев Питер испытывает приступы паники. На пике приступов у него возникает следующая мысль: “Если я и дальше буду чувствовать себя так плохо, у меня непременно случится сердечный приступ”.

Тревожная мысль, которую нужно проверить <i>Если я и дальше буду чувствовать себя так плохо, у меня непременно случится сердечный приступ.</i>	
Доказательства “за”	Доказательства “против”
Что позволяет вам утверждать, будто эта мысль верна? Случалось ли что-нибудь, что подтвердило бы вам это? Соответствует ли какой-либо прошлый опыт этому убеждению?	Есть ли что-нибудь, что показывает, что эта мысль не совсем верна? Есть ли другие способы взглянуть на ситуацию? Является ли этот способ думать “вредным стилем мышления”? Что было бы более реалистичным?
У меня колотится сердце и я потею — так бывает во время сердечного приступа.	Для учащенного сердцебиения и потливости есть множество других причин, например, люди испытывают сильный стресс, когда их грабят или же солдаты в бою, но не у всех случаются сердечные приступы.
Когда я очень волнуюсь, у меня болит в груди — это может быть признаком нагрузки на сердце.	Реакция тревоги “бей или беги” не опасна — это нормальное реагирование на стрессовые ситуации.
Я видел телепередачу, где у очень напряженного, волнующегося человека в итоге случился сердечный приступ.	У меня было много панических атак, и ничего страшного никогда не случилось.

Доказательства "за"	Доказательства "против"
<p>От волнения у меня повышается давление — это плохо для сердца.</p> <p>Я так плохо себя чувствую во время приступа — это должно быть что-то очень серьезное.</p>	<p>Я проверял сердце у врача, и он не нашел ничего плохого.</p> <p>Паника действительно вызывает кратковременное повышение давления, но это становится проблемой, только если давление повышается постоянно; я проверял свое давление, оно в норме.</p> <p>Я чувствую себя очень плохо во время панических атак, но это не значит, что у меня сердечный приступ; люди могут чувствовать себя плохо, даже когда опасности нет.</p>
<p>Альтернативная/сбалансированная мысль взамен "горячей"</p> <p>Напишите альтернативную или сбалансированную мысль, учитывающую доказательства за и против. Постарайтесь быть справедливым и реалистичным.</p> <p><i>Симптомы, которые я испытываю во время панической атаки, лучше объяснить тревогой, нежели сердечным приступом. Они очень неприятны, но не опасны и не могут причинить мне вреда.</i></p>	

Изменение поведения

Полезные методы изменения поведения для лечения панического расстройства включают в себя избавление от вредных реакций, таких как избегание или защитное поведение. Вы можете предложить клиентам спланировать поведенческий эксперимент, чтобы выяснить, что произойдет, когда человек лицом к лицу встретится со своими страхами или перестанет использовать защитное поведение.

Избавление от избегающего поведения

Люди могут постепенно избавиться от избегающего поведения с помощью четкой тренировки. Для этого существует несколько этапов [Kennerley, 1997].

1. Составьте список ситуаций, которых клиент избегает или которые вызывают у него тревогу. Определите широкий круг обстоятельств, включая не слишком сложные или пугающие.
2. Попросите клиента расположить ситуации в порядке возрастания их сложности.
3. Выберите первую в качестве цели, которой клиент должен достичь; если ситуация все еще кажется непреодолимой, попробуйте разбить ее на меньшие этапы.
4. Запланируйте стратегии преодоления любых проблем или тревоги, которые могут возникнуть. Они могут включать в себя отвлечение внимания, контролируемое дыхание или практики релаксации.
5. Пусть клиент попробует выполнить задание. Он должен повторить его несколько раз, пока оно не перестанет казаться ему трудным или вызывающим тревогу.

Первый шаг — выполнить задачу, *несмотря на чувство тревоги*. Если повторить практику несколько раз, то в долгосрочной перспективе тревожность естественным образом уменьшится. Некоторым клиентам полезно в воображении проработать особенно пугающие ситуации, прежде чем действовать в реальной жизни: это визуализация успешного преодоления трудностей, в том числе воображаемое использование конкретных стратегий преодоления страха.

Случай из практики 14.3. Поэтапное преодоление агорафобии

Страдающая от агорафобии Берил переживает тревогу и приступы паники вдали от дома, особенно в оживленных местах. Берил и ее лечащий врач вместе составили следующий список ситуаций, вызывающих тревожность, начиная с наименее трудных.

1. Сходить в магазин у дома вместе с мужем в спокойное время дня.
2. Зайти в магазин, муж будет ждать на улице.
3. Пойти в местный магазин одной в спокойное время дня.
4. Сходить в магазин в оживленное время, покупая только один или два товара.

5. Пойти в магазин в оживленные часы и провести там больше времени в поиске нескольких товаров.
6. Сходить в мини-маркет вместе с мужем.
7. Пойти в мини-маркет одной в спокойное время дня.
8. Сходить в мини-маркет одной в оживленное время дня.
9. Сходить в супермаркет в спокойное время дня.
10. Пойти в супермаркет в оживленное время.

Поведенческие эксперименты для вызывания пугающих физических симптомов

Чтобы вызвать пугающие клиента телесные ощущения, можно использовать поведенческие эксперименты, которые позволят человеку узнать, что эти симптомы не обязательно указывают на надвигающуюся катастрофу.

Гипервентиляция легких: глубокое и быстрое дыхание в течение нескольких минут вызывает широкий спектр ощущений, часто схожих с теми, что переживаются во время паники. После проведения эксперимента используйте побуждающие вопросы, чтобы сподвигнуть клиента поразмышлять об этом.

- Были ли эти симптомы похожи на те, что возникают во время паники? Что вы думаете о том, что их можно вызвать, быстро дыша несколько минут?
- Как это влияет на мысль о том, что такие симптомы означают сердечный приступ? Можно ли таким образом вызвать сердечный приступ?
- Как скоро исчезли симптомы после того, как вы перестали быстро дышать? Что вы думаете по этому поводу?

Противопоказаниями к поведенческому эксперименту с гипервентиляцией легких являются проблемы с сердцем, высокое кровяное давление, беременность и астма/хроническая обструктивная болезнь легких.

Задания на физическую активность: некоторые клиенты избегают упражнений из-за опасений, что связанное с ними учащенное сердцебиение или потоотделение может быть опасным. Чтобы побороть эти убеждения, можно предложить клиенту сбегать по ступенькам, попрыгать, пройтись бодрым шагом или пробежаться трусцой.

Боль в груди: попросите клиента сделать глубокий вдох, а затем еще один. Это часто вызывает дискомфорт в груди и поддерживает объяснение, что боль в груди связана с чрезмерной нагрузкой на грудные мышцы во время панической атаки.

Физические стратегии для ослабления паники

Релаксационные тренировки помогут клиентам снизить фоновый уровень стресса и мышечного напряжения, что может уменьшить вероятность развития панических атак. Это может быть йога, прогрессивная мышечная релаксация или медитация.

Техники контролируемого дыхания помогут избежать гипервентиляции легких во время панической атаки. Эта техника требует практики в то время, когда люди чувствуют себя спокойно и расслабленно, прежде чем они смогут эффективно использовать ее в моменты панических атак.

От теории к практике...

Практика контролируемого дыхания: попросите клиента сделать медленный глубокий вдох, при этом мысленно считая до четырех. Затем ему следует задержать дыхание, снова считая до четырех. Затем медленно выдохнуть, считая до четырех.

И наконец, задержать дыхание на выдохе и снова сосчитать до четырех:

Вдох	1...2...3...4...
Задержать	1...2...3...4...
Выдох	1...2...3...4...
Задержать	1...2...3...4...

Это упражнение следует повторять, пока клиент не почувствует себя более расслабленным и спокойным. В идеале он должен практиковать эту технику в течение *четырёх минут*, выполняя ее *четыре раза ежедневно*.

Заметка 14.3. Стратегии самопомощи для управления паническими реакциями

Напомните себе, что чувство паники — *нормальное телесное ощущение*, связанное с тревогой, и оно не вредно. Перечитайте свое "напоминание" с альтернативными полезными способами обдумать ситуацию.

Помните, что тревога, хоть и крайне неприятна, *на самом деле не опасна*. Это механизм, который развивался на протяжении миллионов лет, чтобы *защитить нас*, помогая справиться с физической угрозой.

Постарайтесь не избегать. Вместо этого постарайтесь принять то, что с вами происходит. Если вы подождете достаточно долго, страх пройдет. Это уменьшит вероятность его появления в будущем.

Используйте такие стратегии преодоления, как отвлечение внимания или контролируемое дыхание, чтобы уменьшить неприятные симптомы тревоги.

Помните, что пугающие мысли — всего лишь *мысли*, они не обязательно правдивы или точны. Если вам что-то *кажется правдой*, это не значит, что так оно и есть.

Постарайтесь найти более полезные и реалистичные способы взглянуть на мысли, усиливающие вашу тревожность.

Когда вам станет легче, вспомните, что вызвало панику. Какие тревожные мысли возникали у вас в тот момент?

В спокойном состоянии постарайтесь найти более сбалансированный или альтернативный способ взглянуть на ситуацию, который, возможно, с меньшей вероятностью заставит вас паниковать в будущем.

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) подразумевает постоянную “устойчивую” тревожность, возникающую в самых разных ситуациях. Тревога и беспокойство доставляют много проблем и сильно вредят ежедневному образу жизни, нарушая работу, отношения, хобби и социальную активность человека. Часто это проблема, длящаяся годами, но, прежде чем будет поставлен диагноз, симптомы должны присутствовать большинство дней в течение как минимум шести месяцев.

Типичные признаки ГТР

Мысли

Клиенты с ГТР много времени проводят, беспокоясь. Им трудно контролировать тревожные мысли, которые, словно заезженная пластинка, крутятся в голове. Как правило, это множество катастрофических

идей и мыслей по типу “что если случится самое худшее?”. Уровень беспокойства непропорционален риску того, что проблема действительно возникнет.

Люди с ГТР часто боятся собственных тревожных мыслей и чувств. Это “тревога о тревожности” усиливает беспокойство и страх, образуя негативный цикл.

Не могу контролировать тревожность. Я сойду с ума от тревоги. Из-за всех этих переживаний я заболею или умру.

В некоторых случаях люди также могут придерживаться позитивных убеждений относительно тревожности как защитной или полезной стратегии преодоления трудностей.

Тревожность помогает мне избегать проблем или предотвратить плохие события. Она помогает мне подготовиться и получить мотивацию.

Однако при ГТР тревога не приносит пользы, поскольку предполагает концентрацию на худших сценариях, а не на стратегиях их преодоления. Она отвлекает людей от решения проблем, а не помогает их решить.

Чувства

Клиенты с ГТР, будучи в состоянии хронической тревоги и стресса, бывают раздражительными и легко выходят из себя. Из-за этого у них также может ухудшиться настроение и развиваться депрессия.

Телесные проявления

Клиенты с ГТР часто чувствуют себя возбужденными, нервными, беспокойными, им трудно фокусировать внимание. Они также могут переживать широкий спектр других физических симптомов, в том числе мышечные боли и напряжение, желудочно-кишечные симптомы, у них встречаются проблемы со сном, учащенное сердцебиение и потливость. Клиенты с физическими симптомами тревоги часто обращаются к врачам общей практики, поэтому важно специально спрашивать о тревожности людей, приходящих на прием с симптомами, потенциально связанными с тревогой.

Поведение

Типичное поведение при ГТР включает в себя избегание ситуаций, способных спровоцировать тревогу. Это означает, что люди зачастую уходят от возможных проблем или игнорируют их преодоление, что усиливает их убежденность в неспособности справиться с трудностями, приводит к потере уверенности в себе и с течением времени к усилению тревоги.

Случай из практики 14.4. Генерализованное тревожное расстройство

Клэр — 52-летняя домохозяйка, замужем, имеет взрослого сына. Она пришла на прием к врачу-терапевту с мышечными болями, трудностями со сном и учащенным сердцебиением. Все ее анализы в норме. Во время приема она часто выглядит встревоженной.

Когда врач расспрашивает Клэр о симптомах тревоги, то обнаруживает, что ее беспокоит множество различных вопросов. Она постоянно волнуется о сыне и муже и звонит им по многу раз в день. Она также переживает о своем здоровье: *“Я всегда представляю себе самое худшее”*. Тревожность сильно сказывается на жизни Клэр, она почти не выходит на улицу и не встречается с друзьями. Она не может заснуть, так как в ее голове постоянно крутятся разные тревожные мысли.

Подходы КПТ к ГТР

Время для тревоги

Стратегия сокращения времени, затрачиваемого на тревогу, заключается в планировании определенного “времени для тревоги” (скажем, 30 минут) каждый день. Если в течение дня клиент чувствует тревожность или начинает волноваться, он может кратко записать свои тревоги в рабочую тетрадь (не более 3-4 слов) и сказать себе: *“Я подумаю об этом позже, во «время для тревоги»”*. Затем человек продолжает заниматься повседневными делами или, если необходимо, отвлекается на специально выбранную деятельность.

В период “времени для тревоги” человек обдумывает все свои тревожные мысли и заботы за день. Если в этот момент он не чувствует тревоги, значит, ему не нужно беспокоиться! Также полезно запланировать приятное или отвлекающее занятие, которым можно заняться после окончания “времени для тревоги”.

Работа с мыслями “что если”

Мысли типа “*что если*” — о том, что вот-вот произойдет нечто ужасное, — часто встречаются при ГТР. В этом случае первый шаг — определение конкретных результатов, которых человек опасается и которые прогнозирует. Это поможет тревожному клиенту:

- понять, что его страхи преувеличены и вряд ли произойдут;
- найти способы предотвратить худший исход;
- спланировать, как справиться с трудностями, если они все-таки возникнут.

Вместо того, чтобы успокаивать клиентов, что худшее никогда не случится, полезнее для них укреплять их уверенность в том, что они справятся с трудностями, планируя, как они могли бы вести себя, если бы ситуации, которых они опасаются, действительно возникли.

Заметка 14.4. Работа с ситуациями, вызывающими опасения

- Как бы вы справились, если бы это действительно произошло?
- Какие ваши навыки помогут вам справиться с этой ситуацией?
- Какой прошлый опыт поможет вам справиться с этим?
- Какую помощь, совет или поддержку вы могли бы получить от других людей?
- Какую полезную информацию вы можете найти, которая поможет вам справиться с этой ситуацией?

Еще один способ справиться с мыслями “*что если*” — составить план действий на случай возникновения определенных ситуаций.

Случай из практики 14.5. Поиск стратегий преодоления мыслей “что если...”

Студентка Габриэлла (25 лет) очень переживает из-за множества различных проблем в своей жизни, в том числе у нее полно катастрофических идей и мыслей типа “*что если*”. Особенно ее беспокоит собеседование по поводу работы, которое состоится на следующей неделе. Лечащий врач помогает Габриэлле определить стратегии преодоления мыслей “*что если*”, используя вопросы из заметки 14.4.

Мысли и опасения "что если"	Стратегии преодоления предполагаемых ситуаций
Что если во время собеседования я испытаю замешательство?	Я могу сделать глубокий вдох и сказать интервьюерам, что нервничаю и мне нужно время, чтобы собраться с мыслями, а затем попросить их повторить вопрос.
Что если они зададут мне вопрос, а я не смогу ответить?	Я могу попрактиковаться в проведении интервью с моей подругой Клэр. Прочитаю о возможных вопросах, которые задают на собеседовании. Если я действительно не знаю ответа, то могу сказать об этом — и мне помогут.
Что если я скажу что-то очень глупое?	Я могу сказать интервьюеру: "Мне кажется, я не очень правильно выразилась, я имела в виду...". В любом случае, невозможно быть "идеальной" и всегда говорить правильные вещи.
Что если интервьюеры будут слишком агрессивны?	Постараюсь не воспринимать их слишком серьезно. Я просто буду отвечать на вопросы как можно лучше. Возможно, я даже не захочу работать в офисе, где люди агрессивны.
Что если я уроню что-нибудь на свою красивую одежду перед собеседованием?	Я позавтракаю перед уходом, а затем не буду есть ничего, что могло бы испачкать мой костюм, когда я выйду из дома. Я также могу взять влажную салфетку, чтобы вытереть все, что пролью.
Что, если я не получу эту работу?	Я могу рассматривать это собеседование как хорошую практику для другой работы. Я продолжу подавать заявления, пока не найду подходящую работу.

Преодоление избегания

Преодоление избегающего поведения следует планировать как серию поэтапных шагов, позволяющих клиенту укрепить уверенность в своей способности справляться с вызывающими тревогу обстоятельствами.

Формирование более позитивных убеждений относительно тревоги

Полезно поискать доказательств за и против любых убеждений, которых придерживается клиент относительно тревоги, а затем найти более сбалансированные альтернативные стили мышления.

Заметка 14.5. Вопросы для преодоления вредных убеждений о тревогах

- Почему вы думаете, что тревожность нельзя контролировать?
- Прекращали ли вы волноваться, потому что вас что-то прервало или отвлекло (например, телефонный звонок или кто-то позвонил в дверь)?
- Почему вы думаете, что тревожиться опасно?
- Случалось ли вам когда-нибудь (сойти с ума, получить сердечный приступ...), когда вы тревожились?
- Сходят ли с ума все люди с очень напряженной работой из-за своих проблем?
- Как тревожность помогает вам решать проблемы или предотвращать плохие события?
- Есть ли способ справиться с проблемами, не тревожась?

Осознанность, расслабление и физические упражнения

Релаксация, медитация и регулярные физические упражнения полезны при лечении ГТР. Осознанность позволяет людям принять более отстраненную или неосуждающую точку зрения на тревожные мысли, вместо того чтобы “зацепиться” или “увлечься” своими переживаниями.

Социальная тревожность

Люди с социальной тревожностью боятся замешательства или унижения и переживают, что другие думают о них плохо либо негативно их оценивают. Ситуации, вызывающие тревогу у такого человека, включают в себя разговоры с незнакомыми людьми или группами, действия в присутствии других, такие как прием пищи или выступление, посещение собраний, занятий, магазинов или общественных мероприятий. В то время как некоторая степень тревожности перед важным собеседованием или первым свиданием — нормальное явление, тревога, возникающая при социальном тревожном расстройстве, более сильная

и тяжелая, это крайне неприятное состояние, подрывающее способность человека взаимодействовать с другими людьми.

Случай из практики 14.6. Социальная тревожность

Аннет страдает от социальной тревожности в магазинах, ресторанах и пабах. Она ненавидит стоять в очереди в супермаркете, потому что ей кажется, что все за ней наблюдают. Она знает, что на самом деле это не так, но не может избавиться от этого ощущения и боится сделать какую-нибудь глупость и выставить себя посмешищем. Подходя к кассе, она пытается улыбнуться, но у нее пересыхает во рту, а голос дрожит.

Аннет уверена, что другие покупатели смотрят на нее и думают о том, как глупо она выглядит. Ее руки дрожат, она роняет кошелек. Деньги рассыпаются по полу. Неуверенность в себе и тревожность Аннет возрастают. Она решает больше никогда не возвращаться в супермаркет.

Типичные признаки социальной тревожности

Мысли

Клиенты с социальной тревожностью беспокоятся о том, что подумают о них другие, и боятся сказать или сделать что-то “неправильное” на публике. Социально тревожные люди придерживаются негативных убеждений относительно своих способностей в социальных ситуациях. Они склонны негативно интерпретировать мысли и действия других (“воображаемое чтение мыслей”) и предполагают, что все обращают на них пристальное внимание и критически оценивают то, что они делают и говорят. Они склонны сосредотачиваться на своих внутренних переживаниях и очень застенчивы.

Мне нечего сказать интересного. Я скучный.

Я дрожу. Все смотрят на меня. Все видят, что я волнуюсь.

Я буду заикаться/краснеть/потеряю дар речи. Я буду выглядеть очень глупо.

Чувства

Тревожность в социальных ситуациях связана с мучительными чувствами неловкости и стыда.

Телесные проявления

Клиенты с социальной тревожностью обычно испытывают ряд физических симптомов, таких как покраснение, потливость, дрожь, учащенное сердцебиение, сухость во рту и головокружение. Эти реакции затрудняют концентрацию внимания и социальное взаимодействие, снижают уверенность человека в себе и усугубляют тревогу, образуя негативный цикл.

Поведение

Типичное поведение клиентов с социальной тревожностью включает в себя избегание или уход от ситуаций, вызывающих тревогу, и защитное поведение, скажем, общение только с “безопасными” людьми, попытка остаться на заднем плане, избегание зрительного контакта, очень быстрая речь или отказ от публичных выступлений. Такое поведение ограничивает повседневную деятельность, снижает его уверенность в способности справляться с социальными ситуациями и не дает человеку понять, что его негативные мысли и прогнозы на самом деле не были точны.

Подходы КПТ к социальной тревожности

Сосредоточение внимания на внешних факторах

Социально тревожные люди проводят много времени, сосредоточившись на своих внутренних реакциях и телесных ощущениях, пытаясь оценить, насколько взволнованными они могут казаться другим. Это, как правило, усиливает тревогу, а также мешает человеку полноценно взаимодействовать и общаться с окружающими.

Напомните клиенту, что тревога зачастую гораздо менее заметна, чем человек опасается, и что окружающие часто даже не догадываются о том, насколько тревожно ему на самом деле. Полезнее направить внимание на внешние факторы и сосредоточиться на том, чтобы слушать и участвовать в разговоре, а не погружаться в собственные мысли и переживания. В заметке 14.6 приведены полезные советы по управлению социальными ситуациями.

Изменение вредных моделей мышления

Важно научить клиента выявлять и оценивать непродуктивные мысли. Это эффективная стратегия в преодолении социальной тревожности (заметка 14.7).

Цель состоит в том, чтобы определить некоторые альтернативные, сбалансированные идеи, которые помогут человеку справиться с пугающими ситуациями (заметка 14.8).

Сокращение использования избегающего поведения

Изменение поведения — ключевой шаг в преодолении социальной тревожности, он предполагает постепенное столкновение с социальными ситуациями без использования защитных моделей поведения. Если человек будет находиться в ситуации достаточно долго, его тревожность в итоге ослабнет, что повысит его уверенность в себе и даст возможность попробовать в будущем преодоление новых ситуаций. Каждый раз, когда человек будет сталкиваться с тревожными обстоятельствами, они будут переживаться все легче.

Поощряйте клиента работать с обстоятельствами по нарастающей силе их тревожности. Люди должны стараться оставаться в ситуации до тех пор, пока тревога не уменьшится по крайней мере наполовину. Это может занять 30–45 минут, хотя обычно гораздо быстрее. Каждый этап следует повторять до тех пор, пока он не перестанет вызывать значительную тревожность. Затем нужно перейти к следующей ситуации.

Развитие сострадательного внутреннего голоса

Клиентам также может быть полезно поработать над развитием более сострадательного внутреннего голоса, который будет менее негативен и самокритичен и поможет повысить самооценку и уверенность в себе (глава 18 “Низкая самооценка”).

Заметка 14.6. Советы по управлению социальными ситуациями

- Старайтесь не слишком сосредоточиваться на том, что происходит внутри вас или насколько хорошо вы себя проявляете. Вместо этого сосредоточьтесь на том, чтобы слушать и участвовать в разговоре, в который вы вовлечены.
- Помните, что окружающие могут быть гораздо менее осведомлены о том, как вы переживаете. Тревожность гораздо менее заметна, чем вы думаете.

- Другие люди не обязательно обращают внимание на то, что вы говорите или делаете. Зачастую они больше сосредоточены на себе и озабочены собственными проблемами.
- Даже если люди замечают вашу тревожность, это не значит, что они будут думать о вас плохо. Каждый иногда тревожится. Мы не обязаны вести себя идеально при каждом разговоре.
- Постарайтесь просто быть самим собой и принимать себя "как есть".

Заметка 14.7. Вопросы для изменения непродуктивного мышления при социальной тревожности

- Какие мысли или страхи возникают в этой ситуации? Приходите ли вы к наихудшим выводам или каким-либо образом "катастрофизируете"?
- Вы "читаете мысли" или предполагаете, что знаете, о чем думают другие? Какие у вас доказательства того, что они так думают? Есть ли доказательства обратного?
- Есть ли альтернативный способ взглянуть на ситуацию? Что бы сказал вам близкий друг?
- Что вы можете сделать дальше? Какие навыки или ваши сильные стороны помогут вам?

Заметка 14.8. Альтернативы негативным мыслям

Негативная мысль	Сбалансированная альтернативная мысль
<i>Волнуясь, я не могу вымолвить и слова. Я сейчас говорил очень глупо.</i>	Все иногда нервничают. Мне удалось сказать то, что я хотела. То, что я немного замешкалась, не делает меня глупой.
<i>Мое лицо стало пунцовым. Все это видят!</i>	Люди не подумают обо мне плохо из-за того, что я покраснела. Они могли даже не заметить, — возможно, их волновали собственные проблемы.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) включает в себя повторяющиеся мысли (навязчивые идеи) и компульсивное поведение (навязчивые действия). Навязчивая идея — это нежелательная, неприятная мысль, образ или побуждение, которые постоянно приходят в голову человека, вызывая тревогу. Человек интерпретирует эти мысли как указание на то, что может произойти что-то плохое и что он обязан это предотвратить. Распространенные мысли при ОКР вызывают:

- тревожность по поводу того, что человек пропустит что-то потенциально опасное, например, забудет выключить плиту или закрыть входную дверь;
- страх загрязнения, например, от прикосновения к грязной поверхности или предмету;
- чрезмерное стремление к порядку и совершенству;
- страх неконтролируемого или неуместного поведения на публике, например, сквернословия или насилия.

Чтобы справиться с тревогой, возникающей из-за этих убеждений, человек использует компульсивное безопасное поведение, включающее в себя избегание и поиск заверений. Клиенты, страдающие ОКР, обычно выполняют различные ритуалы, такие как уборка, проверка или повторение действий, а также мысленные ритуалы, как обдумывание определенных “безопасных” идей. Например, человек с навязчивыми мыслями о том, что может заразиться болезнью, может мыть руки сотни раз в день. Такое поведение мешает ему понять, что его страхи на самом деле не соответствуют действительности.

При ОКР клиенты склонны брать на себя чрезмерную ответственность за предотвращение плохих событий. Они также переоценивают риск возникновения конкретной угрозы и с трудом переносят неопределенность. “Слияние мыслей и действий” подразумевает убеждение, что простое обдумывание эквивалентно реальному действию, или что обдумывание нежелательного события повышает вероятность того, что оно произойдет. Например, если представить, что любимый человек погибает в автокатастрофе, это повышает риск того, что это действительно случится. При “слиянии мыслей и действий” клиентам с ОКР очень трудно переносить тревожные мысли.

Случай из практики 14.7. Обсессивно-компульсивное расстройство

Шан помнит, что с детства боялась микробов, беспокоилась о своем здоровье и о безопасности других людей. Она умна, но не может завершить обучение, потому что постоянно опаздывает или вообще пропускает занятия. Она встает в 6 утра и проводит следующие 3 часа, принимая душ, а затем неоднократно меняя одежду, пока не найдет “подходящей”. Она снова и снова собирает и перекладывает свои книги и, наконец, открывает входную дверь. Потом она совершает ритуал: закрывает дверь, спускается по ступенькам, затем поднимается обратно, останавливаясь на каждой ступеньке, и проверяет замок еще раз. Если она не завершит этот ритуал, то у нее появляется мысль, что кто-то может проникнуть в дом и серьезно навредить ее семье. Несмотря на то, что Шан понимает, что ее мысли и поведение “глупые”, она все равно чувствует потребность завершить ритуалы. Наконец, когда все ритуалы выполнены, ей приходится спешить в университет, и она приезжает туда к обеду.

Вмешательства КПТ при ОКР

Как правило, ОКР — сложное состояние, которое, скорее всего, требует направления к специалистам по КПТ. Вмешательства КПТ, показанные при ОКР, представлены ниже.

Экспозиционирование и предотвращение реакции

При таком вмешательстве клиент подвергается воздействию объекта или ситуации, вызывающей тревогу (например, прикасается к “загрязненному” предмету), одновременно сопротивляясь ритуальному поведению (мытью рук). Со временем воздействие приводит ко все меньшей и меньшей тревоге (“привыкание”), и клиент узнает, что результат, которого он опасается, не произойдет, даже если он не выполнит ритуал безопасного поведения.

Изменение вредных мыслей, убеждений и поведения

Чтобы выявить и оценить навязчивые мысли (*если я пожму кому-то руку, он передаст мне микробы, и я серьезно заболею*), можно их записывать, а затем придумать новую сбалансированную мысль (*пожатие руки безопасно, я вряд ли заболею из-за этого*).

Предотвращать вредные убеждения о компульсивном поведении, таком как мытье рук, можно наряду с поведенческими экспериментами для проверки влияния изменения такого поведения.

Ключевые моменты

Краткое изложение когнитивно-поведенческой модели для лечения тревожности.

<p>Мысли</p> <p>Боязнь потенциальной опасности в будущем.</p> <p>Катастрофические идеи и мысли "что если...", предсказывающие наихудший сценарий.</p> <p>Недооценка собственной способности справляться с трудностями.</p> <p><i>У меня будет сердечный приступ или инсульт.</i></p> <p><i>Я выставлю себя дураком или сойду с ума.</i></p> <p><i>Люди посчитают меня слабым или глупым.</i></p>	<p>Чувства</p> <p>Тревога и беспокойство.</p> <p>Раздражительность, гнев, разочарование, чувство вины.</p> <p>Плохое настроение и депрессия.</p>
<p>Поведение</p> <p>Избегание вызывающих тревогу ситуаций и людей.</p> <p>Защитное поведение (отдых, пребывание с "безопасными людьми").</p> <p>Компульсивное поведение (перепроверка, уборка).</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Учащенное сердцебиение.</p> <p>Гипервентиляция легких, одышка.</p> <p>Боль в груди, сухость во рту, першение в горле.</p> <p>Симптомы со стороны ЖКТ, чувство обморока или головокружение, онемение и покалывание, дрожь.</p> <p>Трудности с концентрацией внимания, ощущение помутнения рассудка.</p>

Факторы окружающей среды

- Стрессовые жизненные события могут спровоцировать тревожность и вызвать панические атаки.
- Один из наиболее важных советов по лечению тревожности в первичной медицинской помощи — предоставьте людям достоверные альтернативные объяснения симптомов, провоцирующих тревогу, таких как учащенное сердцебиение или боль в груди.

- Подчеркните, что страх — нормальная часть реакции "бей или беги", призванной помочь нам выжить перед лицом реальной угрозы. Когда опасность минует, тревожность постепенно исчезнет.
- Убедитесь, что ваши объяснения соответствуют мыслям клиента и его физическим ощущениям при тревоге.
- Ищите негативные циклы вредного мышления и деструктивного поведения, такого как избегание, бегство или защитное поведение. Спросите клиента, как он может разорвать этот цикл.
- Постепенное преодоление вызывающих тревожность ситуаций помогает людям обрести уверенность в себе, чтобы справиться с более сложными проблемами. Нормально, если клиент немного волнуется при проведении таких экспериментов, поэтому полезно заранее спланировать, как с этим справиться, например, подышать или отвлечься. Со временем тревожность уменьшится.
- Другие полезные стратегии для преодоления тревоги: отвлечение внимания, сокращение необходимости в заверениях и сосредоточение на стратегиях преодоления тревоги, а не на страхах (например, составление *альтернативного* плана действий).

Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы

Введение

Симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения

Необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы (англ. Medically unexplained symptoms, MUS) — это телесные проявления, не имеющие известной в настоящее время патологической причины. Эти симптомы могут быть чрезвычайно изнурительны и вызывать значительный дистресс. Клинически проявляются по-разному, как у людей с незначительными симптомами, так и до людей с тяжелой инвалидностью в колясках или даже прикованных к постели.

Около 30% клиентов с MUS имеют сопутствующие депрессию и тревогу, а также могут также иметь сопутствующие хронические соматические заболевания. Необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы можно условно разделить на три типа, хотя они во многом совпадают.

- Тревога о здоровье или ипохондрия: постоянный страх развития серьезного заболевания. Клиенты переживают сильную тревогу и убеждены, что у них серьезная болезнь, несмотря на отрицательные результаты медосмотров, исследований и все врачебные заверения.
- Функциональные соматические расстройства, такие как хроническая боль в спине или тазу, атипичная боль в груди, синдром раздраженного кишечника, синдром хронической усталости и фибромиалгия (глава 17 “Функциональные расстройства соматического характера”).

- Соматические симптомы, возникающие у клиентов с основным заболеванием тревожной или депрессией.

Нужно избегать упоминания термина необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов в общении с клиентами, поскольку это может быть воспринято как намек на то, что симптомы “нереальны”. Другие возможные диагнозы содержат постоянные телесные проявления и специфические функциональные соматические синдромы, такие как синдром раздраженного кишечника или синдром хронической усталости. В случае неуверенности или отсутствия диагностического термина можно использовать описательные термины, такие как “хроническая лицевая боль” или “мучительное ощущение головокружения”.

Тревога о здоровье и необъяснимые симптомы в первичной медицинской помощи

Физические симптомы без известной органической причины — обычное явление. Фактически, большинство людей ежедневно испытывают те или иные телесные ощущения или симптомы, и 14–20% консультаций врачей первичного звена связаны с симптомами без вероятной органической причины [Mumford et al., 1991; Peveler et al., 1997]. Однако если медицинские работники оказывают соответствующую помощь на ранних стадиях, у большинства таких клиентов не развивается постоянная тревога или стойкие симптомы.

У меньшего количества клиентов проявятся более стойкие или серьезные проблемы. Распространенность тревоги о здоровье составляет около 1-2% в общей популяции и 5–9% среди клиентов, посещающих врачей общей практики. Эта группа может быть причиной непропорционально высокого уровня использования медицинских услуг и может стать для медицинских работников источником разочарования, стресса и постоянных визитов (глава 19 “Сложные клиенты”).

Типичные особенности клиентов, обращающихся в первичную медико-санитарную службу с тревогой о здоровье и необъяснимыми симптомами, представлены в заметке 15.1.

Заметка 15.1. Типичные черты клиентов

- Неоднократные посещения кабинетов врача общей практики, часто связанные с просьбами о повторных исследованиях и направлениях.
- Множественные телесные проявления, без очевидной причины влияющие на функционирование организма.
- Неясные, меняющиеся, необычные или атипичные симптомы.
- Плохая или переменная реакция на многочисленные предыдущие виды лечения.
- Сложный и трудно проясняемый анамнез.

КПТ для лечения тревоги о здоровье и необъяснимых симптомов

КПТ является эффективным методом лечения тревоги о здоровье и симптомов, необъяснимых с медицинской точки зрения [Barsky & Ahern, 2004; Kroenke, 2007], этот метод помогает ослабить физические ощущения и сопутствующие симптомы депрессии и тревоги. Тем не менее, возникают трудности с применением разговорных стратегий лечения клиентов, которые могут не воспринимать свое состояние как психологическое по природе и часто настроены на поиск медицинских средств для преодоления своих проблем.

Подход КПТ для понимания тревоги о здоровье

Факторы окружающей среды

Люди, лишенные социальной поддержки или в детстве пережившие семейные конфликты, болезни или утраты, особенно уязвимы к развитию тревоги о здоровье. К другим сопутствующим факторам относятся:

- чрезмерная материнская забота;
- прошлый опыт неудовлетворительного медицинского лечения;
- отсутствие родительской заботы или безопасной привязанности, когда человек болен;
- тяжелые случаи могут сочетаться с расстройством личности [Bass & Murphy, 1995].

Болезненное поведение может также поддерживаться элементом “вторичной выгоды”, в том числе финансовой выгоды, оборудования, жилья, а также поддержки или внимания со стороны друзей, семьи и медицинских работников.

Вредные глубинные убеждения и правила в отношении здоровья

Тревога о здоровье развивается у уязвимых людей, когда критический случай активизирует глубинные негативные убеждения о здоровье, сформировавшиеся на основе прошлого опыта. Эти убеждения содержат:

- восприятие себя как особенно уязвимого для болезни (*у меня слабый иммунитет, я могу заболеть чем-то серьезным*);
- страхи, связанные с переживанием болезни или смерти (*я не справлюсь с мучительной болью, которая всегда возникает при раке*);
- потерю самоуважения, связанную со снижением способности нормально функционировать из-за плохого здоровья (*если я не смогу работать из-за болезни, я пропал*).

Процесс развития тревоги о здоровье показан на рис. 15.1.

Мысли

Клиенты с тревогой о здоровье обычно демонстрируют ряд когнитивных заблуждений, в том числе:

- убеждения в том, что определенные заболевания более вероятны или более серьезны, чем они есть на самом деле (*это может быть рак...*);
- неверную интерпретацию безобидных телесных проявлений как свидетельств серьезного заболевания (*усталость, должно быть, вызвана рассеянным склерозом*);
- представление о себе как о неспособном предотвратить болезнь или справиться с ней, если бы она развилась (*это будет мучительная, невыносимая боль*);

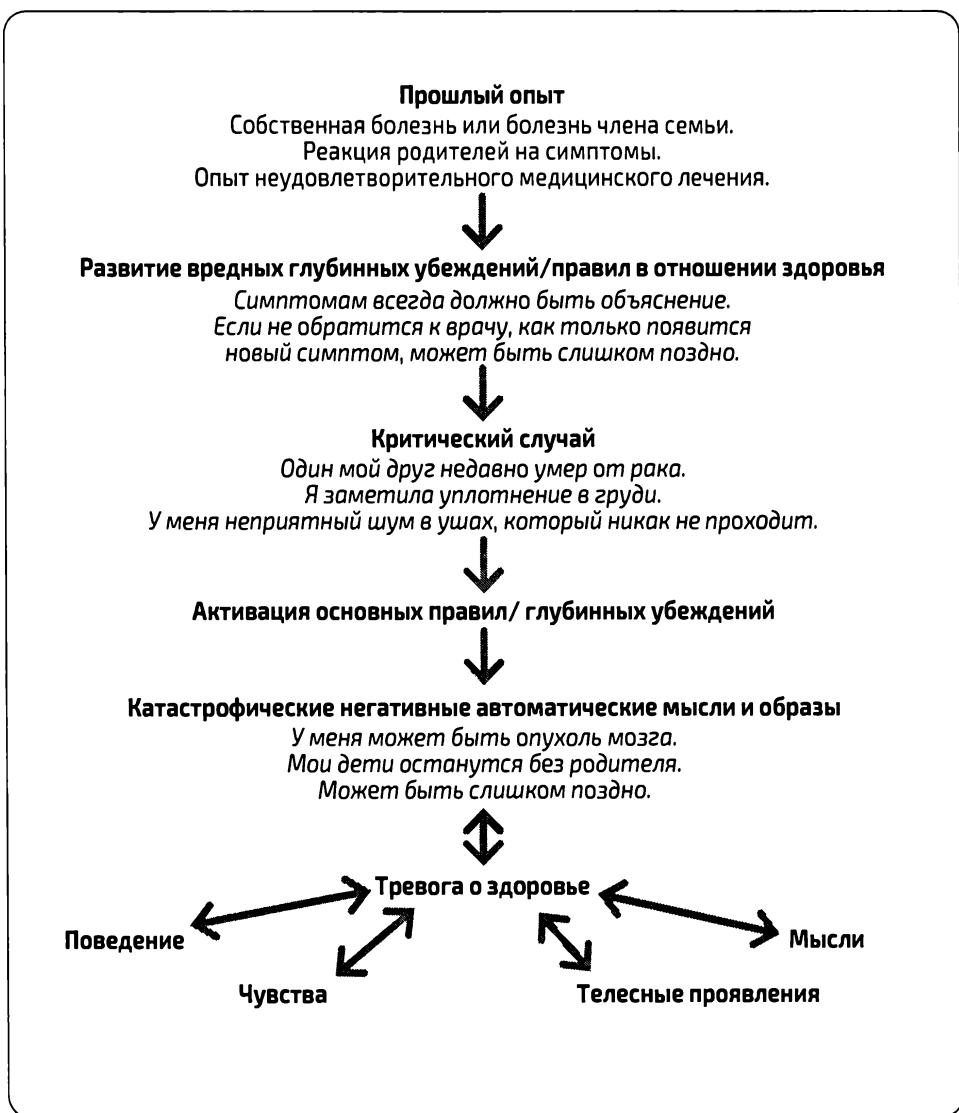


Рис. 15.1. Развитие тревоги о здоровье [Warwick & Salkovkis, 1989; Wells, 1997]

Случай из практики 15.1. Развитие тревоги о здоровье

Дениз — социальный работник, замужем, у нее трое детей. В феврале у нее начинается заболевание, похожее на грипп, длящееся более двух недель, при котором она чувствует жар, слабость, усталость и ломоту в мышцах.

Исходные сведения и предрасполагающие факторы

Дениз была недоношенным ребенком, перенесла несколько инфекций в грудной клетке и попала в больницу в возрасте трех месяцев. Когда она подросла, несмотря на хорошее здоровье, мать не пускала ее в школу из-за незначительных заболеваний, говоря: "У тебя слабая иммунная система. Нам нужно особенно заботиться о тебе". При любых незначительных признаках заболевания мама отводила Дениз к врачу. Когда Дениз было 10 лет, неожиданно умерла ее бабушка. Семья была шокирована и рассержена тем, как за ней ухаживали в больнице.

В дальнейшем Дениз продолжала волноваться по поводу любого незначительного симптома. У ее сына развилась тяжелая инфекция в грудной клетке, из-за которой Дениз пришлось остаться на ночь в больнице. Она пришла в ужас, это вновь пробудило ее детские страхи, связанные с болезнями. Хотя сын выздоровел, Дениз было трудно справиться с собственной тревогой. Заболевание, похожее на грипп, послужило толчком к развитию тревоги о здоровье.

Развитие тревоги

Дениз ожидала, что заболеет всего несколько дней, поэтому была удивлена, что болезнь длилась так долго. Через несколько недель она почувствовала себя лучше, но не все симптомы прошли. Она чувствовала себя слабее и быстрее уставала. Иногда у нее кружилась голова, она замечала покалывание в руках и ногах.

Дениз снова посетила своего врача, который попытался успокоить ее, что все в порядке, но симптомы, казалось, становились хуже. Она нашла в журнале статью о женщине со странными симптомами, которые, как оказалось, были вызваны опухолью мозга, и забеспокоилась, что то же самое может произойти и с ней.

Дениз представила, что у нее развивается тяжелое заболевание, например, рассеянный склероз. Она с ужасом представляла себя в инвалидном кресле, зависимой от других и неспособной заботиться о своих детях. Каждый раз, когда у нее выдавалась спокойная минутка, Дениз думала о том, что заболела.

Дениз несколько раз возвращалась к своему терапевту, и ее направили к неврологу. Показатели всех обследований были в норме. Каждый раз, когда врач успокаивал Дениз или сообщал об отрицательных результатах анализов, она чувствовала огромное облегчение. Но также чувствовала потребность продолжать проверки и снова беспокоилась, если замечала какие-либо симптомы (врачи могут ошибаться!).

Дениз потратила много времени на поиск медицинской информации в Интернете и обнаружила список страшных заболеваний, которые могли быть причиной ее симптомов. Она посетила многих врачей, которые давали противоречивые советы и часто казались незаинтересованными в ее проблемах.

Поскольку Дениз чувствовала себя такой уставшей, ей нужно было больше отдыхать. Она постоянно проверяла свои ноги, напрягая и расслабляя мышцы, из-за чего они болели все больше. Она думала: *“Мышцы слабеют, мне становится хуже”*. Она перестала ходить на работу пешком и избегала общения с коллегами. Дома предпочитала сидеть и меньше играла с детьми. Она постоянно думала: *“Если я чувствую себя такой уставшей сейчас, то в будущем окажусь в инвалидном кресле. Моя жизнь разрушена”*. Это делало ее еще более тревожной и подавленной.

- мысли, беспокойство или разговоры о здоровье, сохраняющие внимание на телесных симптомах, усиливая тревогу и ухудшая настроение;
- фокусирование на сведениях, подтверждающей их опасения, игнорирование доказательств хорошего здоровья — это распространенная причина недопонимания при общении с медицинскими работниками (*врач сказал, что это может быть что-то серьезное*).

Чувства и эмоции

У людей с тревогой о здоровье высокий уровень беспокойства по поводу возможного заболевания и его влияния на их жизнь. Они также могут чувствовать себя подавленными или быть депрессии. Такие люди могут направлять чувства гнева и разочарования на медицинских работников, которые, по их мнению, игнорируют настоящую серьезную медицинскую проблему.

Телесные проявления и реакции

Любой физический симптом может быть связан с тревогой, в зависимости от того, какое значение ему придает клиент. Люди неправильно интерпретируют нормальные изменения телесных ощущений или симптомы, связанные с таким доброкачественным состоянием, как шум в ушах, как признак серьезного заболевания. Они переживают связанные с тревогой телесные ощущения, которые также ошибочно интерпретируют как свидетельство соматического заболевания. Усталость и боли в мышцах могут возникать из-за снижения активности и потери физической формы. Побочные эффекты от приема лекарств также могут привести к неприятным физическим ощущениям.

Роль поведения

Когда человек тревожится за свое здоровье, его поведение обычно направлено на то, чтобы проверить наличие соматического заболевания или защититься от него. Однако такие реакции лишь поддерживают или усугубляют тревогу. Ниже приведены примеры обычного поведения в случае тревоги о здоровье.

- *Стремление к заверениям*: постоянное желание получить заверения от медицинских работников, семьи и друзей может временно ослабить тревожность, но в долгосрочной перспективе приводит к усилению страха и потребности в дальнейших заверениях, что представляет собой негативный цикл.
- *Проверка и сканирование организма*: клиенты постоянно контролируют и проверяют свое тело на наличие “опасных” симптомов и признаков болезни. Это часто вызывает новые симптомы, такие как боль, покраснение или отек. Люди также замечают нормальные изменения в работе организма и интерпретируют все эти ощущения как свидетельство серьезного заболевания.
- *Частое посещение медицинских учреждений*: люди много посещают различных медицинских специалистов, требуя повторных исследований и направлений. Это может временно успокоить человека, но в итоге усиливает его тревогу (*врач думает, что это серьезно, иначе он не стал бы делать тест*) и укрепляет убеждения о необходимости медицинских анализов для исследования симптомов. Это также может вызвать разочарование с обеих сторон и помешать клиенту построить доверительные отношения с медицинскими работниками.
- *Поведение типа “что если” я болен*, поведение, как при болезни: снижение активности, прием неподходящих лекарств, инвалидное кресло или роль больного в семье укрепляют веру человека в то, что он действительно нездоров. Связанное с этим сокращение приятной и значимой деятельности также усугубляет усталость и ухудшает настроение.
- *Мысли, разговоры и чтение о здоровье*: люди могут проводить много времени, читая медицинскую информацию в книгах, журналах и в Интернете. Это усиливает тревогу, поскольку они узнают

о других потенциально серьезных медицинских проблемах. Их озабоченность также поддерживают чрезмерные разговоры о здоровье.

- *Избегание*: некоторые тревожные люди стараются избегать напоминаний о физической болезни, чтобы подавить свои страхи. Однако попытки подавить или избежать мыслей обычно безуспешны и зачастую ведут к парадоксальному увеличению количества нежелательных мыслей, которые кажутся еще более пугающими, чем прежде.

От теории к практике...

- Подумайте о клиенте, которого вы регулярно посещаете и который волнуется о своем здоровье. Затем попробуйте составить простую "формулировку случая", описав его трудности с помощью пяти областей КПМ.
- Какие типичные мысли, чувства и поведение связаны с физическими симптомами клиента?
- Какие факторы окружающей среды, как прошлые, так и нынешние, могут иметь отношение к развитию расстройства у данного человека?
- Не попал ли клиент в ловушку каких-либо негативных циклов?
- В завершение определите один простой следующий шаг, который вы могли бы предпринять, чтобы понять этого клиента и установить с ним контакт.

Управление необъяснимыми симптомами и тревогой о здоровье

Подход КПТ к симптомам, необъяснимым с медицинской точки зрения

1. Установите доверительные отношения с клиентом.
2. Изучите и обобщите его медицинские записи.
3. Проведите более длительную консультацию, в которой вы:

- начинаете с анализа физических симптомов;
 - изучаете мысли, чувства, телесные проявления, поведение, факторы окружающей среды и триггеры;
 - включаете вопросы для подведения итогов, установления связей и дальнейших направлений.
4. Дайте емкие объяснения всем симптомам.
 5. Расширьте повестку дня.
 6. Проведите переговоры о лечении (как с помощью лекарств, так и о немедикаментозном).
 7. Просите об обратной связи/проверяйте понимание клиента в конце консультации.
 8. Используйте соответствующие стратегии, основанные на КПТ (например, постановку целей).

Формируйте доверительные отношения с клиентами

Одной из важнейших задач медицинских работников является установление альянса и доверительных отношений с клиентами, имеющими необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы. Сосредоточьтесь на эмпатии, теплоте, заботе и уважении, используйте неосуждающие формулировки и старайтесь работать в партнерстве с клиентом, чтобы преодолеть его трудности. Найдите время, чтобы узнать о жизни человека, о его семье, о домашних животных и интересах. В заметке 15.2 приведены некоторые распространенные “подводные камни”, которых следует избегать медицинскому персоналу, работающему с людьми с необъяснимыми симптомами.

Ставьте реалистичные цели

Важно ставить реалистичные цели при работе с клиентами с необъяснимыми симптомами и тревогой о здоровье. Сосредоточьтесь на небольших шагах вперед. Для многих клиентов уместной целью является будет стабилизация их состояния и предотвращение дальнейшего ухудшения или ятрогенных осложнений.

Обеспечьте слаженную работу команды первичной медицинской помощи

Поощряйте клиента регулярно посещать одного ведущего специалиста, который может хорошо его узнать. Такому врачу может потребоваться поддержка команды во время практических встреч и обсуждений. Старайтесь заранее договариваться о приеме, не позволяйте людям записываться к врачу от случая к случаю.

Также важно открыто общаться со всеми членами команды и специалистами. Оставляйте четкие записи о согласованных планах лечения и давайте клиенту четкие письменные инструкции о том, к кому обращаться и как справляться с обострениями или возможными изменениями симптомов.

Заметка 15.2. Что не следует делать: поведение врача, усугубляющее тревогу о здоровье

- Давать недостоверное объяснение симптомам или использовать только негативные утверждения (*у вас нет ничего страшного*).
- Поведение, свидетельствующее о том, что вы не верите клиенту или не воспринимаете его симптомы всерьез.
- Обвинять клиента в его проблемах.
- Давать чрезмерные заверения, не направленные на устранение страхов, лежащих в основе тревоги конкретного человека.
- Проводить повторные ненужные исследования или направлять к специалистам.
- Давать ненужные сильные или вызывающие привыкание лекарства.

Случай из практики 15.2. Десятиминутная КПТ для лечения тревоги о здоровье

Отец Виктории, 26-летней учительницы, умер от рака легких, когда она была ребенком. После того, как у подруги семьи диагностировали рак груди, Виктория стала все больше беспокоиться о своем здоровье. Ее тревожат периодические головные боли, невролог поставил ей диагноз "головная боль напряжения". Она регулярно посещает терапевта и просит провести дополнительные анализы, чтобы убедиться, что ее симптомы не являются серьезными.

- Виктория.** Здравствуйте, доктор. Мне нужно, чтобы вы что-то сделали с моими головными болями!
- Врач.** Чем я могу помочь вам сегодня?
- Виктория.** Эти боли должны быть свидетельством чего-то серьезного. Я бы хотела пройти еще несколько обследований.
- Врач.** Я заметил, что в последнее время вы несколько раз приходили по поводу головных болей, хотя специалист подтвердил, что у вас нет серьезных проблем со здоровьем.
- Виктория.** Возможно, он ошибся. Это ненормально, когда голова болит так часто.
- Врач.** Вы выглядите очень обеспокоенной.
- Виктория.** Мне тревожно. Кругом пишут, что врачи пропускают симптомы, которые оказываются серьезными.
- Врач.** Мы потратили много времени, чтобы выяснить причину ваших головных болей, но, похоже, это не помогает вам чувствовать себя лучше.
- Виктория.** Я не могу перестать думать, что они могут означать что-то очень плохое.
- Врач.** Думаю, что, помимо продолжения лечения головных болей, мы должны потратить некоторое время на то, чтобы помочь вам чувствовать себя менее тревожно. Это не значит, что мы перестанем оказывать вам необходимую медицинскую помощь. Но, возможно, будет полезно также потратить время, чтобы понять, почему головные боли вызывают у вас такое беспокойство, несмотря на все отрицательные анализы.
- Виктория.** В тестах могут быть ошибки! Я бы чувствовала себя лучше, если бы была уверена, что нет ничего плохого, вызывающего боли, или избавилась бы от них совсем.
- Врач.** Головные боли — очень распространенное явление, полностью избавиться от них невозможно. А чувства тревоги и стресса, вызванные головной болью, могут только усугубить ее.
- Виктория.** Наверное, это правда. Но у меня голова болит очень сильно.
- Врач.** Это очень неприятно. Готовы ли вы записаться на прием через две недели, чтобы полностью проанализировать ваши головные боли и то, как они влияют на вашу жизнь?
- Виктория.** Да, я буду рада прийти и поговорить об этом. Это действительно меня успокаивает.

Изучите и обобщите записи клиента

Перед приемом полезно прочесть и обобщить предыдущую историю болезни клиента, его обследования и лечение, в том числе:

- предыдущие эпизоды заболевания и группы симптомов;
- медицинские записи и выписки;
- анализы и их результаты;
- проблемы с психическим здоровьем и психосоциальные триггеры;
- модели болезни и выраженности симптомов с течением времени в связи со внешним стрессом и событиями в жизни клиента.

Это резюме должно быть отражено в медицинской карте для всех, кто может работать с клиентом. Хотя это может показаться трудоемким, эта информация поможет сэкономить огромное количество времени и позволить принимать гораздо более эффективные клинические решения.

Проведите длительную консультацию для "формулировки случая"

Следующий шаг — организовать более длительную, 20–30-минутную, первичную консультацию с клиентом с необъяснимыми симптомами. Начните с тщательного изучения физических симптомов клиента и при необходимости проведите медицинский осмотр. Используйте эту встречу как "сеанс по сбору фактов" и постарайтесь на данном этапе не предлагать диагнозов, мнений или советов. Составьте список основных симптомов и попросите клиента рассказать о его типичном дне или привести примеры, когда симптомы доставляли ему особые неудобства. Не торопитесь. На рассмотрение телесных проявлений может уйти вся первичная консультация.

Цель в том, чтобы установить доверительные отношения и убедиться, что клиент чувствует, что его понимают и слушают; говорите с эмпатией, отражая высказывания клиента для признания реальности и мучительного характера его симптомов. Следующим шагом будет изучение всех пяти областей когнитивно-поведенческой модели (некоторые полезные вопросы приведены на рис. 15.2).

<p>Мысли</p> <p>Какие мысли у вас возникли, когда вы заметили симптомы?</p> <p>Что вас больше всего беспокоит или пугает в том, что могут означать эти симптомы?</p> <p>Что вас больше всего беспокоит в ваших симптомах?</p>	<p>Чувства</p> <p>Чувства</p> <p>Что вы чувствуете, когда испытываете эти симптомы?</p> <p>Что вы чувствуете, когда думаете: "Это может быть рак"?</p> <p>Похоже, эти симптомы сильно беспокоят вас...</p> <p>Используйте эмпатические высказывания: "Должно быть, это очень трудно..."</p>
<p>Поведение</p> <p>Что вы делаете, когда замечаете симптомы?</p> <p>Что вы делаете, чтобы улучшить свое самочувствие?</p> <p>Проводите ли вы какие-либо тесты или проверки своего здоровья?</p> <p>Говорите ли вы с другими людьми или читаете о здоровье?</p> <p>Что вы сейчас делаете по-другому?</p> <p>Есть ли что-то, что вы больше не делаете?</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Расскажите мне о телесных проявлениях, которые беспокоят вас больше всего.</p> <p>Есть ли другие важные симптомы?</p>
<p>Предпосылки, факторы окружающей среды и триггеры</p> <p>Происходит ли в вашей жизни что-то еще, из-за чего с симптомами трудно справиться?</p> <p>Происходило ли что-нибудь в то время, когда симптомы только начались?</p> <p>Случалось ли в вашей жизни что-нибудь, что заставило вас особенно волноваться о своем здоровье?</p>	

Рис. 15.2. Вопросы для изучения пяти областей КПМ при тревоге о здоровье

Некоторым клиентам с необъяснимыми симптомами трудно обсуждать эмоциональные факторы, они могут придерживаться непродуктивных убеждений относительно выражения эмоций. В этом случае не стоит слишком акцентировать внимание на эмоциональных аспектах, вместо этого сосредоточьтесь на обсуждении физических и поведенческих проблем.

В завершение подведите итог услышанному и убедитесь, что клиент понял и согласился с вами. Мягко подчеркните любые связи или негативные циклы, которые вы заметили (рис. 15.3).

Вы упомянули, что, когда вы думаете, что это может быть рак, то чувствуете себя довольно тревожно.

После подведения итогов всегда задавайте вопрос, побуждающий клиента поразмышлять над ходом обсуждения.

Что вы думаете по этому поводу? Можем ли мы как-то использовать эту информацию, чтобы помочь вам?

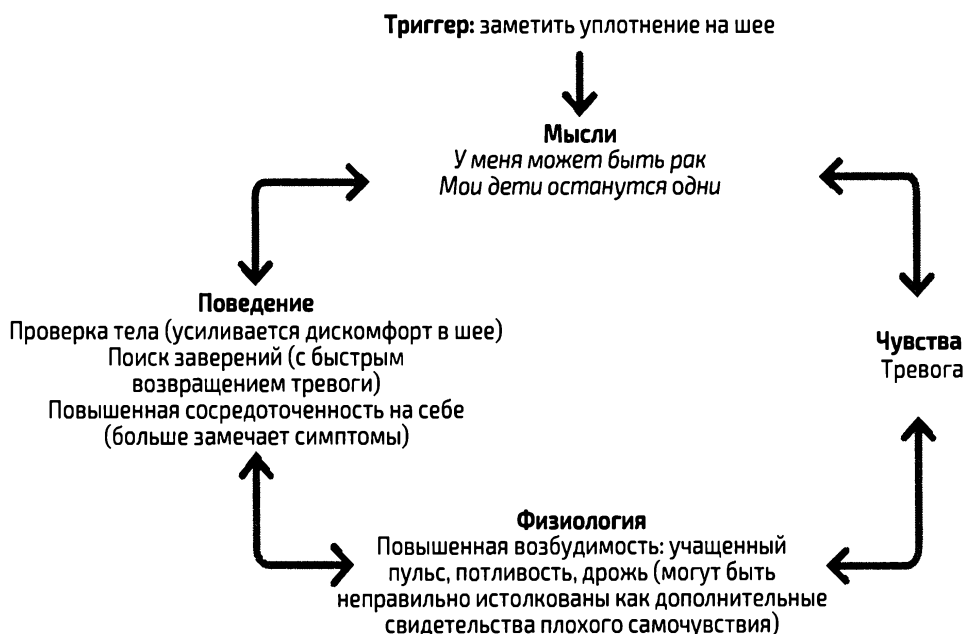


Рис. 15.3. Негативный цикл у клиента с тревогой о здоровье

Дайте убедительные объяснения ключевых симптомов

Точные, конкретные и реальные объяснения симптомов помогут снизить уровень тревоги о здоровье. Избегайте врачебного жаргона и связывайте свои объяснения с любыми конкретными страхами или убеждениями о здоровье, которых придерживается конкретный человек. Если нет простого медицинского объяснения, дайте четкие причины, по которым симптомы не соответствуют чему-то серьезному.

Полезно предоставлять информацию в письменном виде, но просто вручить человеку брошюру — это не полноценное объяснение! Постарайтесь дать информацию в форме диалога, по ходу дела проверяя понимание.

Признайте, что симптомы клиента реальны, являются источником серьезного беспокойства и дистресса. Однако вы также можете подчеркнуть, что выраженность симптомов не обязательно показатель серьезности основного заболевания.

Знаю, что вы беспокоитесь, что ваша боль вызвана проблемами с сердцем, но я считаю, что она исходит от мышц грудной стенки. Когда эти мышцы спазмируются, это может быть очень болезненно. Однако сильная боль не обязательно свидетельствует о серьезной или опасной причине.

Если возможно, предоставьте человеку варианты самопомощи или самоконтроля симптомов.

Заметка 15.3. Объяснения симптомов

- Физическое напряжение или тревожность могут вызвать боль.
- Стресс в домашней обстановке вызывает напряжение в мышцах спины, что может привести к боли.
- Депрессия снижает болевой порог и усиливает боль (глава 12 "Депрессия").
- Когда вам плохо или вы подавлены, ваше тело более чувствительно к боли, которая ощущается сильнее. Может, именно это и происходит с вами?
- Мысли о симптомах усугубляют их.
- Постоянные мысли о больном месте или прикосновения к нему усиливают ощущения.

Преодоление неопределенности

Тревожные клиенты часто говорят, что хотели бы быть на 100% уверены в том, что у них нет ничего серьезного. Однако невозможно полностью исключить риск развития любого заболевания, каким бы редким оно ни было. Постоянное обдумывание наихудшего сценария не снижает риск его возникновения, а жизнь наполняется тревогой и стрессом. Вместо этого делайте упор на жизнь в "настоящем моменте".

Понимаю, что мысль о проблемах с сердцем очень вас тревожит и вы хотели бы быть уверены, что ваше сердце на 100% здорово. Все тесты это подтверждают. Однако все мы живем с некоторой неуверенностью в отношении здоровья, потому что никогда нельзя гарантировать, что мы не заболеем в будущем. Тревожность

не предотвратит этого. Важно, чтобы страх заболеть не мешал вам жить полноценной и приятной жизнью. Сколько времени вы тратите на переживания по поводу развития болезни? Как вы думаете, помогает ли это вам? Предположим, вы проведете следующие 10 лет, беспокоясь о том, что заболеете раком, но он у вас так и не появится? Было бы это беспокойство рациональным использованием вашего времени?

Вместо того чтобы постоянно успокаивать клиента, попробуйте разделить с ним неопределенность. Люди охотнее принимают неопределенность диагноза, если вы заверите их в том, что не останетесь равнодушными, что к их симптомам отнесутся серьезно и в будущем проведут повторное обследование, если ситуация изменится.

Я серьезно отношусь к вашему здоровью и, если понадобится, буду рад пересмотреть ваш случай еще раз.

Расширьте повестку дня

На следующем этапе необходимо расширить взгляд клиента и донести до него мысль о том, что его проблема заключается не только в недиагностированном физическом состоянии, но и в заботе об эмоциональном благополучии и поиске способов жить полноценной и осмысленной жизнью, несмотря на наличие или отсутствие симптомов.

Избегайте черно-белой точки зрения, согласно которой проблема носит либо медицинский, либо психологический характер. Вместо этого убедите клиента, что вы будете продолжить заниматься его проблемами физического здоровья с помощью целостного подхода, который включает в себя как медикаментозное лечение, так и дополнительные стратегии, которые помогут ему более эффективно справляться с симптомами.

Мне кажется, что беспокойство и стресс по поводу ваших симптомов вызывают не меньше проблем, чем сами симптомы, — что вы думаете?

Вы страдаете от этого долгое время. Проведение тестов и направление к специалистам, похоже, не помогает вам чувствовать себя лучше. Возможно, мы могли бы попробовать другой подход?

Похоже, что симптомы серьезно влияют на вашу жизнь. Возможно, мы могли бы рассмотреть некоторые способы улучшения качества жизни, даже если симптомы все еще присутствуют...

Избегайте ловушки постоянного обсуждения причины симптомов или попыток убедить клиента в том, что его проблемы на самом деле имеют психологическую природу. Вместо этого постарайтесь изучить и признать опасения клиента относительно значения симптомов.

Вижу, что вы снова переживаете о своих симптомах. Какие мысли приходят вам в голову? Это, должно быть, очень вас тревожит.

Согласуйте дальнейшие шаги (врачебная помощь и немедикаментозные методы лечения)

Ведение клиентов, испытывающих тревогу о здоровье, в рамках первичной медицинской помощи, скорее всего, будет включать в себя различные подходы, в том числе медикаментозное лечение, обследования, направления к специалистам и психологические стратегии. По возможности привлекайте клиента к принятию решений. Основное внимание должно быть направлено на устранение симптомов и на улучшение функционирования человека. Не забывайте также проводить профилактическое обследование и лечение психических расстройств, таких как депрессия, в соответствии с рекомендациями.

Первичная помощь включает в себя надлежащее и тщательное исследование симптомов, но без чрезмерного повторения анализов или направления к специалистам просто “для большей уверенности”. Если заранее сказать клиенту, что вы ожидаете нормального результата, отрицательный тест поможет ему почувствовать себя спокойнее. Постарайтесь свести к минимуму назначение лекарств, особенно если они могут вызвать привыкание или имеют серьезные побочные эффекты. Информация, которую следует включить в записи о направлении на обследование, приведена в заметке 15.4.

Для эффективного управления рисками важен баланс между риском чрезмерного обследования и риском пропущенного диагноза. Не делайте предположений и не используйте свое клиническое суждение для оценки и лечения любых новых или меняющихся симптомов. Четко информируйте и документируйте так называемые симптомы и признаки “красных флажков”.

Заметка 15.4. Информация для включения в направление на обследование клиентов с необъяснимыми симптомами

- Сообщите специалисту, что вы подозреваете возможный симптом, необъяснимый с медицинской точки зрения.
- Четко сформулируйте свою просьбу (например, исключить конкретное заболевание).
- Включите подробную информацию о соответствующих психо-социальных факторах.
- Предоставьте подробный анамнез, включая синдромы необъяснимых симптомов и проблемы с психическим здоровьем.

Удостоверьтесь в понимании клиента

Всегда заканчивайте консультацию проверкой того, что понял клиент. Помните, что он может поверить, будто вы сказали, что у него серьезное соматическое заболевание. Постарайтесь ответить, не используя защитную реакцию.

Я рад, что вы поделились со мной этим, потому что вы неправильно поняли то, что я хотел вам донести. На самом деле, я не думаю, что ваши симптомы вызваны раком. Я считаю, что они вызваны неприятным, но безобидным состоянием, которое называется синдромом раздраженного кишечника...

Стратегии КПТ для лечения симптомов, необъяснимых с медицинской точки зрения

Главной целью ведения клиентов с необъяснимыми симптомами в первичном звене здравоохранения должно быть улучшение функционирования и качества жизни человека, даже если симптомы сохраняются и остаются необъяснимыми.

Поведенческие стратегии

Содействие изменению поведения, возможно, наиболее важная и реалистичная стратегия борьбы с тревогой о здоровье в первичной медицинской помощи. Она включает в себя изменение вредных моделей

поведения и постановку целей по увеличению значимой и приятной деятельности, несмотря на симптомы.

Поэтапные упражнения и релаксация

Поэтапная программа по растяжке и упражнения чрезвычайно эффективны для улучшения физической формы и уменьшения таких симптомов, как усталость и мышечная боль. При этом следует постепенно наращивать активность, чтобы избежать “подъемов и спадов” в поведении. Поощряйте клиента обратиться за социальной поддержкой для постоянной физической активности в течение долгого времени, например, гулять с друзьями или с местной группой по ходьбе. Это мотивирует человека продолжать изменения, а повышение уровня социального взаимодействия улучшает настроение.

Релаксация и практика осознанности также очень полезны для повышения контроля над симптомами.

Постановка целей

Важно, чтобы клиенты постепенно возвращались к своей обычной повседневной деятельности, что улучшит их настроение, повысит уровень удовольствия от жизни, даст чувство удовлетворения и отвлечет от негативных мыслей и забот.

Следующий шаг — совместное планирование целей по улучшению жизни, даже если симптомы сохраняются. Цели должны быть связаны с ценностями клиента и важными сферами его жизни (глава 8 “Постановка целей и преодоление сопротивления переменам”). Спросите клиента о следующем.

Какой была ваша жизнь до появления этих симптомов? Что вам раньше нравилось?

Что для вас важнее всего в жизни? Какие виды деятельности важны для вас, чтобы начать их заново?

Что бы вы сделали по-другому, если бы чувствовали себя лучше?

Могли бы вы постепенно пробовать что-нибудь из перечисленного?

Полезно отслеживать текущий уровень активности и планировать будущие изменения при помощи таблицы мониторинга поведения (глава 7 “Преодоление непродуктивного поведения”).

Сокращение поведения, направленного на получение заверений

Специалисты системы здравоохранения должны стараться не выполнять все требования в заверении от тревожных клиентов. Зачастую полезнее в эмпатической форме повторять сказанное ими.

Клиент. Мне просто нужно убедиться, что это не рак.

Врач. Похоже, вы снова беспокоитесь о раке. Это, должно быть, очень непросто.

Сокращение использования поведения, направленного на получение заверений, важно планировать совместно с клиентом с участием членов его семьи и медицинских работников. Вместо того чтобы просить об успокоении, клиент может заняться альтернативными видами деятельности или отвлечься. Он также может просмотреть заранее записанные сведения, например мысли, ободряющие высказывания, круговую диаграмму или стратегии, как справляться с ситуациями, вызывающими тревожность.

Сокращение мониторинга и контроля телесных проявлений

Попросите клиентов записывать в рабочую тетрадь, как часто они каждый день проверяют тот или иной аспект своего физического здоровья. Следующий шаг — договориться о том, насколько часто *следует* проверять свое здоровье в будущем. Например, если клиент боится рака, то проверка раз в месяц более уместна, чем несколько раз в час.

Трудно прекратить контроль физических симптомов, укоренившийся как привычка. В этом случае полезны техники отвлечения внимания или записывание мыслей для поиска альтернатив негативным идеям. Люди также могут напомнить себе, что в долгосрочной перспективе телесный контроль усиливает их тревожность.

От теории *Исследование влияния заверений*

к практике... Попросите клиентов с тревогой о здоровье понаблюдать за тем, как заверения других людей влияют на уровень их тревожности. Ослабляют ли ее? Как долго это продолжается?

Ослабляет ли какие-либо физические симптомы то, что человека успокаивают? Как клиенты могут это объяснить? Может ли серьезный диагноз исчезнуть просто благодаря заверениям?

Можете ли вы каким-то образом успокоить их *навсегда*? Почему бы и нет? Что это говорит им о природе их тревоги?

Мониторинг и проверка телесных проявлений

Попросите клиентов обратить внимание на происходящее, когда они внутренне сосредоточены на симптомах или состоянии своего тела. Как это изменяет их мысли или уровень тревожности? Как на них воздействует постоянное пощипывание кожи или принудительное глубокое дыхание? Как это способствует возникновению у них проблем с тревожностью?

Когнитивные стратегии**Круговая диаграмма для альтернативных идей о симптомах**

Круговая диаграмма — мощный визуальный инструмент, побуждающий клиента помнить о наиболее распространенных и вероятных причинах конкретных симптомов. Используйте направляемое открытие, чтобы сподвигнуть клиента придумать целый ряд возможных причин и сделать собственные выводы из этого упражнения.

Случай из практики 15.2. Продолжение: круговые диаграммы для поиска альтернативных объяснений симптомов

Вернемся к Виктории, молодой женщине с головными болями и тревогой о здоровье. Лечащий врач предлагает ей составить список распространенных причин головных болей.

- Стресс и напряжение.
- Мигрень.
- Напряжение глаз/яркий свет.
- Громкий шум.

- Удар по голове.
- Заложенные носовые пазухи.
- Опухоль мозга.

Далее терапевт рисует большой круг и просит Викторию разделить “пирог” на кусочки. Каждый кусочек показывает, насколько распространены различные причины и насколько вероятно, что они вызвали головную боль у женщины ее возраста. Свою самую страшную причину (опухоль мозга) она оставляет на диаграмме последней. Она рисует следующую круговую диаграмму.



Затем лечащий врач спрашивает Викторию: “Что вы думаете об этой диаграмме?”. Виктория отвечает, что полезно подумать обо всех возможных причинах ее состояния, а не сосредотачиваться на одной или двух, наиболее ужасных.

Примечание: сектора диаграммы приближительны, однако если клиент сильно переоценивает вероятность одной конкретной причины, полезно обсудить это открыто.

Поиск доказательств за и против вызывающих страх диагнозов

Можно записывать мысли, чтобы искать доказательства за и против конкретных негативных идей или вызывающих страх диагнозов.

Метод теории А и теории Б

- Теория А: тревога по поводу симптомов, когда человек беспокоится и обращает на них внимание, они ухудшаются.
- Теория Б: симптомы опасны и серьезны.

Открыто обсудите обе теории с клиентом. Найдите доказательства в пользу обеих и запишите их или обсудите, чтобы решить, какая теория лучше всего соответствует фактам.

Заметка 15.5. Записи мыслей при тревоге о здоровье

Мысль для проверки: мои головные боли вызваны опухолью мозга.	
Доказательства "за" У меня очень сильно болит голова. Боли у меня уже долгое время. Врачи ошибаются и иногда пропускают серьезные заболевания.	Доказательства "против" Опухоли мозга встречаются очень редко. У головных болей много других причин, и большинство из них несерьезны. Я прошла множество тестов, в том числе сканирование мозга. Все результаты в норме. Головная боль проходит, если я ложусь и отдыхаю, а опухоли мозга так легко не проходят. Головная боль усиливается, когда я в стрессе или тревожусь, это не похоже на симптомы опухоли мозга. Врач говорит, что у меня нет других признаков, которые указывали бы на опухоль мозга.
Альтернативная/сбалансированная мысль Мои головные боли, скорее всего, вызваны напряжением и стрессом. Беспокойство по поводу болей усиливает их и заставляет меня чувствовать себя очень тревожно.	

Другие методы преодоления тревоги о здоровье

- Поощряйте принятие неопределенности в отношении здоровья, что позволяет людям смириться с пугающими мыслями, сделать более осознанный выбор и разработать стратегии преодоления.
- Используйте отвлечение внимания, чтобы сосредоточить ум на других вещах.
- Сосредоточьтесь на стратегиях преодоления, а не на страхах. Используйте альтернативный подход, чтобы определить, как справиться со страхами. Например, обсудите, как справиться с ситуацией, если у человека действительно разовьется определенное расстройство.

- Используйте осознанность, чтобы дистанцироваться от пугающих мыслей, сложных эмоций и неприятных симптомов (*Замечать свои мысли, не быть своими мыслями*).
- Планируйте каждый день “время для тревог” (как при генерализованном тревожном расстройстве, см. главу 14 “Тревожные расстройства”).

Ключевые моменты

Краткое изложение когнитивно-поведенческой модели для лечения тревоги о здоровье.

Вредные глубинные убеждения и правила о здоровье <i>Я уязвим для болезни.</i> <i>Болезнь означает, что может случиться что-то плохое.</i> <i>Если я не могу работать из-за плохого самочувствия, моя жизнь разрушена.</i>	
Мысли Серьезные заболевания возникают довольно часто. Безобидные симптомы рассматриваются как свидетельство болезни. Вера в то, что человек не в состоянии предотвратить болезнь или справиться с ней. Постоянные мысли о здоровье (озабоченность здоровьем). Игнорирование доказательств хорошего состояния здоровья.	Чувства Тревога и беспокойство. Раздражительность, гнев, фрустрация. Плохое настроение и депрессия.
Поведение Частое посещение нескольких медицинских специалистов. Поиск заверений и избегающее поведение. Чрезмерные разговоры и чтение о здоровье. Проверка и сканирование тела. Поведение как при болезни.	Телесные проявления Физические симптомы, связанные с безопасными состояниями. Соматические симптомы, связанные с тревогой. Усталость и утомляемость из-за снижения активности. Побочные эффекты от лекарств.

Факторы окружающей среды

Чрезмерная опека со стороны матери, отсутствие родительской заботы или безопасной привязанности, за исключением тех случаев, когда люди нездоровы; прошлый опыт неудовлетворительного медицинского обслуживания.

Критическая ситуация активирует тревогу о здоровье (например, неожиданное собственное заболевание или болезнь близких).

- Тревога о здоровье возникает из-за постоянного страха серьезного заболевания. Клиенты переживают настоящие физические симптомы, но переоценивают серьезность их причины.
- Клиент с тревожным расстройством о здоровье будет волноваться, несмотря на отрицательные результаты обследований, анализов или на заверения врача, поэтому постарайтесь не расстраиваться, а рассматривать это как понятную реакцию, основанную на психологической модели расстройства.
- Работайте над развитием эффективных и доверительных отношений между врачом и клиентом. Выслушайте и признайте реальность и тревожную природу симптомов.
- Постарайтесь не способствовать негативному циклу усугубления тревоги о здоровье неуместными исследованиями, неудовлетворительными объяснениями или чрезмерными заверениями. Рассмотрите возможность обращения к психологу.
- Будьте реалистичны в своих целях. Возможно, наиболее целесообразно стремиться к предотвращению дальнейшего ухудшения состояния или ятрогенного фактора.
- Основным направлением изменений должно быть улучшение функционирования и самочувствия человека, несмотря на симптомы. Поощряйте постепенное увеличение значимой и ценностной деятельности, в частности, физических упражнений и социального взаимодействия.

Хронические заболевания

Психологическое воздействие хронического заболевания

Эмоциональные расстройства часто встречаются у людей с физическими заболеваниями. Около 20–25% клиентов с хроническими медицинскими проблемами испытывают клинически значимые психологические симптомы, такие как депрессия или тревожность [*Craig & Boardman, 1997*]. Однако медицинские работники уделяют основное внимание физическому, а не эмоциональному здоровью клиентов с хроническими заболеваниями, поэтому депрессию у таких людей чаще всего не замечают или игнорируют.

Развитие хронического заболевания или инвалидности, скорее всего, потребует серьезных изменений в отношениях и жизни людей. Клиенты должны научиться справляться со своим заболеванием, его сопутствующими симптомами и с любым влиянием на их обычное повседневное функционирование. Им может потребоваться психосоциальная адаптация, чтобы сохранить независимость и прежние роли на работе и в семье. Люди также должны научиться понимать свое состояние и управлять им. Некоторые методы лечения вызывают неприятные побочные эффекты или требуют нежелательных изменений в жизни. Люди с хроническими заболеваниями также должны справляться с неопределенностью относительно возможного будущего или прогноза болезни.

Роль убеждений о здоровье в адаптации к заболеванию

Убеждения людей относительно диагноза, симптомов, тяжести, продолжительности и причины их болезни, а также их взгляды на ценность или роль медикаментозных или других методов лечения влияют на то, как люди воспринимают свою болезнь. Такие убеждения влияют на индивидуальные стратегии преодоления, поведенческие реакции

на заболевание, соблюдение режима лечения и эмоциональное воздействие проблем со здоровьем.

Определенные убеждения о болезни могут predispose клиента к депрессии, тревоге или гневу перед лицом реальной или потенциальной болезни.

Если из-за плохого самочувствия я не могу работать, значит, мне нечего предложить работодателям.

Окружающие думают обо мне хуже из-за того, что я болен.

Лекарства опасны, их следует избегать.

Ничто не может мне помочь. Все будет только хуже.

Я смогу почувствовать себя лучше, только если полностью избавлюсь от всех симптомов.

Негативные представления о здоровье приводят к неэффективным стратегиям преодоления трудностей и защитному поведению, такому как несоблюдение режима лечения, чрезмерное стремление к заверениям и социальная замкнутость. Из-за таких поведенческих моделей ухудшается настроение, повышается тревожность и снижается самооценка.

Развитие более адаптивных убеждений о здоровье способно уменьшить эмоциональный дистресс перед лицом физического заболевания.

Я достойный, ценный человек, несмотря на такие изменения в жизни, как отсутствие работы.

Лекарства иногда необходимы, чтобы помочь моему организму справляться с болезнью.

Окружающие по-прежнему будут уважать и заботиться обо мне, если я заболею.

Худшее может не случиться.

Я могу справиться с проблемами, с которыми я сталкиваюсь.

Десятиминутная КПТ при физических заболеваниях и инвалидности

Цель управления хроническим заболеванием — способствовать независимости и комфортной жизни клиента, *несмотря на* наличие у него физического заболевания. Для этого необходимо научиться принимать

изменения в функционировании организма, во внешнем виде и образе жизни, не ассоциируя их с потерей личной значимости или ценности. Важным аспектом подхода КПТ является повышение способности клиента понимать и управлять своими физическими и эмоциональными симптомами (самоменеджмент и самоэффективность).

Выявление и последующее изменение неэффективных моделей поведения — ключевая стратегия для осуществления перемен. Скажем, иногда люди ведут себя так, “как будто” они более нездоровы или нетрудоспособны, чем есть на самом деле, что ограничивает активность и может ухудшить настроение.

Психологические подходы

Специалисты первичной медико-санитарной помощи могут предложить эмоциональную поддержку клиентам с физическими расстройствами, которые, возможно, не хотят обращаться в психологические службы. Вы можете заверить человека, что обсуждение психологических или эмоциональных аспектов проблемы будет сочетаться со стандартными медицинскими подходами и лечением его состояния.

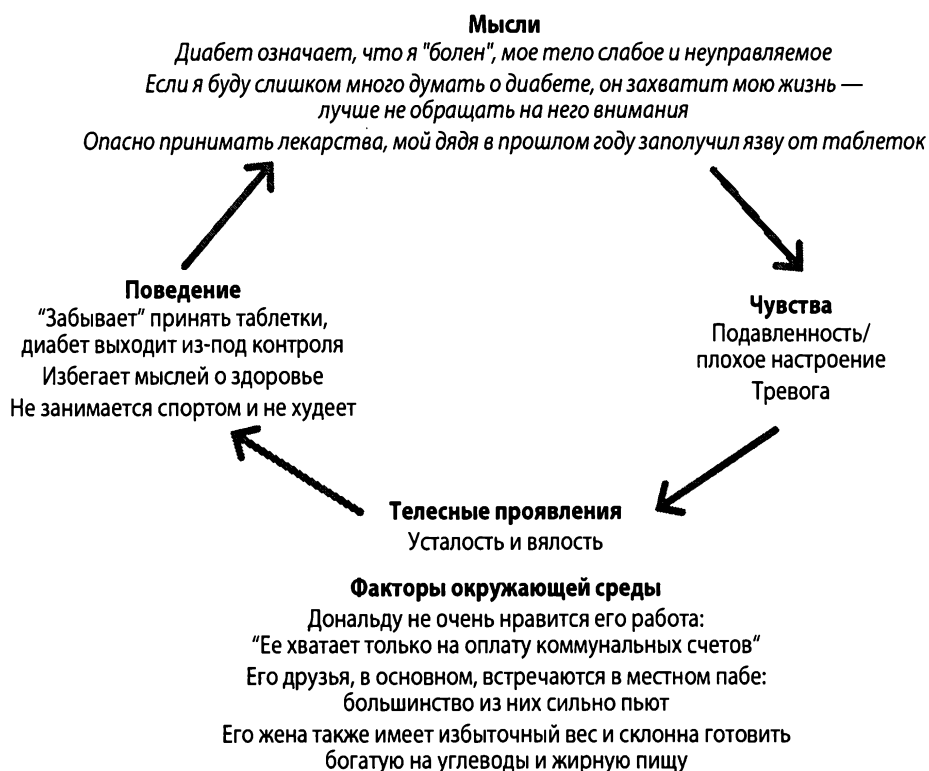
Наряду с лечением вашего физического заболевания имеет смысл обсудить, как вы относитесь к своей болезни и как можно помочь вам чувствовать себя менее тревожно.

Многие люди считают, что физические симптомы ухудшаются, если человек подавлен. Возможно, было бы полезно обсудить это?

Случай из практики 16.1. КПМ при диабете

Дональд — 56-летний декоратор с избыточным весом, у которого во время планового медицинского осмотра в прошлом году был диагностирован диабет II типа. Показатели сахара в крови свидетельствуют о том, что его диабет плохо контролируется, но Дональд не проявляет интереса к своей болезни. Лечащий врач Дональда подозревает, что тот нерегулярно принимает лекарства, потому что редко обращается за повторным рецептом. Но когда медсестра пытается рассказать ему о диабете и убедить его принимать препараты, он раздражается и становится агрессивным, говоря, что все это он уже слышал.

Лечащий врач Дональда решает использовать краткий подход КПТ, чтобы понять нежелание Дональда обсуждать диабет или принимать лекарства.



Лучше понимая Дональда, его лечащий врач чувствует себя менее потерянным и может выразить искреннее сочувствие к трудностям клиента. Это помогает улучшить их отношения и побуждает Дональда более регулярно посещать клинику, занимающуюся лечением диабета. Дональд и его врач обсуждают доказательства за и против его убеждений о диабете и вырабатывают альтернативные, более полезные мысли, такие как: "Прием лекарств может защитить меня от серьезных последствий диабета. Игнорирование проблем не поможет им исчезнуть".

Врач-терапевт также использует методы постановки целей и мотивационного интервьюирования, чтобы помочь Дональду изменить образ жизни, например, увеличить физические нагрузки и снизить вес (глава 8 "Постановка целей и преодоление сопротивления переменам").

Случай из практики 16.2. Плохое настроение при рассеянном склерозе

У 45-летней Дианы рассеянный склероз. За последние пять лет ее физическая сила и подвижность постепенно уменьшались, и сейчас она, в основном, прикована к инвалидному креслу. Она замужем, у нее двое детей, она чувствует себя все более подавленной из-за потери независимости и трудностей с выполнением повседневных задач. Она больше не может играть с детьми в подвижные игры или поднимать младшего сына, четырехлетнего Ивана.

Мысли. Я ужасная мать — я больше не могу играть с детьми.

Я подвела свою семью.

В перспективе все будет только хуже.

Чувства. Вина, депрессия.

Поведение. Сокращение общения с детьми, что подкрепляет ее убеждение о том, что она "плохая" мать.

Часто упоминает о своей предполагаемой "неудаче" своему мужу, Барри.

Это вызывает у него тревожность и подавленность, поэтому он обычно реагирует сменой темы разговора. Диана воспринимает такую реакцию как "доказательство" того, что он согласен с ее негативным мнением о себе.

Физические Повышенная усталость и вялость.

симптомы. Мышечная усталость и слабость.

Стратегии, которые может использовать лечащий врач Дианы, чтобы помочь ей чувствовать себя менее подавленной:

- поведенческая активизация и планирование деятельности, увеличение позитивной и значимой деятельности;
- увеличение социального взаимодействия и поощрение Дианы искать поддержку у друзей и членов семьи;
- записывание мыслей для выявления и оценки негативных или вредных идей;
- журнал позитивных мыслей или составление списков личных качеств для повышения самооценки, несмотря на наличие болезни.

Управление сложными физическими и эмоциональными проблемами

Список проблем

Клиенты с хроническими заболеваниями часто имеют сложное сочетание физических и эмоциональных проблем, которые могут быть затруднительными для обоих, как для врача, так и для самого клиента. Составление списка — полезный способ осмысления сложных проблем. Он сделает трудности более преодолимыми и поможет клиенту определить приоритеты, на которых следует сосредоточиться в первую очередь. Иногда люди осознают, что некоторые проблемы в списке связаны между собой и что их список трудностей не так велик, как они опасались.

Первый шаг — составить список всех проблем. Попросите клиента расставить приоритеты и определить, какие проблемы следует решить в первую очередь. Следующий шаг — более глубокое изучение ключевых проблем. Этот процесс должен включать в себя оценку практических, физических, психологических и эмоциональных аспектов проблем. Попросите человека подумать о том, что его больше всего беспокоит в его проблемах или симптомах.

Заметка 16.1. Более глубокое изучение проблемных областей

- *Что бы вы больше всего хотели изменить? Если бы мы могли поработать вместе, чтобы улучшить нечто, что бы вы улучшили?*
- *Что делает это проблемой для вас? Что вас больше всего беспокоит?*
- *Можете ли вы привести мне недавний пример? Что произошло?*
- *Как вы думаете/чувствуете/реагируете? Как реагируют другие?*
- *Что делает это лучше/хуже? (Включите в список когнитивные/поведенческие/ситуационные факторы.)*
- *Происходит ли это в определенное время или в определенных ситуациях?*
- *Есть ли моменты, когда это менее проблематично для вас? Каковы они?*
- *Каковы конкретные убеждения клиента относительно себя, своей болезни, медицинского персонала, возможно, связанные с этой проблемой?*

Случай из практики 16.3. Список проблем для клиента с хроническим заболеванием

Джин 58 лет, она работает бухгалтером, у нее избыточный вес и гипертония, артрит коленных суставов и она ожидает замены сустава. Колени очень болят, и Джин иногда принимает нестероидные противовоспалительные препараты, но возникают побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта. Это ограничивает частоту приема лекарств. Вот список проблем Джин.

1. Артрит коленных суставов.
2. Необходимость сбросить вес.
3. У мужа в прошлом году был сердечный приступ.
4. Проблемы на работе.
5. Подавленность и депрессия.

В следующем диалоге Джин и ее лечащий врач обсуждают влияние ухудшающегося артрита на ее жизнь.

Врач. Какую из проблем вы считаете наиболее важной для обсуждения в первую очередь?

Джин. Жизнь стала очень трудной теперь, когда артрит в моих коленях прогрессирует.

Врач. Почему это проблема для вас?

Джин. Я просто не могу делать так много, как раньше.

Врач. Какие физические симптомы мешают вам?

Джин. Сильная боль. И я чувствую себя такой уставшей.

Врач. Можете ли вы сказать мне, что вы больше не делаете с тех пор, как у вас развился артрит? Что вы раньше делали иначе?

Джин. Раньше я была очень активна. Я всегда гуляла и встречалась с друзьями. Сейчас я вообще почти не выхожу на улицу и редко вижу с друзьями.

Врач. Что вы чувствуете, когда больше не можете делать этого?

Джин. Это подавляет меня. Иногда я злюсь из-за этого.

Врач. Ясно. Можете ли вы сказать мне, что именно подавляет вас? Какие мысли у вас возникают, когда вы так себя чувствуете?

Джин. Я думаю, что моя жизнь закончилась. Мне всего 58 лет, но моя жизнь уже так пуста и бессмысленна.

Врач. Понимаю. Наверное, очень трудно справляться с болью. Я бы хотел подытожить то, что вы рассказали мне о своих проблемах на данный момент:

Вы сказали, что артрит причиняет вам сильную боль и что вы также чувствуете себя очень уставшей. Из-за этого вы практически не можете выходить из дома и встречаться с друзьями, что подавляет вас, потому что вы думаете: "Моя жизнь закончилась. Мне всего 58 лет, но моя жизнь пуста и бессмысленна". Что вы думаете обо всем этом? Есть ли что-то, что вы можете сделать, чтобы изменить это?

Джин. Я вижу, что мне очень не хватает встреч с друзьями. Но это так трудно осуществить с моим артритом.

Врач. Похоже, вы зашли в тупик. Интересно, есть ли способ сделать вашу жизнь более приятной и достойной, даже если вы продолжаете страдать от артрита и боли?

Джин. Я не думала об этом раньше. Но я вижу, что мне будет легче, если в моей жизни будет больше приятных вещей. Мне нужно подумать о том, что я еще могу делать.

Врач. Это отличная идея. Возможно, мы могли бы составить список предложений...

Джин и ее врач повторяли эту беседу несколько раз, чтобы составить следующую таблицу, показывающую самые важные проблемы Джин.

Проблема	Артрит коленных суставов	Необходимость сбросить вес	У мужа в прошлом году был сердечный приступ
Симптомы	Боль, особенно при ходьбе. Скованность движений. Усталость и вялость. Плохой сон.	Усугубляет артрит. Быстрая утомляемость.	Напряжение. Плохой сон.
Мысли о проблеме	У меня слишком сильно болит, чтобы наслаждаться жизнью. Я не могу делать то, что делала раньше. Моя жизнь действительно изменилась.	Еда — единственное удовольствие в жизни сейчас. Я не могу ничем заниматься из-за боли в коленях. Нет смысла пытаться — мне никогда не удастся ничего изменить.	Что если у него опять случится приступ? Я не справлюсь со всем одна. Я несу ответственность за его здоровье. Ему нужно постоянно отдыхать, чтобы защитить свое сердце.

Проблема	Артрит коленных суставов	Необходимость сбросить вес	У мужа в прошлом году был сердечный приступ
Чувства, связанные с проблемой	Разочарование. Подавленность. Недовольство.	Виноватость. Плохое настроение.	Тревога. Беспокойство.
Поведение	Перестала ходить на работу пешком. Постепенно сокращает репертуар досуга. Меньше общается с людьми.	Старается "соблюдать диету", но часто перекусывает. Часто нарушает диету. Снижает активность, включая приятные занятия.	Боится оставлять его одного: "А вдруг у него случится еще один сердечный приступ, пока меня нет дома?" "Выполняет сама большую часть работы по дому, потому что "мужу надо отдыхать".

Постепенно углубляя понимание своих проблем, Джин смогла определить несколько простых способов преодоления некоторых из них, в том числе:

- увеличение времени, потраченного на приятные занятия или хобби, несмотря на боль;
- постепенное увеличение щадящих физических упражнений, таких как плавание, которые не усиливают боль в колене;
- сосредоточение на здоровом питании, а не на ограничениях и экстремальных диетах;
- поощрение мужа брать на себя больше ответственности за работу по дому (после инфаркта важно набраться сил, а не постоянно отдыхать). Это может повысить его самооценку и даст Джин больше времени, чтобы сосредоточиться на себе.

Преодоление неопределенности

Неопределенность — неизбежная часть жизни человека почти с любым физическим заболеванием. Некоторые клиенты способны принять эту неопределенность как неизбежность. Они могут "жить настоящим", концентрируясь на том, что они знают, вместо того чтобы постоянно беспокоиться о том, чего не знают и не могут контролировать. У других клиентов неопределенность ассоциируется с невыносимой тревогой,

безнадежностью и страхом. Они могут быть озабочены мыслями *“что если”* о том, что в будущем может пойти не так. Некоторые клиенты начинают жить так, будто худшее уже произошло.

Может оказаться полезным побудить клиентов, с трудом мирящихся с неопределенностью, взглянуть в лицо их страхам, деликатно и открыто обсуждая мысли, вызывающие тревогу. Например, клиент, который боится умереть, может опасаться возможной боли или волноваться о благополучии близких после своей смерти.

Что именно в этом заставляет вас так тревожиться?

Если бы это случилось, что было бы для вас самым страшным?

Как вы представляете себе происходящее, вызывающее у вас такую тревогу?

Следующий этап — оценка того, насколько мысли реалистичны и полезны, и поиск более сбалансированного взгляда на будущее.

Это наиболее вероятная или реалистичная возможность? Есть ли другой способ взглянуть на ситуацию?

Стратегии преодоления неопределенности

Определите стратегии преодоления потенциальных проблем

Проведите время с клиентами, обсуждая и планируя, как они смогут совладать с ситуацией, если худшее действительно произойдет. Спросите человека, как он справится с каждым из возможных вариантов (переключите мысли *“что если”* на *альтернативные планы*).

Усиьте чувство контроля клиента над жизнью

Поощряйте людей сосредоточиться на тех аспектах их жизни, которые они действительно могут изменить (например, то, как они проводят время каждый день), вместо того чтобы постоянно фокусироваться на областях, которые они не в силах контролировать (что может случиться в будущем). Это может быть увеличение времени, проводимого с семьей и близкими друзьями, или другая приятная или значимая деятельность.

Принять неопределенность как нормальную часть жизни

Жизнь *всегда* полна неопределенности. Жизнь человека наполняется негативными мыслями, чувствами и непродуктивным поведением,

что только усугубляет его проблемы, если он сосредоточен на худшем возможном исходе и ведет себя так, *как будто* это наиболее вероятный исход или *как будто* худшее уже произошло.

Случай из практики 16.4. Преодоление неопределенности

У 45-летней Ванессы образовалась злокачественная опухоль молочной железы. Опухоль была успешно удалена, а последующие сканирования показали, что признаков распространения заболевания нет. Год спустя Ванесса чувствует себя хорошо, признаков рецидива нет. Однако она по-прежнему боится, что рак может вернуться.

Ванесса. Я не могу перестать волноваться о будущем. Я все время думаю: "Что если он вернется? Что если в следующий раз они не смогут его вылечить?". Знаю, что сейчас я здорова, и я очень благодарна, но я бы хотела чувствовать себя спокойнее в отношении будущего.

Врач. Что вам нужно, чтобы чувствовать себя спокойнее?

Ванесса. Мне просто нужна уверенность, что рак не вернется.

Врач. Вы хотели бы быть уверенной в том, что рак никогда не вернется?

Ванесса. Да, хотя я знаю, что это невозможно. Никто никогда не может сказать это наверняка.

Врач. Вы, вероятно, правы. Никто и никогда не может быть уверен на 100% ни в чем в будущем. Что из того, что вы знаете наверняка, помогло бы вам чувствовать себя лучше?

Ванесса. Я бы знала, что снова смогу все контролировать.

Врач. Над чем вы бы хотели иметь больший контроль?

Ванесса. Я могла бы направить свои усилия на продолжение своей жизни, продолжать работать, проводить время с детьми.

Врач. Вы переживаете, что потеряете контроль над этими сферами своей жизни?

Ванесса. Когда мне очень тревожно, я просто думаю: "Я знаю, что все вернется", — и все время думаю о том, что потеряю".

Врач. Вы делаете это реже, чем раньше?

Ванесса. Наверное, да. Я имею в виду, какой смысл прилагать усилия к работе или строить свою жизнь, если все это будет отнято у меня раком?

Врач. Итак, вы говорите, что иногда беспокоитесь о своем будущем здоровье и думаете: "Я знаю, что рак вернется", — что заставляет вас чувствовать себя очень тревожно. И вы реагируете на это сокращением некоторых видов деятельности, потому что вам кажется бессмысленным заниматься ими, если в будущем у вас разовьется рак. Так ли это?

Ванесса. Да, это так. Раньше я об этом не задумывалась.

Врач. Что вы думаете об этом сейчас? Модели поведения, обусловленные такими мыслями, непродуктивны?

Ванесса. Ну да, потому что это означает, что я сокращаю ту деятельность, которая действительно важна для меня.

Врач. Все эти переживания мешают вам делать то, что для вас важно. Предположим, что рак вернется в конце концов. Как бы вы жили в таком случае? Как вы думаете, хотели бы вы провести большую часть этого времени, беспокоясь о будущем?

Ванесса. Нет, совсем нет. Я бы, наверное, хотела думать, что наслаждалась своей жизнью. Я бы хотела проводить как можно больше времени со своей семьей. Я бы не хотела тратить все свое время на беспокойство о будущем.

Врач. Что вы могли бы сделать по-другому, что помогло бы вам?

Ванесса. Думаю, я могла бы сосредоточиться на том, что действительно важно. Например, проводить время, играя с детьми и общаясь с мужем.

Изменения во внешности

Многие физические заболевания влекут за собой изменения во внешности, что вызывает сильные переживания у некоторых клиентов. Если люди ассоциируют изменения во внешности с потерей собственной значимости или ценности, у них, скорее всего, снижается самооценка и ухудшается настроение. Негативное восприятие может быть следствием убежденности клиентов в том, что мнение окружающих о них изменилось, или же следствием их взгляда на самих себя. Негативные представления человека о себе можно устранить с помощью методов когнитивной реструктуризации. Поведенческие эксперименты также эффективное средство укрепления новых, более полезных убеждений.

Случай из практики 16.5. Как справиться с изменениями во внешности

Реджинальд — 76-летний вдовец, проживающий в доме престарелых. Многие годы он страдает диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Недавно ему ампутировали ногу ниже колена. Реджинальд веселый человек, которого любят и с которым в доме престарелых все общаются. Однако после операции он стал очень угрюмым и замкнутым. Во время приема лечащий врач потратил несколько минут на обсуждение изменений в настроении Реджинальда.

Мысли. Я выгляжу ужасно, другие не захотят проводить со мной время. Они подумают, что я уже не тот человек, что я — “неполноценный”.

Чувства. Грусть.

Поведение Избегание социальных ситуаций.
Проводит долгие часы в одиночестве в своей комнате.

Планирование поведенческого эксперимента для Реджинальда.

Что я собираюсь делать? (Что, где, когда?).	Посетить еженедельный вечер игры в бинго. Приглашу нескольких старых друзей присоединиться ко мне.
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Мои друзья будут реагировать на меня по-разному. Им будет неловко, они постараются избегать визуального контакта. Некоторые придумают предлог, чтобы не приходить, или сядут от меня подальше.
Какие проблемы могут возникнуть при осуществлении плана?	Я могу почувствовать себя слишком уставшим или слишком болезненным, чтобы идти на вечер.
Как можно преодолеть эти проблемы?	Приму обезболивающее и немного вздремну днем.
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	Все, казалось, были очень рады меня видеть. Несколько человек сказали, что я очень хорошо выгляжу. Никто не пытался меня избегать. Несколько человек подошли и сказали, что рады меня видеть.

Что я узнал из этого эксперимента?

Люди не обязательно будут думать обо мне хуже из-за физических изменений. Каждый человек со временем меняется внешне по разным причинам. Это не меняет меня как личность.

Преодоление неприятных симптомов

У людей с хроническими заболеваниями встречаются самые разные физические симптомы, в том числе боль, головокружение, шум в ушах, желудочно-кишечные симптомы, хронический кашель или одышка. Некоторые симптомы можно облегчить с помощью соответствующих лекарств. Однако многие трудно устранить полностью, а другие симптомы могут быть даже *вызваны* побочными эффектами лекарственной терапии.

Общие стратегии преодоления неприятных телесных ощущений.

- *Снижение сосредоточенности на себе*: сократите количество внимания, направленного на внутренние телесные процессы. Это поможет сделать телесные ощущения и симптомы менее навязчивыми и неприятными.
- *Отвлечение* поможет отклонить внимание от сильных неприятных физических или эмоциональных переживаний.
- *Планирование деятельности*: увеличьте количество занятий, которые приносят удовольствие или придают жизни смысл.
- *Постепенная физическая нагрузка*: повышайте уровень физической нагрузки, чтобы улучшить физическую форму и настроение, преодолеть усталость и утомление.
- *Релаксация*: снижение фонового уровня тревоги и напряжения.
- *Осознанность* поможет уменьшить влияние неприятных телесных проявлений, побуждая клиента рассматривать их как просто одну из составляющих его переживаний.
- *Выявление и лечение основных эмоциональных расстройств*: например, депрессии, тревожности или панического расстройства.

Одышка при респираторных заболеваниях

При таких болезнях, как хроническое обструктивное легочное заболевание, одышка — распространенный симптом. Некоторые люди могут спокойно переносить это ощущение, в то время как другие находят его чрезвычайно пугающим и неприятным. Клиенты могут сильно волноваться и паниковать из-за затрудненного дыхания, и это может увеличить количество их обращений за медицинской помощью.

Стратегии преодоления одышки

- Выявление катастрофических мыслей об одышке (*я задохнусь и умру*), поиск сбалансированной альтернативной перспективы с помощью направляемого открытия или записи мыслей.
- Четкие объяснения тревоги и того, как она может вызывать ощущение одышки, которое усугубляет тревогу, образуя негативный цикл.
- Составление списка успокаивающих утверждений (*это пугает, но я уже много раз справлялся с этим*).
- Улучшение физической формы и переносимости физических нагрузок с помощью поэтапных тренировок или специальной программы реабилитации для людей с хроническим обструктивным заболеванием легких.
- Снижение уровня защитного поведения, например, чрезмерного использования ингаляторов, когда в них нет необходимости.
- “Дыхание с поджатыми губами”: начните с расслабления мышц шеи и плеч. Затем сделайте обычный медленный вдох через нос на два счета. И наконец, медленно выдохните через щелку в губах на четыре счета. Повторяйте несколько минут.
- Отвлечение.
- Увеличение позитивной и значимой деятельности и социального взаимодействия.

Ключевые моменты

- Пять областей КПМ представляют собой полезную структуру для обсуждения психологических, эмоциональных и поведенческих аспектов хронического физического заболевания.
- Ваша цель — помочь клиенту лучше понять свое состояние и управлять им, а также улучшить качество жизни, самостоятельность и удовольствие, несмотря на физическое заболевание.
- Основное внимание уделяется повышению эффективности функционирования в ценностных сферах жизни. Поведенческая активация и планирование активностей — одни из самых эффективных и полезных способов улучшить настроение и уменьшить эмоциональный дистресс, связанный с проблемами физического здоровья.
- Усиьте чувство контроля клиента, поощряя его к изменениям в тех сферах жизни, на которые он действительно может влиять.
- Старайтесь не слишком успокаивать тревожных клиентов. Преодоление неуверенности в будущем включает в себя эмпатическое слушание для выявления конкретных страхов человека, а затем поиск способов помочь ему справиться с негативными мыслями, используя записи мыслей, а также поиск способов справиться с ситуацией, если худшее действительно произойдет (планирование *альтернатив*).
- Также поможет четкое объяснение всех симптомов, включая те, что вызваны эмоциональными факторами, такими как тревожность. Предоставьте "расширяющее возможности" объяснение, включив в него информацию, которая поможет клиенту справиться с симптомом, когда он возникнет.
- Эффективные стратегии преодоления неприятных телесных ощущений: отвлечение, планирование деятельности, осознанность, релаксация и снижение концентрации внимания на внутренних ощущениях.
- Не забудьте провести обследование на наличие депрессии и тревожных расстройств, которые чаще встречаются у клиентов с физическими заболеваниями, но недостаточно диагностируются и недостаточно лечатся.

Функциональные расстройства соматического характера

Хроническая боль

Что такое хроническая боль

Это боль, которая сохраняется в течение как минимум трех месяцев после периода восстановления после болезни или травмы. Она может развиваться постепенно как часть хронического заболевания или может быть спровоцирована острой травмой. Такая боль плохо поддается обычному лечению, причиняет огромные страдания и заметно ухудшает самочувствие и качество жизни человека.

Хроническая боль — важная проблема первичной медицинской помощи: 60% клиентов с хронической болью посещали своего врача 2–9 раз за предыдущие шесть месяцев, а 11% — не менее 10 раз [Breivik et al., 2006]. В первичном звене здравоохранения наиболее распространены причины хронической боли в связи с болезнями опорно-двигательного аппарата, но боль может быть вызвана многими другими заболеваниями.

Заметка 17.1. Общие состояния, связанные с хронической болью

- Заболеваний опорно-двигательного аппарата (артрит, боль в шее и спине, переломы, растяжения и др.).
- Локализованные или региональные болевые проблемы (хроническая тазовая боль, простатит, некардиальная боль в груди).
- Распространенные болевые синдромы (фибромиалгия, воспалительные или аутоиммунные заболевания).
- Нейропатическая боль (диабетическая нейропатия, постгерпетическая невралгия, травма нерва, комплексный региональный болевой синдром).
- Неврологические заболевания и головная боль (мигрень, невралгия тройничного нерва, головная боль напряжения).
- Другие физические состояния, вызывающие постоянную боль (сердечно-сосудистые заболевания, рак).

У кого возникает хроническая боль

Определенные группы людей более склонны к развитию хронической боли или инвалидности после острой травмы. Психосоциальные барьеры на пути к выздоровлению могут ассоциироваться с плохими результатами, в том числе с усилением боли, долгосрочной инвалидности и с безработицей [Hasenbring, 2012].

Заметка 17.2. Психосоциальные барьеры на пути к выздоровлению при острой боли в спине [Hasenbring et al., 2012]

- Неверное восприятие общего состояния здоровья.
- Убеждения в том, что боль и активность вредны и избегание активности поможет выздоровлению (избегание страха).
- Катастрофический стиль мышления и психологический дистресс.
- Поведение, как у человека с болью или больного, например, длительный отдых.
- Депрессия, плохое настроение и социальная замкнутость.
- История боли в спине, отгулы; финансовые льготы.
- Факторы на рабочем месте, такие как стресс, физически тяжелая работа, отсутствие поддержки со стороны коллег, неудовлетворенность работой и отношением работодателя.
- Стрессовые жизненные обстоятельства.

Развитие хронической боли

При хронической боли система боли организма может функционировать неправильно, что сохраняет боль, несмотря на отсутствие травмы или повреждения тканей. Это можно объяснить теорией блокаторов боли (заметка 17.3) и феноменом физического возбуждения (заметка 17.4).

Заметка 17.3. Теория блокаторов боли

Теория блокаторов (воротного контроля) боли [Melzack & Wall, 1965] предполагает, что на восприятие боли влияет взаимодействие между различными нейронами. Это объясняет, как эмоциональные и поведенческие факторы могут воздействовать на восприятие боли.

- Когда человек испытывает повреждение тканей или травму, болевые "сообщения" (импульсы) по периферическим нервам идут к спинному и головному мозгу. В спинном мозге есть "нервные ворота" (в дорсальном роге), которые могут подавлять (закрывать) или содействовать (открывать) нервным импульсам, идущим от тела к мозгу. Чем сильнее открыты эти "ворота", тем больше боли переживает человек.
- Факторы, открывающие ворота и усиливающие восприятие боли, включают в себя негативные эмоции и поведение (постоянное беспокойство о боли, чувство депрессии и социальная замкнутость).
- Факторы, закрывающие ворота боли и уменьшающие боль, содержат положительные эмоции, отношение и поведение (чувство контроля, управление стрессом, постепенное выполнение физических упражнений и проведение времени с друзьями и семьей).

Заметка 17.4. Феномен физического возбуждения

Люди с хронической болью часто считают, что боль говорит о продолжающемся повреждении тканей и травме. Это может привести к такому непродуктивному поведению, как чрезмерный отдых в попытке устранить или избежать боли.

Феномен физического возбуждения [Mendell & Wall, 1965] объясняет, почему хроническая боль может усиливаться даже без дальнейшей травмы или телесных повреждений. Когда люди переживают постоянную боль, нервы, передающие импульсы в мозг, "обучаются" лучше передавать болевые сигналы. Интенсивность таких сигналов повышается, а восприятие боли усиливается, даже если травма или заболевание не меняются. В этот момент боль можно рассматривать как "хроническую", и она перестает быть полезным сигналом о болезни.

Модель КПТ при хронической боли

Типичные мысли при хронической боли

- Клиенты с хронической болью, как правило, имеют широкий спектр негативных убеждений о здоровье и бесполезных стилях мышления, представленных ниже.

- Катастрофизация (*Эта боль невыносима; я не могу с ней справиться*).
- Убеждение, что активность опасна (*если боль усиливается, то я, должно быть, причиняю себе необратимый вред; лучше отдохнуть, когда мне больно*).
- Постоянные мысли и переживания по поводу боли (*Болят так сильно, что со мной, должно быть, что-то серьезное*).
- Мышление “все или ничего” (*чтобы чувствовать себя лучше, я должен полностью избавиться от боли*).
- Самокритика и низкая самооценка (*боль означает, что я слаб, неспособен или нелюбим*).
- Мысли о том, что я себя не контролирую (*ничто не помогает справиться с болью*).

Чувства при хронической боли

Клиенты с хронической болью часто переживают депрессию, тревогу о будущем, теряют удовольствие от повседневной деятельности и могут чувствовать безнадежность или беспомощность перед лицом непрекращающейся, нестерпимой боли. Они также могут напрягаться, раздражаться и злиться из-за боли. Эти эмоции, скорее всего, усилят боль, образуя негативный цикл.

Телесные проявления

Хроническая боль связана со многими видами физического дискомфорта, в том числе с головными и мышечными болями, болями в спине, в животе и тазу. Другие сопутствующие физические симптомы:

- слабость и скованность (часто из-за отсутствия активности);
- напряжение и симптомы, связанные с тревогой; плохой сон;
- вялость и усталость;
- побочные эффекты лекарств;
- увеличение веса из-за слабой активности и переедания.

Изменения в поведении

- “Болевое поведение” обычно направлено на облегчение или предотвращение страданий, или на получение поддержки путем

информирования других о том, что человек страдает. При хроническом заболевании такое поведение часто усугубляет боль, образуя негативный цикл.

- Снижение активности и чрезмерный отдых, чтобы избежать боли.
- Социальная изоляция и замкнутость.
- Плохой темп деятельности со “взлетами и падениями”.
- Вздохи, стоны, гримасы при движении, хромота, использование тростей, инвалидных кресел или других приспособлений, таких как шейные воротники.
- Бесконечные разговоры о боли.
- Чрезмерная зависимость от обезболивающих препаратов.
- Отстранение от себя, чтобы не чувствовать боль.
- Принятие на себя “роли больного” в семье.

Факторы окружающей среды

К значимым психосоциальным факторам хронической боли относятся:

- социальное влияние хронической боли (потеря работы/социального статуса, финансовые трудности);
- межличностные факторы (повышенный стресс и давление на семью, изменение отношений с другими людьми);
- фоновые экологические/социальные трудности (неудовлетворенность работой, проблемы в отношениях);
- соответствующий прошлый опыт болезни (у себя и у других);
- отношение и взаимоотношения с медицинскими работниками.

Случай из практики 17.1. Фибромиалгия

У 43-летней Ниши — генерализованные боли и сильная усталость. В прошлом году у нее диагностировали фибромиалгию. Она ощущает ломоту, боли и жжение во всем теле, особенно в спине и шее. Ниша чувствует себя очень скованной и ей трудно вставать по утрам. У нее также бывают периоды сильной усталости, когда она вообще не может ничего делать.

Боли начались, когда у Ниши был сильный стресс на работе в должности директора по маркетингу. Она работала до поздней ночи, а также сидела на диете и усиленно занималась спортом, пытаясь сбросить вес. Сейчас она полностью прекратила работу и сократила физические нагрузки, но боль и усталость не проходят. Она регулярно принимает обезболивающие, но они вызывают у нее сильную сонливость. Ниша прошла несколько курсов физиотерапии, которые немного помогли, но боль полностью не проходит и часто возвращается через несколько месяцев после окончания курса лечения.

Мысли и убеждения Не могу выносить эту ужасную боль, она разрушает мою жизнь. Боль означает, что мое тело повреждено. В перспективе все только ухудшится.	Чувства Раздражительность и разочарование. Обеспокоенность и тревожность.
Поведение Больше не ходит на работу. Сильно нагружает себя в "хороший день", после чего боль усиливается (подъем-спад). Стала замкнутой; снизила физическую активность и меньше занимается с детьми.	Телесные проявления Сильная боль во всем теле. Стреляющие, колющие и жгучие боли. Скованность по утрам. Усталость и приступы крайней вялости.
Факторы окружающей среды Оставила работу, чтобы уйти в отпуск по уходу за ребенком; ей это нравится, но она также скучает по своей прежней роли. Напряженные отношения с мужем и детьми из-за плохого настроения и раздражительности.	

Негативные циклы

Многие люди с хронической болью очень боятся ее. Чтобы избежать боли после травмы, они ограничивают свою деятельность и продолжают в таком же духе даже после устранения первоначального повреждения. Вначале это уменьшает боль, но в долгосрочной перспективе ведет к постепенной потере физической формы, мышечной силы и гибкости, а также к усилению боли. Чрезмерное внимание к боли повышает тревожность и ухудшает настроение, а также усиливает восприятия боли как негативного цикла (рис. 17.1).

Преодоление хронической боли

Подход КПТ к лечению хронической боли направлен на то, чтобы переключить внимание клиента с лечения или устранения боли на ее преодоление и на улучшение качества жизни, несмотря на продолжающуюся боль. Эта стратегия должна включать комбинированный подход к лечению, включающий медицинские и психологические методы. Следует также устранять любые сопутствующие расстройства настроения, такие как депрессия.

Первые шаги — установление взаимопонимания

Начальный шаг в первичной медицинской помощи — установление доверия и улучшение отношений с клиентами. Убедитесь, что вы четко осознаете, что боль реальна, чрезвычайно мучительна и мешает повседневной жизни человека. Постарайтесь узнать его в целом, о его семье, увлечениях или о домашних животных.

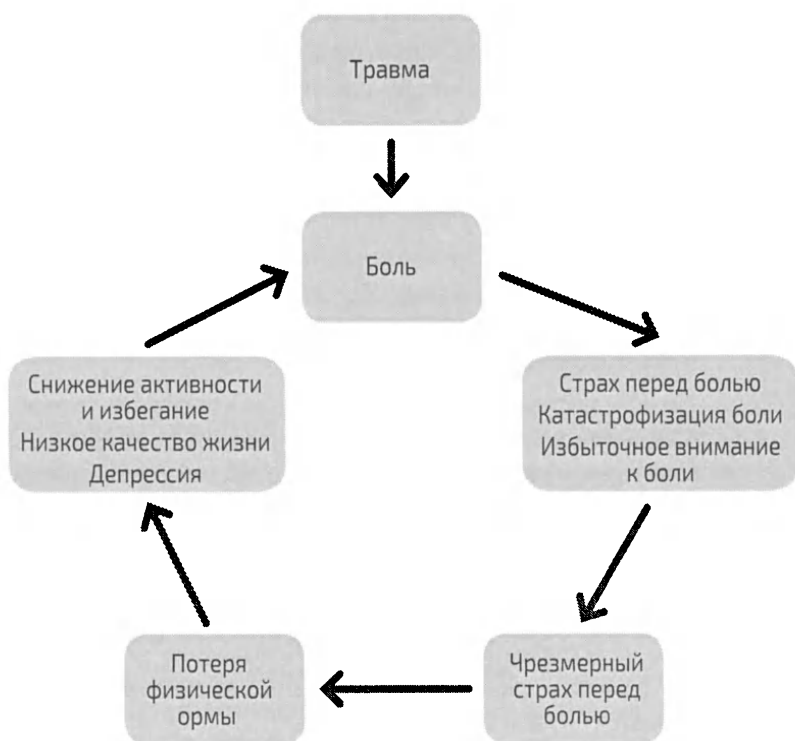


Рис. 17.1. Негативные циклы при хронической боли

Потратьте время на изучение всех аспектов проблемы, прежде чем предлагать какие-либо объяснения или решения. Как и в случае с тревогой о здоровье (глава 15 “Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы”), полезно начать с тщательного изучения физических симптомов у клиента в ходе более длительной первичной консультации. Объясните, что обсуждение психологических факторов не означает прекращения медицинского обследования или лечения при наличии показаний.

Эффективное лечение боли может потребовать междисциплинарного подхода с участием группы коллег, служб первичной медицинской помощи и психологической поддержки. Не забывайте о необходимости обращения к местным специалистам по боли и программам лечения, если таковые имеются, на ранних этапах терапии.

Объяснения, расширяющие возможности

Всегда четко объясняйте причины хронической боли, например, теорию блокаторов (воротного контроля) боли. Это поможет вам обосновать более широкий подход, включающий в себя роль мыслей, эмоций и поведения для улучшения качества жизни клиента. Также полезно обсудить разницу между “болью” и “вредом” и напомнить человеку, что усиление боли не обязательно указывает на дальнейшее повреждение или на ухудшение травмы (“феномен физического возбуждения”).

От теории

к практике...

Объясните разницу между “болью” и “страданием”, чтобы обосновать необходимость повышения приятной активности у клиентов с хронической болью.

“Боль” — индивидуальный уровень субъективного дискомфорта. Напомните клиенту, что полностью избавиться от хронической боли невозможно, а попытки сделать это могут иметь нежелательные негативные последствия, со временем только усугубляющие боль.

В отличие от этого, “страдание” — негативное влияние боли на жизнь человека. Зачастую полезнее сосредоточиться на облегчении страданий, а не просто на “избавлении” от боли. Это может означать принятие долгосрочного решения жить радостно, несмотря ни на что.

Просмотр и краткое изложение записей

Клиентам с длительной хронической болью полезно просмотреть свои записи и кратко изложить основные проблемы, что позволит медицинским работникам принимать более обоснованные решения о медицинском обслуживании и в долгосрочной перспективе сэкономит время и усилия. Такая работа также может выявить повторяющиеся при болезни модели поведения.

Журнал боли

В такой журнал можно записывать уровень боли клиента в течение обычной недели (рис. 17.2). Его также можно использовать для установления связи между болью и конкретными эмоциональными или поведенческими факторами.

Время/ дата	Что вы делали?	Насколько сильной была боль? (оценить уровень 0–100)	Что вы чувствовали (злились, грустили, волновались)?	Что вы делали, чтобы справиться с болью? (Насколько сильной была боль после этого?)
Вторник, 10 утра	Смотрел телевизор	70	Тоска	Принял обезболивающее Лег спать (50)
Среда, 13.00	Готовил обед	80	Тревога	Принял обезболивающее Позвонил другу (60)

Рис. 17.2. Журнал боли

Поведенческие стратегии управления хронической болью

Нарастающая активность предполагает соблюдение запланированного базового уровня активности до тех пор, пока клиент не улучшит контроль над болью, а затем постепенное повышение уровня активности по мере увеличения выносливости и мышечной силы человека. Клиент выбирает реалистичную отправную точку, которая позволяет ему выполнять упражнения ежедневно, как в хорошие, так и в плохие дни, а затем постепенно повышает уровень активности. Во время обострения боли или болезни он может снизить активность до исходного уровня (но не до полного покоя), чтобы восстановить контроль, а затем вернуться к наращиванию активности, когда ситуация улучшится.

Поэтаные занятия. Клиентов поощряют выполнять физические упражнения, постепенно повышая их уровень. Это развивает физическую выносливость и силу человека, а также укрепляет его уверенность в своей способности без особого труда вести активный образ жизни. Такие занятия должны состоять из небольших шагов и реалистичных целей (например, начать с 5–10 минут ходьбы или с работы в саду).

Постановка целей и поведенческая активация. Поощряйте клиентов к увеличению значимой и приятной деятельности, несмотря на боль. Люди также должны сократить непродуктивное поведение, например, количество времени, потраченное на чтение о болезни или разговоры о ней с окружающими. Изменения в поведении должны быть простыми, реалистичными и достижимыми, их следует планировать и согласовывать совместно с клиентом.

Поведенческие эксперименты. Непродуктивные убеждения о боли можно проверить с помощью поведенческих экспериментов.

Случай из практики 17.2. Поведенческие эксперименты при хронической боли

Джон — 42-летний механик с хроническими болями в спине и в плече после несчастного случая на производстве. Он не работает уже более двух лет.

Мысли. Когда боль возникает, лучше отдохнуть, иначе я могу еще больший навредить.

Я должен полностью избавиться от боли, прежде чем смогу жить дальше.

У меня никогда ничего не улучшится.

Чувства. Грусть, подавленность, гнев.

Поведение. Не работает; проводит часы, лежа на диване и смотря телевизор.

Все больше изолируется от друзей.

Окружающая среда. У восьмилетнего сына проблемы в школе; некоторые трудности в браке.

Финансовые трудности из-за длительной безработицы.

Схема планирования поведенческого эксперимента Джона.

Мысль для проверки. Когда боль возникает, лучше отдохнуть, иначе я могу еще больше навредить.

Альтернативная точка зрения. Боль не опасна. Лучше оставаться активным.

Что я собираюсь делать. (Что, где, когда?)	Попробую продолжить деятельность, несмотря на боль, и посмотрим, что будет. Попробую 20 минут делать то, что мне нравится, например, выполню одну или две работы по дому.
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Мне будет ужасно больно после пяти минут активности. Это будет продолжаться весь день.
Какие проблемы могут возникнуть в связи с осуществлением этого плана?	Я могу быть слишком уставшим или не в том настроении, чтобы сделать что-то.
Как можно преодолеть эти проблемы?	Планирую сделать задуманное, даже если у меня не будет подходящего настроения, и посмотрю, что получится.
Что произошло, когда я попробовал?	Боль продолжалась, но не усиливалась. Я смог сделать несколько дел и был доволен собой. После этого мое настроение немного улучшилось.
Чему я научился в ходе эксперимента? Активность может быть полезной. Боль может быть не такой сильной, как я ожидаю. Я все равно могу все сделать, даже если мне больно.	

Когнитивные стратегии

При хронической боли когнитивные стратегии включают в себя выявление, оценку и рефрейминг любых негативных, вредных или катастрофических мыслей о боли, об “опасностях” деятельности или негативных взглядов на будущее (заметка 17.5).

Другие когнитивные стратегии:

- отвлечение: концентрация внимания на негативных мыслях или боли;
- поощрение принятия: научиться рассматривать боль как неприятную, но потенциально неизбежную часть жизни, признавая, что полное излечение от нее маловероятно;
- осознанность и релаксация.

Физические/медицинские стратегии

Методы релаксации, такие как глубокое дыхание, прогрессивная мышечная релаксация, массаж и йога, полезны для ослабления боли и улучшения сна.

Заметка 17.5. Рефрейминг вредных убеждений о боли

Убеждение	Сбалансированная точка зрения
Чтобы чувствовать себя лучше, я должен полностью избавиться от боли.	Я могу жить полноценной жизнью, даже если мне больно.
Почувствовав боль, я должен отдохнуть, чтобы не навредить в дальнейшем.	Боль — не то же самое, что “вред” и не означает, что я сделаю себе хуже. Готовность терпеть некоторый дискомфорт в краткосрочной перспективе поможет мне улучшить физическую форму, накопить силу и уменьшить боль в перспективе долгосрочной, а также улучшить качество моей жизни.
Не могу справиться с такой ужасной болью.	Я могу и хочу справиться с болью, я научился многим способам справляться с ней, когда она возникает.
Я сам навлек на себя эту боль, я во всем виноват.	Боль — это медицинская проблема, в которой никто не виноват; полезнее подумать, как мне улучшить свою жизнь, а не постоянно винить себя.

Синдром хронической усталости

КПТ при синдроме хронической усталости

Телесные проявления

Синдром хронической усталости (СХУ) включает в себя постоянную умственную и физическую усталость и истощение, которые не прекращаются после отдыха или сна и часто провоцируются

минимальными нагрузками. Другие проявления симптома: головные боли, неосвежающий сон, плохая концентрация внимания и нарушение памяти, чувствительность желез, частые боли в горле и мышечные боли. Эти симптомы могут колебаться по степени тяжести и интенсивности и сильно отличаться у разных людей. Они значительно влияют на повседневную жизнь человека.

Мысли

Клиенты с СХУ, как правило, придерживаются ряда бесполезных убеждений и стилей мышления:

- боязнь того, что активность усугубит симптомы (*если я займусь хоть малейшим делом, то полностью вымотаюсь*);
- страх перед симптомами и их влиянием на жизнь (*усталость совершенно неуправляема*);
- перфекционистские убеждения, ведущие к модели поведения “подъем-спад”: (*мне нужно полностью закончить работу, прежде чем отдохнуть*);
- чрезмерное внимание к симптомам приводит к их ухудшению и дальнейшему избеганию.

Поведение

Клиенты с синдромом хронической усталости склонны снижать или избегать активности и слишком много отдыхать. Это ухудшает их физическую форму и мышечную силу, усугубляя вялость и усталость, что образует негативный цикл. Как и при хронической боли, у многих клиентов с СХУ наблюдается “подъем-спад” в активности, чередующийся с длительными периодами отдыха. Это затрудняет поддержание режима и приводит к постепенной потере физической формы (рис. 17.3). Люди также могут сократить важную и значимую деятельность, в том числе работу, отдых и социальную активность. Нерегулярный режим сна, вместе с дневным, усугубляет трудности со сном.

Чувства

Клиенты с СХУ могут переживать депрессию, подавленность и беспокойство о будущем. Негативные эмоции снижают болевой порог, усиливают чувство усталости, уменьшая мотивацию и уровень активности человека.

От теории к практике...

Полезно обсудить эмоциональные аспекты проблемы, например, спросив клиента: *“Похоже, синдром хронической усталости сильно изменил вашу жизнь, что вы чувствуете при этом?”*.

Однако некоторым людям с синдромом хронической усталости трудно обсуждать свои эмоции либо они придерживаются негативных убеждений относительно выражения эмоций или обмена ими с другими людьми. Если человек не хочет обсуждать эмоциональные аспекты, следуйте его примеру и сосредоточьтесь на обсуждении соответствующих моделей поведения и мыслей.

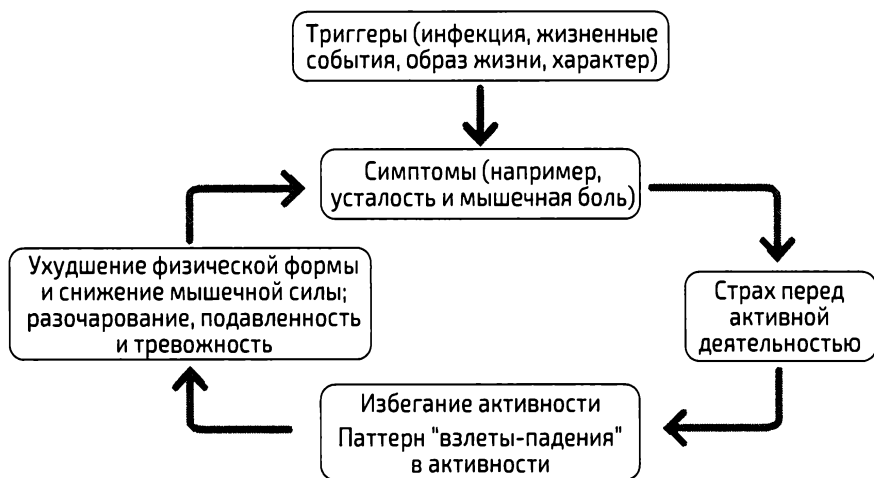


Рис. 17.3. Негативные циклы при синдроме хронической усталости

Факторы окружающей среды и триггеры

Многие клиенты считают, что симптомы хронической усталости провоцируются каким-либо заболеванием, например, вирусной инфекцией. Однако нет никаких доказательств того, что СХУ связан с какой-либо инфекцией, и еще менее вероятно, что в развитии симптомов усталости виноват чрезмерный отдых после такой болезни.

У людей, страдающих СХУ, чаще всего трудолюбивы и добросовестны и, как правило, ведут напряженный образ жизни, не имея времени на отдых или приятные занятия. Стрессовые жизненные события, такие как разрыв отношений, смена работы или переезд, также могут спровоцировать появление или затруднить борьбу с симптомами усталости.

От теории к практике... Важно определить убеждения клиента о причине симптомов СХУ. Задайте человеку следующие вопросы.

- Как вы думаете, что стало причиной вашего заболевания?
- Что произошло, когда симптомы только начались? Что еще происходило в вашей жизни?
- Как вы справлялись с этой проблемой?
- Может ли что-то еще быть причиной ваших симптомов сейчас?

Убедитесь, что выслушали ответы, прежде чем приступать к собственной интерпретации. Затем дайте объяснение, охватывающее взгляды и опыт болезни человека. Старайтесь не оспаривать его взгляды напрямую, даже если вы с ними не согласны, потому что это может привести к разрыву отношений. Вместо того чтобы постоянно обсуждать причину симптомов, сосредоточьтесь на выявлении негативных циклов мышления и поведения, способных поддерживать или усугублять симптомы.

Преодоление синдрома хронической усталости

Взаимодействие с клиентом

Теплота, эмпатия и активное слушание помогут вам установить доверительные отношения с клиентом. Признайте, что его симптомы реальны, причиняют страдания и серьезно влияют на его жизнь. Важно полностью изучить причину симптомов, избегая черно-белых представлений о том, что болезнь носит “медицинский” или “психологический” характер. Сотрудничество и партнерство особенно важны, благодаря им клиенты активно участвуют в терапевтическом процессе и ставят собственные цели.

От теории к практике... Будьте осторожны в выражениях и всегда старайтесь повторять слова клиента. Например, слово “усталость” может вызвать крайне негативную реакцию у человека, четко различающего “усталость” и “утомленность”.

Поведенческие стратегии

Изменение поведения — один из наиболее важных методов улучшения состояния при синдроме хронической усталости.

Как и в случае с хронической болью, цель в том, чтобы установить последовательный режим активности и отдыха, а не позволять себе планировать активность в зависимости от того, есть симптомы или нет. Старайтесь планировать минимальную ежедневную физическую активность и аэробные упражнения с низким уровнем интенсивности, который можно поддерживать длительное время. Продолжительность занятий нужно постепенно увеличивать по мере того, как улучшается выносливость и физическая форма клиента. Если человек может справиться с 30-минутной низкоинтенсивной нагрузкой, ее интенсивность можно постепенно повышать (скажем, ходить быстрее).

Поощряйте клиента рассматривать его симптомы как временные и обратимые, вызванные недостаточной физической нагрузкой, а не как признаки прогрессирующей патологии. Любое небольшое или временное усиление симптомов можно рассматривать как нормальную реакцию на увеличение физической нагрузки, симптомы не должны мешать клиенту следовать плану активности.

К другим поведенческим стратегиям относятся:

- поведенческая активация и постановка целей: журнал активности для планирования более значимых и приятных занятий;
- поведенческие эксперименты для проверки вредных убеждений о рисках активности;
- установление режима сна (глава 13 “Бессонница”);
- постепенное воздействие на ситуации, которых клиент избегает из-за тревожности.

Когнитивные стратегии

Когнитивные техники, такие как записи мыслей и журналы, можно использовать для работы с непродуктивным мыслями и убеждениями относительно активности. Также важно выявить и сопереживать любому беспокойству человека по поводу причины симптомов. Стратегии преодоления тревоги рассматриваются в главе 15 “Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы”.

Случай из практики 17.3. Симптомы хронической усталости

Кэтрин 40 лет, она совмещала напряженную работу бухгалтера с суматошным образом жизни, часто подолгу работала и выполняла бытовые обязанности. Она также увлекалась бегом и в прошлом пробежала несколько марафонов. Однажды зимой она тяжело заболела, похоже гриппом, после чего несколько недель чувствовала себя обессиленной; она расстроилась, обнаружив, что слишком устала, чтобы продолжать ежедневные долгие пробежки. Ее усталость и утомляемость, казалось, все усиливались, и после даже незначительной активности появлялись истощение и симптомы, похожие на грипп, что было крайне неприятно. Когда это продолжалось несколько месяцев, Кэтрин обратилась к врачу. Все анализы были в норме. Врач заполнил следующую таблицу по КПМ, чтобы понять, что Кэтрин испытывает при усталости.

<p>Мысли</p> <p>Всякий раз, когда я делаю слишком много, самочувствие полностью нарушается.</p> <p>На восстановление даже после пятиминутной нагрузки уходят недели.</p> <p>Если так будет продолжаться, в итоге возникнут серьезные проблемы.</p>	<p>Чувства</p> <p>Разочарование и уныние.</p> <p>Плохое настроение.</p> <p>Вина.</p>
<p>Поведение</p> <p>Отказалась от бега.</p> <p>Чаще отдыхает или сидит (считает, что стоять утомительно).</p> <p>Пытается "преодолеть усталость", но после чувствует себя обессиленной и вынуждена отдыхать (паттерн "подъем-спад").</p> <p>Продолжает работать, но слишком устает для участия в большинстве социальных мероприятий или для хобби.</p>	<p>Физические симптомы</p> <p>Крайняя усталость и симптомы, похожие на грипп, после незначительных нагрузок.</p> <p>Боли во всем теле.</p> <p>Трудности с концентрацией внимания и нарушения сна.</p>
<p>Возможные стратегии для врача общей практики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выделите и обсудите любые негативные циклы, способные поддерживать или усугублять усталость. • Обсудите альтернативы негативным мыслям и выделите любые вредные стили мышления, такие как катастрофизация. • Заведите журналы активности и планирования для записи приятных занятий. 	

- Запланируйте поведенческий эксперимент, чтобы выяснить, что произойдет, если после появления симптомов усталости человек продолжит активную деятельность в течение пяти минут, а не будет сразу же отдыхать.
- Поощряйте постепенный темп активности и постепенное выполнение упражнений.
- Выстройте последовательный режим сна.

Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — это хроническое невоспалительное заболевание, вызывающее боль в животе, запоры, диарею и вздутие живота. Другой распространенный симптом — ощущение неполного опорожнения после посещения уборной.

СРК не связан с какими-либо идентифицируемыми структурными или биохимическими изменениями в организме. Прежде чем получить диагноз СРК, клиенты должны пройти обследование на предмет выявления более серьезных причин, вызывающих их симптомы. Потеря веса, ночные боли и желудочно-кишечные кровотечения должны стать поводом для дальнейшего обследования.

КПМ синдрома раздраженного кишечника

Мысли

Типичные мысли при синдроме раздраженного кишечника:

- катастрофические представления о значении симптомов (*возможно, боль вызвана раком кишечника*);
- страхи, что симптомы неконтролируемы и могут привести к смущению или стыду на людях (*если я не успею вовремя добраться до туалета, то могу испачкаться*);
- чрезмерная сосредоточенность на симптомах и их осознание;
- убеждения, что все процессы в организме должны быть абсолютно регулярными (*я должен опорожнять кишечник каждый день в одно и то же время и иметь “идеальный” стул, иначе со мной что-то не так*).

Чувства

Катастрофические мысли и страхи при СРК вызывают сильную тревогу, которая усугубляет кишечные симптомы, образуя негативный цикл.

Поведение

Типичное поведение при СРК направлено на достижение контроля над нежелательными симптомами или их устранение. Это поведение включает в себя:

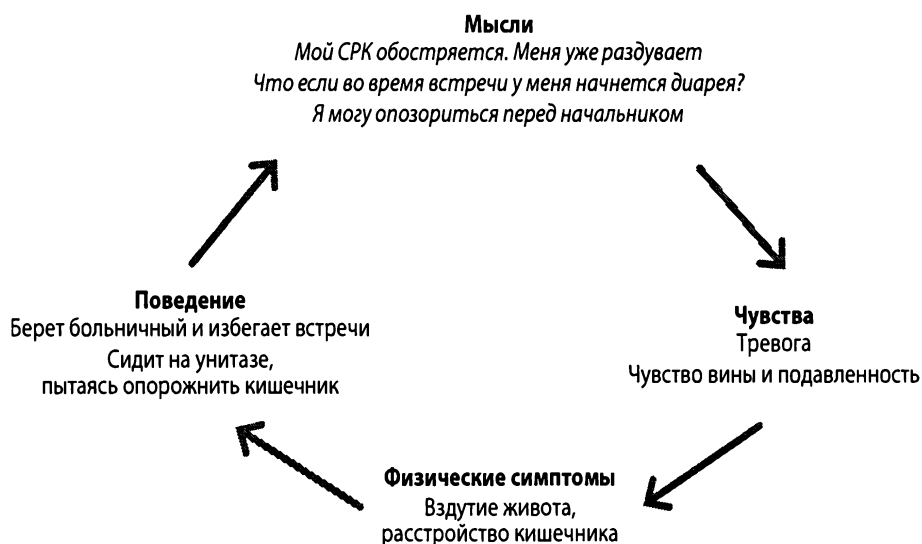
- проверку и тестирование на наличие симптомов и признаков болезни (может состоять из проверки стула на наличие крови, его формы, цвета или консистенции, измерение живота на предмет вздутия);
- постоянное изменение или контроль рациона питания;
- длительное напряжение для того, чтобы опорожнить кишечник в “правильное” время или убедиться, что кишечник “полностью” опорожнен;
- избегание социальных ситуаций из-за боязни публичного стыда;
- безопасное поведение, например, всегда иметь при себе лекарства от СРК, посещать только те места, где есть туалет;
- клиенты, волнующиеся о причине своих симптомов, часто обращаются к медицинским работникам с просьбой провести обследование и направить их к специалисту.

Факторы окружающей среды

Симптомы СРК могут быть спровоцированы стрессовыми жизненными событиями и часто усугубляются тревожностью и стрессом.

Случай из практики 17.4. Синдром раздраженного кишечника

Кейт — помощница у довольно агрессивного начальника. Завтра у нее важная встреча с ним для обсуждения ее роли и обязанностей, и она очень волнуется по этому поводу. Ее желудок начинает сжиматься и вызывает следующие реакции.



Преодоление синдрома раздраженного кишечника

Эффективное санитарное просвещение

Расскажите клиенту о его симптомах, используя в качестве образца пять областей КПИМ. Сопоставление модели с опытом клиента в отношении симптомов сделает ваше объяснение гораздо более убедительным. Пример объяснения СРК, расширяющего возможности клиента, приведен в заметке 17.6.

Заметка 17.6. Объяснение СРК (адаптировано из [Kennedy et al., 2005])

Боль или дискомфорт в животе, диарея, метеоризм и запоры возникают у каждого человека. Если ваши симптомы особенно неприятны, это может сделать вас уязвимыми к тому, что вы будете испытывать их все чаще и чаще.

СРК — это проблема, влияющая на работу пищеварительной системы. Он не может убить вас, и вряд ли ваше состояние ухудшится. Обычно он приходит и уходит. У кого-то СРК пройдет полностью, а у кого-то никогда не пройдет. Как только вы примете естественное развитие СРК, вы научитесь справляться с ним, что значительно облегчит вашу жизнь и даже может положить конец этому заболеванию.

СРК часто обостряется из-за стресса. Но это не значит, что СРК возникает из-за мыслей, это далеко не так. У него могут быть физические причины, но то, что вы делаете, думаете и чувствуете, может поддерживать или усугублять многие из этих причин. СРК, скорее всего, связан с вашим образом жизни, уровнем тревожности и тем, как вы воспринимаете мир и симптомы СРК. Изучив и изменив то, что вы чувствуете, думаете и делаете, вы уменьшите влияние синдрома раздраженного кишечника и будете вести менее ограниченную жизнь.

Иметь СРК — нормально. Это не повод для стыда или извинений. Вы можете многое сделать, чтобы уменьшить его влияние на вас.

Также полезно обсудить любые убеждения о здоровье, способствующие возникновению проблемы.

Заметка 17.7. Объяснения вредных убеждений о здоровье при СРК

Убеждение о здоровье	Расширяющее возможности объяснение
<i>Мой стул должен ежедневно быть одинаковым.</i>	Разный стул — это нормально. Это может быть связано с изменениями в питании, со стрессом, беспокойством или сменой обстановки, например, поездкой за границу.
<i>Избегая определенных продуктов, я смогу контролировать или избежать симптомов.</i>	СРК вызывается многими факторами, в том числе диетой, эмоциями и поведением. Было доказано, что специальные диеты мало помогают при СРК. Стремитесь к постоянному регулярному питанию, очень строгая диета или постоянное беспокойство по поводу питания, скорее всего, ухудшит ситуацию.
<i>Я должен убедиться, что мой кишечник полностью опорожнен после каждого визита в уборную. Я могу опорожнить кишечник, только если буду постоянно напрягаться.</i>	Ощущение, что кишечник опорожнен не полностью, — распространенный симптом при СРК. Это не обязательно означает, что вы должны опорожниться. Постоянное напряжение, когда в этом нет необходимости, может вызвать повышенный дискомфорт и беспокойство.

Техники изменения поведения

Полезно использовать журналы с домашними заданиями и постановку целей для планирования изменений в поведении, в том числе сокращение непродуктивного или защитного поведения и внедрения альтернативных, более эффективных стратегий преодоления. Примеры полезных целей:

- сокращение поведения, связанного с проверкой стула, например, на наличие отклонений;
- снижение напряжения и частоты посещения туалета (чтобы опорожниться), посещать уборную только тогда, когда есть явное желание;
- изменение других видов поведения в уборной, таких как чрезмерное вытирание или время, проведенное на унитазе, механическое опорожнение кишечника;
- постепенное введение продуктов, которые избегаются, если диета очень ограничена или если избегание нарушает жизнь клиента;
- постепенное воздействие на ситуации, избегаемых из-за беспокойства по поводу симптомов, особенно на важные, значимые и социальные виды деятельности, например, постепенное возвращение к физическим упражнениям и местам, в которых в непосредственной близости нет уборной.

Когнитивные стратегии

Полезные когнитивные стратегии при СРК:

- журналы самонаблюдения для сокращения ситуаций, которые люди считают трудными;
- записи мыслей для поиска доказательств за и против конкретных негативных мыслей (*если я не смогу добраться до уборной за несколько минут, случится что-то плохое*);
- для снижения концентрации на симптомах полезно отвлечение внимания;
- дистанцирование от негативных или вызывающих тревогу мыслей: переключитесь с *“Я не могу справиться с болью”* на *“У меня возникают мысли о том, что я не могу справиться с болью”*.

Управление тревогой о здоровье

Тревожным клиентам важно признать, что у них СРК, а не что-то более серьезное. Это важный первый шаг, который, скорее всего, снизит уровень тревожности и, следовательно, уменьшит симптомы. Стратегии управления тревогой по поводу возможного серьезного заболевания включают в себя круговые диаграммы тревоги о здоровье и метод теорий А и Б (глава 15 “Тревога о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы”).

Ключевые моменты

Краткое изложение общей КПМ для функциональных соматических расстройств.

Мысли и убеждения Страх и катастрофизация симптомов. Убеждения об "опасности" физической активности. Озабоченность и постоянное беспокойство о симптомах; вредные убеждения о здоровье. Самокритика и низкая самооценка.	Чувства Депрессия и плохое настроение. Тревожность. Разочарование и гнев.
Поведение Снижение активности и чрезмерный отдых. Избегание, социальная изоляция и замкнутость. Поведение в стиле "подъем-спад"; Тестирование и проверка аспектов здоровья. Болезненное поведение; плохой режим сна.	Физические симптомы Боль, слабость, скованность. Усталость и утомляемость. Плохой сон. Увеличение веса.
Факторы окружающей среды Влияние симптомов (например, потеря работы/социального статуса, финансовые трудности, стресс и давление на семью). Развитие симптомов может быть связано с неблагоприятными жизненными событиями. Тип личности, скажем, перфекционист, трудоголик. Соответствующий прошлый опыт болезни (у себя и у других), взаимоотношения с медицинскими работниками.	

- При ведении клиентов с функциональными соматическими расстройствами основной целью первичной медицинской помощи является улучшение их повседневной жизнедеятельности путем повышения вовлеченности в значимую и приятную деятельность.
- Зачастую полезнее сосредоточиться на поведении, а не акцентировать внимание на эмоциональных факторах. Спросите, как симптомы изменили жизнь людей и чего они избегают из-за страха усугубить симптомы или вызвать тревогу. Ежедневно ведите журнал активности для отслеживания текущих полезных и вредных моделей поведения. Поощряйте клиента ставить перед собой достижимые цели в соответствии с его индивидуальными ценностями и важными сферами жизни.
- Важно поощрять физическую активность в определенном темпе и не допускать резких "взлетов и падений" в упражнениях. Установите достижимый базовый уровень повседневной деятельности и постепенно повышайте его. Помогите клиенту заранее спланировать, как он будет справляться с рецидивами или с другими потенциальными проблемами.
- Снизить фоновый стресс и облегчить преодоление сложных симптомов поможет обсуждение способов преодоления общего жизненного стресса с помощью техники решения проблем, обучению ассертивности (например, говорить "нет" при чрезмерных требованиях), управление временем, расстановка приоритетов в деятельности, создание социальных связей и обращение за поддержкой.

Низкая самооценка

Что означает низкая самооценка

Люди с низкой самооценкой склонны считать себя малоценными или малозначимыми. Низкая самооценка также связана с рядом других психологических трудностей и может быть симптомом депрессии.

Уверенность в себе означает убежденность людей в том, что они способны достичь различных целей, таких как успехи в учебе, работе или в отношениях с другими людьми. В отличие от этого, самооценка отражает общее представление людей о себе как о личности, которое не обязательно связано с уверенностью в себе или с успехом. Таким образом, низкая самооценка может возникать у людей, внешне кажущихся успешными, и может подталкивать некоторых к постоянному стремлению достичь успеха, чтобы “компенсировать” недостаток самоуважения.

КПМ при низкой самооценке

Мысли и убеждения

Люди с низкой самооценкой, как правило, очень самокритичны и имеют ряд негативных убеждений, сильно влияющих на их жизнь и отношения с другими людьми. К таким убеждениям относятся следующие.

Я ничего не стою. Я нелюбим.

Я уступаю другим. Я слаб и глуп.

Непродуктивные стили мышления при низкой самооценке, как правило, включают в себя негативное или предвзятое представление о себе.

- *Игнорирование положительного* или отрицание похвалы, успехов или сильных сторон.

- *Негативный взгляд на себя*: негативное отношение к себе, “самоосуждение”, концентрация на ошибках, слабостях и критике.
- *“Чтение мыслей”*: негативное восприятие мнения других и чрезмерная чувствительность к критике или к неодобрению со стороны других.
- *Самобичевание*: принятие чрезмерной личной ответственности, когда что-то идет не так.

Эти негативные мысли часто могут представлять собой глубинные убеждения и правила в отношении себя (главу 10 “Глубинные уровни: основополагающие убеждения и правила”).

Чувства

Низкая самооценка связана с различными негативными чувствами, в том числе с грустью и депрессией, тревогой, гневом, виной и стыдом.

Поведение

Люди с низкой самооценкой склонны вести себя, “как будто” их негативные убеждения — абсолютный факт. Это деструктивное и самореализующееся поведение усугубляет заниженную самооценку, образуя негативный цикл, и может включать в себя:

- отсутствие ассертивности, чрезмерное стремление угодить другим, неумение говорить “нет” (*я должен делать то, что хотят другие, иначе они меня отвергнут*);
- низкая эффективность деятельности и избегание вызовов и возможностей (*нет смысла пытаться — я слишком глуп, чтобы добиться успеха*);
- настраивание себя на неудачу (*это доказывает, что я совершенно бесполезен*);
- перфекционизм и переутомление (*одна ошибка — и я неудачник*);
- избегание близких отношений или отношения с абьюзером (*я не любим*);
- застенчивость, избегание социальных ситуаций (*я скучный и неполноценный*);

- трудности с принятием решений (*я всегда поступаю неправильно*);
- плохая забота о себе, употребление наркотиков, ожирение (*обо мне не стоит заботиться*);
- чрезмерная забота о внешности (*выглядеть привлекательно — единственный способ быть приемлемым для других*).

Физические симптомы

Низкая самооценка и связанное с ней плохое настроение могут привести к таким физическим симптомам, как мышечное напряжение, усталость и вялость, проблемы со сном, изменения аппетита и веса.

Факторы окружающей среды и социальные факторы

Социальные или факторы окружающей среды, такие как проблемы в отношениях, финансовые или экономические трудности, хронический стресс или физические заболевания, могут привести к чувству неполноценности, несостоятельности и низкой самооценке. В этой ситуации важная стратегия — решить основную проблему с помощью проблемно ориентированного метода (глава 9 “Преодоление преград: проблемно ориентированный подход”). Также полезно параллельно работать над повышением самооценки, чтобы помочь человеку решить его сложные жизненные проблемы.

Повышение самооценки

Негативные идеи и убеждения, связанные с низкой самооценкой, формируются на основе жизненного опыта людей, в том числе на основе трудностей детства и травматического опыта в зрелом возрасте (заметка 18.1). Эти переживания ведут к развитию низкой самооценки, если люди рассматривают их как признак *личной неудачи или неполноценности*, а не просто как случайные события, которые могут произойти с каждым. Дети особенно склонны винить себя в негативных жизненных обстоятельствах.

Заметка 18.1. Негативный жизненный опыт, связанный с низкой самооценкой

Ранний или детский опыт.

- История жестокого обращения или пренебрежения (физического, сексуального или эмоционального).
- Издевательства.
- Чрезмерная критика, отсутствие безопасной привязанности или похвалы; нереалистичные ожидания от родителей.
- Воспринимаемое отвержение или отличие от других.
- Заниженная самооценка, стресс или эмоциональное расстройство у родителей.

Более поздний опыт.

- Длительный стресс или трудности.
- Жестокие отношения.
- Издевательства на работе.
- Травмирующие события (тяжелые утраты, нападения, несчастные случаи).
- Потеря статуса или роли (безработица, инвалидность).
- Психологические или эмоциональные расстройства (депрессия, панические атаки).

Случай из практики 18.1. Развитие низкой самооценки

История Джеммы

Джемма была дочерью 17-летней матери-одиночки с ограниченной социальной поддержкой. Мать Джеммы любила свою дочь, но с трудом удовлетворяла потребности маленького ребенка, и Джемму несколько раз отдавали в приемную семью. Она винила себя в том, что ее бросила мама, считая так: "Это моя вина, что она меня бросила, потому что я никчемна и нелюбима". Из-за постоянной смены района и школы Джемма чувствовала себя неуверенно и эмоционально нестабильно, стала угрюмой и замкнутой. Она редко оставалась надолго в одной семье и винила себя за это: "Никто не хочет, чтобы я долго была с ними рядом — это должно означать, что я очень плохой человек". Когда в возрасте 11 лет Джемма была удочерена, она с недоверием относилась к привязанности новой семьи и постоянно ожидала, что ее снова отвергнут. Во взрослой жизни Джемме было трудно доверять людям или чувствовать себя уверенно в романтических отношениях. Она выбирала

партнеров, которые ее подводили и относились к ней без должной заботы и уважения. Даже когда люди заботились о Джемме, ей было трудно доверять им.

История Бобби

В детстве Бобби перенес менингит, у него развилась легкая потеря слуха, которую некоторое время не замечали. Он был шумным ребенком с большим количеством энергии. С трудом слыша учителей в школе, он компенсировал это тем, что направлял свою энергию на буйное поведение. Его успеваемость снизилась по сравнению с братьями, а учителя навесили на него ярлык “ленивого” и “ищущего внимания”. Родители Бобби были разочарованы его поведением, Бобби постоянно попадал в неприятности. “Какой смысл стараться”, — думал он. — “Я просто глуп”.

Преодоление низкой самооценки

Преодоление заниженной самооценки включает в себя развитие более полезных установок и поведения:

- сбалансированное представление о себе, включающее как позитивные, так и негативные аспекты, с более высоким уровнем самопринятия (“все в порядке”);
- повышение уверенности в себе и готовности попытаться и достигать целей, улучшение представления о собственных навыках, качествах и способностях;
- повышение чувства собственного достоинства.

Обнаружение “внутреннего хулигана”

Негативные, самокритичные мысли при низкой самооценке можно сравнить со “внутренним хулиганом”. Как и ворчливого родителя, эти мысли можно рассматривать как попытку *помочь* и слежение за тем, чтобы человек не совершал ошибок. Однако постоянная критика, скорее всего, будет иметь негативный эффект, подрывая уверенность и самооценку человека.

Первый шаг в изменении ситуации — признать наличие таких мыслей и их вред. Один из подходов заключается в создании образа критики, исходящей от третьего лица. Это помогает клиенту “избавиться” или дистанцироваться от мыслей, и не воспринимать их сразу как абсолютную истину.

**От теории
к практике...**

Попросите клиента с низкой самооценкой представить, что его самокритичные мысли исходят от воображаемой фигуры извне. Поощряйте его выбрать собственный образ, например, маленькое радио, гремлина или попугая, сидящего у них на плече на ухо и выкрикивающего громкие критические замечания.

Какие вещи говорит это "существо"? Какой у него тон, голос или громкость? Справедливо ли оно или реалистично?

Вы бы так разговаривали с другим человеком или ребенком? Почему нет? Есть ли другой, более добрый и сострадательный, способ донести ту же мысль?

Рациональное мышление

Мыслить рационально — значит рассматривать доказательства конкретной мысли или убеждения, а не принимать их немедленно за истинные или правильные. Вместо подверженности эмоциональным доказательствам или рассуждениям (*кажется, это должно быть правдой*), рациональное мышление предполагает выделение времени на тщательное рассмотрение ситуации и избегание поспешных выводов (заметка 18.2), что включает в себя взвешивание всех "за" и "против" любой конкретной точки зрения или действия перед принятием решения, а также более широкий или долгосрочный взгляд на проблемы.

Заметка 18.2. Вопросы для развития рационального мышления

- Откуда я знаю, что это правда? Каковы доказательства за и против этой точки зрения?
- Как еще можно взглянуть на ситуацию?
- Чего бы я хотел достичь в долгосрочной перспективе?
- Какой вопрос для меня самый важный?
- Какой подход к этой ситуации был бы наиболее полезным?

Сострадательное мышление

Еще один ключевой подход к преодолению низкой самооценки — научиться относиться к себе с добротой и состраданием (заметка 18.3). Развитие сострадательного мышления помогает людям стать своими "лучшими друзьями". Клиенты учатся поддерживать и успокаивать

себя, предлагать себе такое же доброе, заботливое отношение, которое они часто проявляют к другим людям. Несмотря на то, что приятно получать положительный оклик от других, для поддержания самооценки важно не зависеть от них полностью. Поэтому, помимо поддержки от других, людям также необходимо научиться “поглаживать” или “обнимать” себя изнутри.

Заметка 18.3. Вопросы для развития сострадательного мышления

- Что бы вы сказали близкому другу или члену семьи, если бы они оказались в такой же ситуации? Что бы они ответили вам?
- Если бы вы хотели быть добрым к кому-то в подобных обстоятельствах, что бы вы сказали?
- Как бы вы могли посмотреть на ситуацию, не критикуя и не обвиняя себя или других?
- Помните ли вы о своих достоинствах и достижениях, а также о негативе или неудачах?
- Ожидаете ли вы от себя совершенства? Справедливо ли это или реалистично?

Многие люди с заниженной самооценкой добрее, дипломатичнее и менее осуждающе относятся к другим, нежели к себе. Это означает, что люди уже способны проявлять поддержку и сострадание, им просто нужно научиться направлять эти правила и стили общения и по отношению к себе.

Случай из практики 18.2. Развитие сострадательного мышления

Двадцативосьмилетняя Джессика крайне самокритична и считает себя непривлекательной и малоценной. В школе над ней издевались из-за лишнего веса. Прочтите следующий диалог между Джессикой и ее лечащим врачом.

Врач. Не могли бы вы привести пример недавней ситуации, когда вы были самокритичны или негативно настроены по отношению к себе?

Джессика. Конечно. На прошлой неделе я забыла записать любимую телепередачу своего парня. Он сказал, что в этом нет ничего страшного, но я чувствовала себя так глупо.

Врач. Какие мысли о себе приходили вам в голову?

Джессика. Я не смогла справиться с даже таким простым делом. Чувствовала себя идиоткой. Моему парню было бы лучше с кем-то другим. Я непривлекательна.

Врач. Я записал все, что вы сказали себе, когда забыли записать шоу: "Я глупа. Я не смогла сделать даже такое простое дело. Я идиотка. Моему парню будет лучше без меня. Я непривлекательна". Что вы чувствуете, когда думаете об этом?

Джессика. Чувствую себя ужасно, подавленно и депрессивно.

Врач. Думаю, это понятно, если учесть все критические мысли, которые у вас возникают. Предположим, что ваша лучшая подруга забыла записать программу для своего парня, стали бы вы говорить ей такое? Сказали бы вы ей, что она "глупа" и ее "парню будет лучше без нее"?

Джессика. Нет-нет, я бы никогда не сказала этого никому другому.

Врач. Почему нет?

Джессика. Это ранило бы ее чувства. Это было бы неприятно.

Врач. Что бы вы сказали ей вместо этого?

Джессика. Я бы сказала, что это небольшая ошибка. Она не должна корить себя за это. Ее парень не переживает, так почему она должна беспокоиться?

Врач. Очень хороший совет. Предположим, подруга продолжает твердить, что глупа и что молодому человеку будет лучше без нее. Если вы хотели бы проявить доброту и оказать поддержку, что бы вы сказали?

Джессика. Я бы сказала ей, что она замечательная и не должна думать о себе так плохо.

Врач. Как вы могли бы убедить ее в этом?

Джессика. Я напомнила бы ей о том, как она поддерживала меня в прошлом.

Врач. Очень хорошо. Как вы думаете, это поможет, если сказать ей, что именно вам в ней нравится?

Джессика. Я могу сказать, что с ней весело и она всегда рядом, когда мне это нужно.

Врач. Отлично. Как бы вы могли применить все эти рассуждения к себе?

Джессика. Вижу, что отношусь к себе не так, как к другим.

Врач. Чтобы оказать себе такую же поддержку, как подруге, что бы вы могли сделать?

Джессика. Думаю, могла бы сказать себе, что я не глупа, и постараться придумать что-нибудь позитивное, чтобы сказать себе это.

Врач. Похоже, у вас хорошо получается поддерживать и заботиться о других людях. Возможно, вам поможет использование этих навыков и по отношению к себе. Вы могли бы подумать, как это сделать в ближайшие пару недель.

Джессика. Это кажется очень странным, но я обязательно подумаю об этом.

Противодействие негативным мыслям и самокритике

Записи мыслей

Записывание мыслей — мощный инструмент для преодоления низкой самооценки, позволяющий подвергнуть сомнению доказательства за и против самокритики и найти более сбалансированную альтернативную точку зрения.

Случай из практики 18.2. Продолжение: записи мыслей для преодоления самокритики

Джессика записывает свои мысли, чтобы проверить одну из негативных, самокритичных идей.

Мысль для проверки Моему парню лучше без меня.	
Доказательство "за" Я не так привлекательна, как другие женщины. Я совершаю глупые ошибки, например, забываю записать его программу. Я не такая разговорчивая и интересная, как другие. Иногда я бываю подавлена, рядом со мной ему трудно.	Доказательство "против" Мой парень считает меня привлекательной, он часто говорит об этом. Ему нравится мое общество. Мы много разговариваем. Я хороший слушатель, и он ценит, когда есть с кем обсудить его проблемы. Я не всегда подавлена, мы и веселимся вместе. Я надежный, добрый человек и никогда не сделаю ему ничего плохого.

Альтернативная/сбалансированная мысль

Мой парень любит меня такой, какая я есть, он не хочет, чтобы я была другой. У меня много хороших качеств, и я так же вкладываюсь в наши отношения, как и он.

Если негативная мысль связана с “чтением мыслей”, иногда полезно *спросить другого человека, что он думает на самом деле*. Это особенно полезно с членами семьи или партнерами, способными назвать многие положительные качества человека. Контрпродуктивно спрашивать особенно критичного партнера или члена семьи, который может усилить негативную точку зрения.

От теории к практике...

Когда люди мыслят негативно, в черно-белом стиле (я *полный неудачник*), один из способов расширить их взгляд — обсудить это в терминах шкалы оценок или “континуума” [Greenberger & Padesky, 1995a].

Спросите клиента, каким должен быть каждый конец шкалы, например, “полный провал” и “полный успех”.

Неудача ----- Успех

Начните с обсуждения того, что значит быть абсолютным неудачником. Попросите клиента описать человека, который потерпел неудачу во всех возможных смыслах. Следите за тем, чтобы описание было как можно более экстремальным. Этот человек не смог одеться утром? Он не смог приготовить себе завтрак? Каким были бы его отношения с другими? Может ли кто-нибудь быть полным неудачником?

Затем спросите клиента, на что был бы похож *абсолютный успех*. Можно ли преуспеть во всех сферах? Насколько это реалистично? Как это влияет на отношения с людьми? Что придется сделать, чтобы добиться успеха любой ценой? Сделает ли это его лучшим или более достойным человеком?

Закончите обсуждение более сбалансированной и реалистичной точкой зрения. Реальность такова, что каждый человек находится где-то между двумя крайностями. Спросите клиента, как он может применить эту точку зрения к своим трудностям.

Определение личных качеств

Клиентам с заниженной самооценкой полезно составить список своих достижений, личных качеств и сильных сторон. В списке должны быть качества широкого спектра (заметка 18.4). Бывает полезно, чтобы медицинский работник потратил несколько минут на то, чтобы начать это упражнение с клиентами, а затем побудить их продолжить выполнять его в качестве домашнего задания (заметка 18.5).

Напомните людям, чтобы они избегали черно-белого мышления в отношении конкретных качеств. Не обязательно (или даже невозможно) 100% времени быть заботливыми или поддерживающими, чтобы назвать эти качества ценными и важными. Люди с низкой самооценкой поначалу считают это упражнение трудным и некомфортным. Они могут отреагировать потоком негативных мыслей, сразу же отбрасывая любые положительные качества (*в этом нет ничего особенного, все так делают; я делаю это недостаточно часто; мне следовало бы лучше это делать*).

Заметка 18.4. Примеры личных качеств

Добрый.	Образованный.	Честный.	Поддерживающий.
Интересный.	Надежный.	Заботливый	Заботливый
Пунктуальный.	Ответственный.	(о других).	(о себе).
Дружелюбный.	Веселый	Успешный.	Верный.
Умный.	Компетентный.	Деликатный.	Привлекательный.
Любящий.	Отзывчивый.	Хороший	Внимательный.
		слушатель.	Энергичный.
		Смелый.	

Заметка 18.5. Вопросы для выявления положительных личных качеств

- Какие хорошие качества вы замечали в себе? Есть ли что-то, что вам в себе нравится, каким бы незначительным это ни казалось?
- Что сказал бы кто-то, кто заботится о вас, о ваших сильных сторонах или положительных качествах?
- Подумайте об одном или двух людях, которые вам нравятся или которых вы уважаете. Что вы цените в них? Есть ли у вас какие-либо из их качеств?

- Каких достижений вы добились в жизни, пусть даже небольших или простых? Это может быть поддержание дружеских отношений, наличие работы, забота о других, хобби или интересы.
- С какими трудностями или препятствиями вы справились или преодолели? Применяли ли вы при этом такие качества, как сила, смелость или решительность?

Случай из практики 18.2. Продолжение: выявление положительных качеств для повышения самооценки

Лечащий врач предлагает Джессике составить список ее качеств. Поначалу это упражнение далось ей с трудом, но в конце концов она смогла составить следующий список.

Личное качество	Доказательства "за"
Внимательная	Вспомнила о дне рождения моей подруги Хелен и послала ей красивую открытку и подарок. Когда мой парень заболел, я сделала все покупки и приготовила ему ужин.
Решительная	Несмотря на то, что меня дразнили в школе, я все равно сдала экзамены и поступила в колледж. Я продолжаю ходить на работу, даже когда подавлена или расстроена.
Надежная	Мой парень дал мне ключ от своего дома, потому что он мне доверяет. Несколько моих друзей доверили мне личную информацию о себе, потому что, по их словам, я хороший слушатель.
Заботливая	Я хорошо забочусь о своей кошке. Я часто навещаю родителей, чтобы узнать, как они поживают, и стараюсь помочь им, если могу.
Умелая	Я хорошо готовлю, вожу машину и плаваю. Я учусь пользоваться компьютером для работы, это нелегко, но я совершенствуюсь.
Симпатичная	У меня есть несколько друзей, которым я нравлюсь; Хелен я знаю уже много лет. Похоже, я нравлюсь своему начальнику, он всегда приятен и вежлив со мной.

Журнал позитивных событий

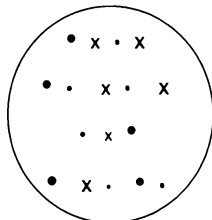
Журнал позитивных мыслей и событий можно использовать для того, чтобы побудить клиентов с заниженной самооценкой записывать доказательства их достижений, личных качеств и похвалы со стороны окружающих. К этой письменной информации полезно обращаться, когда человек подавлен или обескуражен и впадает в привычный самокритичный образ мышления. Журнал следует вести ежедневно в течение нескольких месяцев. В него также следует включать множество небольших примеров положительных достижений, а не ждать “крупных” событий.

Случай из практики 18.2. Продолжение: журнал позитивных событий Джессики

Дата	Что произошло	На какое положительное качество/качества это указывает
12 марта	Привела в порядок квартиру и постирала вещи. Приготовила для себя вкусный ужин	Уход за собой. Компетентность.
13 марта	Приглашена на обед с коллегами. Завершила свой проект на работе и представила отчет начальнику.	Привлекательная. Надежная, компетентная.
14 марта	Вышла на работу, несмотря на усталость. Позвонила сестре, чтобы узнать, как она, хотя чувствовала себя уставшей после долгого рабочего дня.	Решительная. Вдумчивая, заботливая.
15 марта	Снова приглашена на обед с коллегами. Моя подруга Хелен позвонила поболтать и рассказала мне о некоторых своих проблемах на работе.	Доброжелательна. Доброжелательна, надежная, заботливая, хороший слушатель.

**От теории
к практике...**

Люди с низкой самооценкой часто сосредоточены на одной незначительной проблеме или ошибке и игнорируют все свои положительные качества и достижения. Однако никто не идеален! Лучший способ проиллюстрировать это — представить человека в виде круга, заполненного точками и крестиками.



Каждая точка означает успех, которого достиг клиент, а каждый крестик — то, что пошло не так. Фокусируясь на одной небольшой ошибке (обозначенной крестиком), клиент игнорирует все остальные свои достижения, которые все еще часть целого.

Более реалистичный взгляд признает наличие как успехов, так и ошибок. *Каждый человек* иногда ошибается, невозможно преуспеть во всем. Ошибка или неудача в чем-то не означает, что человек *полный лузер*. Это просто указывает на то, что человек нормален, как обычное живое существо.

Изменение непродуктивного поведения при низкой самооценке

Повышение уровня активности

Полезный метод улучшить настроение у людей с низкой самооценкой — увеличить активность. Рекомендуем вести таблицу активности для определения текущего ее уровня и планирования будущих изменений (глава 7 “Преодоление непродуктивного поведения”).

Клиент должен постараться сократить саморазрушающие или вредные занятия, такие как чрезмерный отдых или отстранение от окружающих. Полезно применить пошаговый подход к увеличению активности, приносящей удовольствие, дающей клиенту чувство достижения и учитывающей потребности как самого человека, так и окружающих.

Поведенческие эксперименты

Их можно использовать для повышения самооценки путем избавления от негативных представлений человека о себе и укрепления позитивных убеждений.

Случай из практики 18.3. Поведенческие эксперименты для повышения самооценки

Пример 1. Негативная мысль, которую нужно проверить. *Я допустил ошибку на работе, — значит, я не справляюсь.*

Что можно сделать, чтобы проверить мысль на практике. (Что, где, когда?)	Попросить начальника дать отзыв о моей работе.
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Он скажет, что результаты очень плохие.
Какие проблемы могут возникнуть при реализации плана?	Я могу слишком нервничать, чтобы спросить его.
Как можно преодолеть эти проблемы?	Заранее спланировать, что я хочу сказать, и как я буду реагировать, если ответ будет негативным.
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	Он сказал, что в целом доволен моей работой.

Что я узнал из этого эксперимента?

Я более компетентен, чем думал. Одна ошибка не может стать катастрофой.

Пример 2. Негативная мысль, которую нужно проверить: *“Я не нравлюсь Джейн, потому что она не ответила на мое письмо”.*

Что я могу сделать, чтобы проверить мысль на практике? (Что, где, когда?)	Позвонить Джейн и спросить, не хочет ли она встретиться в ближайшее время.
Что, по моим прогнозам, произойдет?	Она проигнорирует мой звонок или придумает отговорку, чтобы не встретаться.
Какие проблемы могут возникнуть при реализации плана?	Ее может не быть дома, когда я позвоню, или она не возьмет трубку.

Как можно преодолеть эти проблемы?	Если ее не будет дома, я оставляю сообщение на автоответчике с просьбой перезвонить мне.
Что произошло, когда я попробовал провести эксперимент?	Когда я позвонил, ее не было дома, но она перезвонила на следующий день и сказала, что рада моему звонку, и пригласила меня в гости. Она сказала, что в последнее время была очень занята работой.

Что я узнал из эксперимента?

Может, я действительно нравлюсь Джейн, просто она была занята. Я сделал наихудший вывод о том, почему она не ответила на мое письмо.

Развитие асертивности

Это означает обучение тому, чтобы наши собственные потребности, чувства или права принимались во внимание другими людьми, но при этом мы *не становились* агрессивными, требовательными или грубыми и сохраняли уважение к окружающим (заметка 18.6). Это с высокой долей вероятности приведет к повышению нашей уверенности в себе и самооценки, а также к росту уважения со стороны других людей.

Заметка 18.6. Аспекты асертивности

- Способность видеть обе стороны ситуации и признавать потребности и права каждого.
- Брать ответственность за свои действия.
- Просить то, что мы хотим, прямо и открыто, но не унижая других и не нарушая их права.
- Учитывать свои потребности, но не сосредоточиваться только на том, чтобы добиться своего; уметь договариваться или быть готовым пойти на компромисс, если это необходимо.
- Признавать, что нам есть что дать людям, независимо от их мнения об этом.
- Принимать ответственность за удовлетворение собственных потребностей.

Ассертивные заявлений и просьбы

Существует четыре этапа выражения ассертивных заявлений.

1. Четко и объективно опишите проблему: это должно быть объективное, фактическое описание того, какая ситуация вызвала дискуссию.
2. Объясните, что вы чувствуете: говорите от первого лица, чтобы описать, как ситуация влияет на вас лично, принимая на себя ответственность за то, что вы чувствуете, а не обвиняя других.
3. Выразите свои потребности и то, чего хотели бы достичь.
4. Объясните последствия изменений: укажите конкретные положительные результаты перемен, как для вас, так и для другого человека, а также последствия отказа от изменений.

Зачастую клиентам полезно заранее спланировать способы повышения ассертивного поведения, отрепетировав или записав то, что они планируют сказать.

Случай из практики 18.4. Составление ассертивных заявлений

Следующее заявление включает в себя все четыре этапа выражения ассертивных заявлений.

В недавнем отчете о моей работе меня назвали недостаточно целеустремленным и лояльным (событие). Я расстроен и огорчен этим, потому что в последнее время очень много работал над несколькими проектами (чувство). Я хотел бы выяснить, почему меня так охарактеризовали, потому что считаю себя трудолюбивым и целеустремленным и хотел бы, чтобы другие тоже знали об этом (потребность). Это будет мотивировать меня продолжать делать все возможное на этой должности (следствие).

Научитесь говорить “нет”

Чтобы стать более ассертивным, необходимо научиться говорить “нет”. Принципы отказа заключаются в следующем:

- честно и прямо говорить “нет”, оставаясь при этом вежливым и учтивым, а не прямолинейным или грубым;
- сообщать причины отказа в простых, конкретных выражениях;

- избегать извинений или сложных, изощренных причин отказа;
- помнить, что каждый имеет право сказать “нет”, если не хочет что-то делать.

Техника “заезженной пластинки” бывает полезной стратегией того, как сказать “нет”.

Случай из практики 18.5. Техника “заезженной пластинки” для развития ассертивности

Кристина одна воспитывает сына и во многом полагается на свою маму, Джойс, в помощи с ребенком. Джойс 59 лет, она недавно начала работать неполный день в качестве менеджера по организации питания в школьной столовой. Джойс находит эту работу полезной, но напряженной и выделяет вечер для планирования меню на следующую неделю.

Кристина. Не могла бы ты посидеть с ребенком сегодня? Меня пригласили на концерт.

Джойс. Мне очень жаль. Я не могу помочь сегодня, так как вечером мне нужно закончить всю бумажную рутину.

Кристина. Ну, пожалуйста. Это будет такое хорошее шоу. Я все компенсирую.

Джойс. Боюсь, не смогу помочь сегодня, я доделываю бумажную рутину.

Кристина. Ты можешь сделать это в другой вечер. В последнее время я редко выхожу из дома. Ты ведь не хочешь, чтобы я пропустила концерт?

Джойс. Ты знаешь, что я помогаю всегда, если могу, но сегодня я просто не в состоянии помочь. Я слишком занята бумажной рутинной.

Работа с критикой

Клиентам с низкой самооценкой важно научиться справляться с защитной или критической реакцией других людей на их попытки ассертивности. Такие реакции могут быть крайне болезненными, особенно если в них есть доля истины. Контрпродуктивно обороняться в ответ на критику, поскольку это отвлекает внимание от более важных вопросов и ведет к бесполезным спорам.

Более грамотный подход — спокойно признать точку зрения другого человека, что может побудить его в ответ быть более гибким и отзывчивым, а также поможет сохранить внимание на наиболее важных

вопросах. Затем найдите время, чтобы ответить спокойно, четко изложив свою точку зрения.

Ключевые моменты

Краткое изложение КПМ при низкой самооценке.

<p>Мысли и убеждения</p> <p>Восприятие себя как малоценного или малозначимого, самокритика (я безнадежен и глуп).</p> <p>Чтение мыслей и чрезмерная чувствительность к критике (люди не считают меня значимым).</p> <p>Самобичевание (я всегда говорю неправильно).</p>	<p>Чувства</p> <p>Депрессия, грусть и плохое настроение.</p> <p>Чувства вины и стыда.</p> <p>Раздражительность и гнев.</p> <p>Тревожность.</p>
<p>Поведение</p> <p>Отсутствие асертивности.</p> <p>Недостаточная работоспособность и избегание трудностей.</p> <p>Перфекционизм и переутомление.</p> <p>Избегание романтических отношений или социальных ситуаций.</p> <p>Трудности в принятии решений.</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Физическое напряжение.</p> <p>Усталость и вялость.</p> <p>Плохой сон.</p>
<p>Факторы окружающей среды</p> <p>К низкой самооценке предрасполагает опыт раннего детства (жестокое обращение, пренебрежение, критическое воспитание, отвержение или запугивание).</p> <p>Социальные факторы или проблемы в окружающей среде подрывают самооценку (отношения, работа или финансовые проблемы, хронический стресс или физические заболевания).</p>	

- Люди с низкой самооценкой считают себя малоценными или малозначимыми как личности. Однако внешне очень успешные люди все равно могут страдать от заниженной самооценки.
- Если вести себя так, словно ваши убеждения о собственной никчемности, глупости или неполноценности по сравнению с другими людьми правдивы, это снизит вашу самооценку и запустит ее негативный цикл.
- Поощряйте клиентов развивать рациональный и сострадательный взгляд на себя и принимать, что быть несовершенным и ошибаться — нормальная человеческая черта.

- Стратегии повышения самооценки на консультации врача общей практики включают в себя ведение журнала позитивных событий, в который следует ежедневно записывать свидетельства личных качеств и достижений человека.
- Изменение поведения также важно. Заполните таблицу мониторинга поведения или попросите клиента вести журнал для записи вредных и полезных моделей поведения. Запланируйте поведенческий эксперимент, чтобы попробовать альтернативное поведение, способное повысить самооценку.

Сложные клиенты

Что такое “сложность”

Это субъективная негативная реакция медицинского работника при столкновении с конкретным клиентом, ситуацией или даже с коллегой. Врач может чувствовать себя подавленным, депрессивным, тревожным, сердитым, разочарованным или виноватым.

Врачи общей практики описывают удивительно широкий спектр групп клиентов, которые ассоциируются у них со “сложностями” (заметка 19.1). Однако реальность такова, что разные врачи испытывают сложности в разных ситуациях. В то время как некоторые группы клиентов, несомненно, более сложны для ведения в первичном звене, сложность зависит от реакции конкретного врача-терапевта на данного человека или на ситуацию, а не является неотъемлемой характеристикой любого конкретного клиента.

Термин “сложный клиент” широко используется, но он неточен и может восприниматься клиентами как уничижительный. Обвинение клиента в проблеме может помешать медицинским работникам в поиске более эффективных личных стратегий управления ситуацией.

Заметка 19.1. Группы “сложных клиентов” [Steinmetz & Tabenkin, 2001]

- Жестокие, агрессивные или оскорбляющие словесно.
- Жалующиеся, никогда не удовлетворенные, требовательные.
- Манипулятивные, лживые.
- Не уважающие знания/опыт врача.
- неизлечимые.
- Любители спорить.
- Несогласные с рекомендованным лечением или предложениями.
- Имеющие нереалистичные ожидания от врачей или лечебного учреждения.

- Неразрешенные, повторяющиеся жалобы или презентации ("часто посещающие").
- Многочисленные жалобы — представляющие "список симптомов".
- Сложные или неясные презентации, например, все болит или постоянно устал.
- Болтливый, бессвязный разговор — "плохие рассказчики".
- Высокий уровень тревожности, сложные психиатрические случаи.
- Люди, зависимые от психоактивных веществ.

У кого возникают сложности

Определенные факторы (заметка 19.2) и черты характера (заметка 19.3) врачей-терапевтов связаны с более частым возникновением сложностей на консультациях.

Заметка 19.2. Факторы, обуславливающие большее количество "сложных клиентов" у врачей общей практики [Butler & Evans, 1999; Mathers et al., 1995]

- Менее опытные врачи.
- Необученные навыкам общения.
- Более низкая удовлетворенность работой.
- Большая нагрузка.
- Отсутствие последипломного образования.
- Основные личные эмоциональные проблемы (депрессия или тревожность).

Заметка 19.3. Черты личности и связанные с ними убеждения, из-за которых увеличивается количество "сложных клиентов"

- Сильно критический, осуждающий или нетерпимый (к себе или к другим) характер:
 - люди должны приходить только с "настоящими" медицинскими проблемами;
 - этот человек просто ипохондрик, ищущий внимания.

- Высокий уровень личной тревожности и трудности в преодолении неопределенности:
 - я должен быть на 100% уверен, что не пропустил ничего серьезного, прежде чем смогу расслабиться;
 - "любая ошибка — катастрофа".
- Чрезмерная любезность или потребность постоянно нравиться другим:
 - "я должен нравиться всем моим клиентам, иначе я не буду хорошим врачом";
 - "клиентам следует уделять столько времени, сколько им нужно".

Оборонительный характер личности или трудности с критикой:

- "я всегда должен быть прав";
- "клиенты должны приходить ко мне только в том случае, если будут следовать моим рекомендациям".

**От теории
к практике...**

Поразмышляйте о клиентах, которые, скорее всего, вызывают у вас сложности. Определите черты характера и связанные с ними группы убеждений, способные вызвать такую реакцию? Чем эти убеждения полезны для вас? Как они могут оказаться вредными или вызвать сложности?

Ответственность за реакции в отношении сложных клиентов

Общая практика предполагает работу с широким кругом людей с разнообразными потребностями в здравоохранении, охватывающими физические, психологические и социальные аспекты. У людей разные характеры, представления о здоровье, поведение и способы взаимодействия с медицинским персоналом, поэтому необходимо разработать эффективные стратегии, позволяющие справляться с клиентами и ситуациями, которые могут казаться нам сложными.

Первый шаг — взять на себя ответственность за собственные реакции. Невозможно напрямую изменить другого человека, но, изменив свои собственные нежелательные мысли или поведение, мы можем

повлиять на *взаимодействие или отношения* между врачом общей практики и его клиентом. Это поможет лечащим врачам контролировать свои реакции и уменьшить тревожность и стресс.

КПМ в случае со сложными клиентами

КПМ обеспечивает полезную основу для понимания реакций сложных клиентов. Цель не в том, чтобы устранить негативные мысли или чувства в отношении отдельных людей, а в том, чтобы научиться более эффективно управлять этими реакциями, чтобы уход за клиентами не оказывал чрезмерного эмоционального воздействия, и предотвратить развитие стресса, депрессии или выгорания. Управление реакциями на “сложных клиентов” также улучшает клиническое ведение некоторых людей, на которых могут негативно сказываться эмоции врача общей практики, такие как гнев или тревожность.

Чувства

Распространенные эмоции, возникающие при реакции на “сложных клиентов”, включают в себя чувство вины, гнев, разочарование, раздражение, тревожность, печаль или депрессию. Помните, что увеличение количества “сложных клиентов” может быть признаком развития у врача общей практики более серьезного основного эмоционального расстройства, такого как тревожность или депрессия, которое следует лечить напрямую.

Мысли

Следующий шаг — определить мысли и убеждения, лежащие в основе негативных чувств при реакции на “сложных клиентов” (заметка 19.4).

Поведение

Наиболее эффективный метод улучшения реакции на “сложных клиентов” — понимание и изменение непродуктивного поведения (заметка 19.5).

Заметка 19.4. Вопросы для выявления негативных автоматических мыслей

- О чем я думаю, когда я сталкиваюсь с таким клиентом?
- Что худшее в этом?
- Что эта ситуация говорит обо мне как о враче или как о человеке?
- Тревожусь ли я о том, что нечто может произойти? Что было бы хуже всего?
- Что, по моему мнению, клиент думал или чувствовал обо мне в этой ситуации?
- Что это значит для меня?

Заметка 19.5. Определение и понимание поведенческих реакций

- Определение полезного и вредного поведения.
- Как я реагирую на этого человека? Веду ли я себя с ним иначе, нежели с другими?
- Знаю ли я кого-нибудь, кто мог бы реагировать по-другому? Как бы они поступили?
- Понимание мыслей/убеждений, которые определяют поведение.
- Что заставляет меня реагировать таким образом? Что могло бы произойти, если бы я не реагировал так?
- Изучение влияния поведения.
- Как это поведение влияет на меня или других людей (клиентов, коллег, семью, друзей)?
- Каковы вероятные краткосрочные и долгосрочные последствия такого поведения?

Физические симптомы

Симптомы, такие как головные боли, усталость, вялость, боли в шее и спине, симптомы в животе, а также тревожность, бывают связаны со сложными клиентами. Существующие телесные проявления также могут ухудшаться из-за стресса, тревоги и плохого настроения. Важно определить влияние этих физических реакций на повседневную жизнь врача.

Факторы окружающей среды

Данные факторы также играют важную роль в восприятии “сложных клиентов”. К факторам окружающей среды относятся проблемы на работе, личные трудности и жизненные события, вызывающие эмоциональный дистресс (заметка 19.6).

Важный способ управления негативными эмоциями — внесение изменений в факторы окружающей среды. Например, работа в коллективе с поддерживающими коллегами или единомышленниками либо сокращение рабочих часов может повысить удовлетворенность врача работой и снизить частоту возникновения реакций в виде “сложного клиента”. Однако некоторые стрессы окружающей среды бывает трудно или невозможно изменить, и в этом случае полезно разработать более эффективные стратегии преодоления трудностей.

Заметка 19.6. Вопросы для изучения проблем в окружающей среде

- Довольны ли вы своей работой? Каковы основные трудности?
- Есть ли у вас достаточная поддержка на работе и дома?
- Поддерживаете ли вы здоровый баланс между работой и личной жизнью?
- Участвуете ли вы в приятных активностях вне работы?
- Ведете ли вы “здоровый образ жизни” (регулярные физические упражнения, здоровое питание и проч.)?
- Есть ли проблемы в важных личных отношениях (семья, друзья)?
- У вас есть обязанности по дому (уход за детьми или членами семьи)?
- Есть ли другие трудности (финансовые проблемы, сложности в домашней обстановке, плохое самочувствие и т.д.)?
- Переживали ли вы или ожидаете ли серьезные жизненные изменения?

Случай из практики 19.1. КПП при “сложном клиенте”

Доктор Т. приходит на утренний прием. Просматривая список клиентов, она замечает, что Элизабет записана на 10 утра. Элизабет 50 лет, она регулярно приходит на прием с многочисленными меняющимися симптомами. Ее много раз

обследовали, но никогда не находили серьезных органических заболеваний. Она тревожна и разговорчива, и доктору Т. трудно понять, как ей помочь.

Как только доктор Т. видит, что Элизабет в ее списке, она переживает реакцию на "сложного клиента", проявляя следующие мысли, чувства и поведение.

<p>Мысли</p> <p><i>О нет, это Элизабет! Из-за нее я задержу прием следующего клиента.</i></p> <p><i>Что ей нужно на этот раз? С ней все в порядке! Ее визиты — только трата моего времени.</i></p> <p><i>Но что если сейчас что-то не так? Я могу допустить ошибку, и она подаст на меня в суд.</i></p>	<p>Чувства</p> <p>Грусть, тревожность и стресс.</p> <p>Раздражительность и гнев.</p>
<p>Поведение</p> <p>Рассеяна и озабочена тревогой о встрече с Элизабет.</p> <p>Когда Элизабет приходит, торопит время консультации: плохо слушает, не смотрит в глаза, менее эмпатична, чем обычно.</p> <p>Быстро выписывает направление/делает тест, когда Элизабет жалуется на новый симптом.</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Головные боли.</p> <p>Боль в шее.</p> <p>Чувствует себя измотанной.</p>
<p>Факторы окружающей среды /триггеры</p> <p>Трудности, связанные с работой и уходом за детьми.</p> <p>В процессе продажи дома; финансовые трудности с ипотекой.</p>	

Изменение реакций на "сложных клиентов"

Оценка мыслей и рефрейминг нежелательного мышления

После того, как мы выявили основные мысли и глубинные убеждения, связанные с нашими реакциями на "сложных клиентов", следующим этапом будет их *оценка*, чтобы определить и переформулировать любые вредные или негативные автоматические мысли и стили мышления.

Заметка 19.7. Контрольный список для оценки вредных мыслей или убеждений

- Каковы доказательства в пользу этой мысли/убеждения? Есть ли доказательства против него?
- Это пример "вредного стиля мышления"?
- Является ли убеждение логичным или реалистичным? Справедливо ли оно? Есть ли другой способ взглянуть на ситуацию?
- Помогает ли это мне выполнять мою работу?
- Каковы плюсы и минусы такого образа мышления?
- Какой совет я бы дал другому человеку в этой ситуации?
- Каков другой способ рассмотрения этой ситуации, учитывающий новые доказательства?

Случай из практики 19.1. Продолжение: КПМ при реакции на "сложного клиента"

Возвращаясь к реакции доктора Т. на прием Элизабет, полезно выбрать наиболее сильную или тревожную "горячую" мысль, которую можно рассмотреть внимательнее.

О нет, это Элизабет! Из-за нее я задержу прием следующего клиента.

Что ей нужно на этот раз?

С ней все в порядке! Ее визиты — только трата моего времени.

Но что, если сейчас действительно что-то не так? Я могу допустить ошибку, и она подаст на меня в суд.

Можно проверить и оценить "горячие" мысли.

Мысль, которую нужно проверить: "С ней все в порядке! Ее визиты — только трата моего времени". Чувства, связанные с мыслью: гнев, разочарование.	
Каковы доказательства этой мысли/убеждения?	У нее нет признаков серьезного заболевания. Она регулярно раз в неделю приходит на прием. Очень много народу хочет попасть к врачу, времени на всех не хватает.

<p><i>Есть ли доказательства против?</i></p> <p><i>Она страдает от действительно мучительной боли и тревоги по поводу своих симптомов.</i></p> <p><i>Работа в первичном звене означает оказание помощи самым разным людям и решение разных проблем, а не только физических расстройств.</i></p>	
<p>Является ли это убеждение "вредным стилем мышления"?</p>	<p>Мышление по принципу "все или ничего".</p>
<p>Каковы плюсы и минусы такого мышления?</p>	<p>Плюсы. Важно сохранить свободное время для приема других людей, которым это нужно. Минусы. Расстраивает меня; не перестает приходить.</p>
<p>Логично ли это или реалистично? Справедливо ли это? Есть ли другой способ взглянуть на ситуацию?</p>	<p>У нее настоящие симптомы, которые ее пугают. Попытавшись понять ее точку зрения, я буду меньше расстраиваться.</p>
<p>Помогает ли это мне выполнять свою работу?</p>	<p>Раздражение не поможет мне эффективно работать.</p>
<p>Какой совет я бы дал кому-то другому в этой ситуации?</p>	<p>Сделайте глубокий вдох и успокойтесь. Потратьте время, чтобы узнать клиентку и выяснить, что ее больше всего беспокоит. Планируйте встречи заранее и четко оговаривайте временные рамки.</p>
<p>Как можно по-другому взглянуть на эту ситуацию, учитывая все новые данные?</p>	<p>Нравится мне это или нет, но встречаться с такими клиентами, как Элизабет, — часть моей работы. Злость не поможет. Налаживание отношений с ней поможет сократить количество ее посещений.</p>

В следующей таблице приведены некоторые альтернативные, более сбалансированные мысли и точки зрения для распространенных негативных мыслей при встрече со "сложными клиентами".

Мысль	Вредный стиль мышления	Альтернативные, более сбалансированные мысли и точки зрения
Я должен помочь этому человеку, иначе я плохой врач.	Черно-белое мышление. Игнорирование положительных моментов.	Многое доказывает, что я достаточно хороший врач. Никто не идеален! У меня хорошие отношения с клиентами и с коллегами. Невозможно всех "вылечить", но это не значит, что я плохой врач.
Я ничем не могу помочь этой женщине.	Черно-белое мышление.	Возможно, я не могу вылечить ее симптомы, но могу помочь ей научиться лучше справляться с ними. По крайней мере, могу предложить сочувствие и поддержку.
Я могу допустить серьезную ошибку, и она подаст на меня в суд!	Заявления типа "что если". Катастрофическое мышление.	Вполне возможно, что у этой клиентки действительно что-то не так. Однако беспокойство по этому поводу не поможет мне это выяснить. Никто не может быть уверен на 100%. Я просто должна вынести наилучшее клиническое суждение, на которое способна.
Клиентка винит меня в том, что я не смогла ее вылечить.	"Чтение мыслей". Принятие чрезмерной личной ответственности.	Она действительно обозлена и разочарована, но не считает, что это моя вина. Она знает, что я изо всех сил стараюсь ей помочь. Если бы она не думала, что я могу помочь, она, наверное, не пришла бы ко мне снова!

Полезные мысли и установки

Определенные убеждения, установки и стили мышления могут защитить врачей общей практики от реакций на "сложных клиентов". Их краткое описание дано в заметке 19.8.

Быть “достаточно хорошим”

Врачам общей практики важно проявлять терпение и терпимость как к себе, так и к другим. Быть “достаточно хорошим” — ключевое понятие для формирования самооценки, оно применимо для многих практикующих врачей, которые часто придерживаются перфекционистских убеждений и с большим трудом справляются с предполагаемой “неудачей”.

Раньше я была настоящим перфекционистом и очень строга к себе, если возникали даже незначительные проблемы. Я очень расстраивалась, если считала, что клиент думает обо мне плохо. Сейчас я стараюсь придерживаться более взвешенной точки зрения и помнить, что у меня хорошие отношения с большинством клиентов, но невозможно сделать все для всех. Это помогает мне справляться, когда дела идут не так гладко.

Заметка 19.8. Когнитивные факторы управления реакциями на “сложных клиентов”

- Рациональное мышление; взгляд на общую картину.
- Повышение терпимости и терпения (принятие несовершенства себя и других).
- Умение управлять неопределенностью.
- Умение идти на компромиссы, когда это необходимо.
- Быть достаточно гибким, чтобы меняться и учиться у клиентов.
- Сохранение чувства юмора (требует гибкого подхода к ситуации).
- Принятие того, что мы не можем всегда или всем нравиться.
- Фокусирование на долгосрочных и краткосрочных целях (скажем, построение долгосрочных отношений с клиентами).

Взгляд на картину в целом: рассмотрение проблем в перспективе

Зачастую полезно представить проблемы в перспективе, подумав, действительно ли ситуация так плоха, какой кажется, или на самом деле все может быть гораздо хуже.

Случай из практики 19.2. Включение реакции на “сложного клиента” в контекст

Доктор Б. все больше разочаровывается в Роджере, одном из своих клиентов. Роджеру 82 года, он страдает от остеоартрита коленей, который причиняет ему боль и ограничивает передвижение. Он также страдает гипертонией и избыточным весом. Он часто приходит на прием, но редко прислушивается к советам врача. Роджер говорит, что не может сбросить вес, и жалуется на побочные эффекты от большинства назначенных ему лекарств.

Всякий раз, когда доктор Б. замечает Роджера в своем списке, он волнуется и думает: “Этому человеку невозможно помочь. Он не слушает ничего из того, что я говорю”. Это делает его раздражительным по отношению к Роджеру и ухудшает их отношения.

Чтобы оценить свои трудности в отношениях с Роджером, доктор Б. пытается выполнить шутливое упражнение, в котором представляет себе наихудшее возможное поведение, которое Роджер мог бы продемонстрировать на консультации. Например, Роджер может:

- физически напасть на доктора Б. или на персонал регистратуры;
- выбросить компьютер доктора Б. в окно;
- помочиться на одежду доктора Б. во время осмотра;
- бросать лекарства в других клиентов в приемной;
- блевать в ящик стола доктора Б. пока того нет в кабинете.

Это упражнение помогло доктору Б. увидеть Роджера с другой стороны. Роджер — сложная личность, с которой трудно иметь дело, но его поведение могло быть гораздо хуже! Доктору Б. также полезно посмотреть на свои собственные глубинные мысли и убеждения, которые могут быть причиной того, что он с трудом переносит Роджера (если клиенты не следуют моим рекомендациям, значит, что они меня не уважают). Это убеждение можно проверить и оценить с помощью контрольного списка для оценки вредных мыслей или убеждений (заметка 19.7).

Управление неопределенностью

Умение справляться с неопределенностью — важный навык для всех медицинских работников, включающий в себя развитие и поддержание клинических знаний и опыта, чтобы гарантировать, что мы компетентные практикующие врачи. Однако многие высокопрофессиональные

врачи-терапевты все еще не могут справиться с неопределенностью во время консультаций.

Управление неопределенностью предполагает принятие того факта, что мы никогда не можем быть уверены в чем-либо на 100%. Хорошая клиническая помощь подразумевает управление вероятностями, а не уверенностью, и точную оценку ситуации. Процесс состоит из оценки вероятности конкретных рисков и соответствующего поведения.

Раньше мне было трудно справляться с неопределенностью. Я просыпалась по ночам, думая о конкретном клиенте или задавая, не упустила ли я что-то. В конце концов я поняла, что не могу контролировать все. Я могу сделать все возможное, но невозможно быть уверенным на 100%, что что-то не пойдет не так. Беспокойство об этих клиентах по ночам мешает мне работать эффективно, потому что я устаю и чувствую стресс.

Конечно, однажды что-то может быть не так, но это касается любого врача. Лучше справиться с этим, когда это действительно произойдет. Постоянно беспокоясь, я проживаю худшие сценарии еще до того, как плохое произойдет.

От теории к практике...

Есть ли у вас убеждения, затрудняющие преодоление неопределенности? Чтобы четко обозначить эти мысли, приведите пример ситуации, которая показалась вам сложной.

Что полезного в вашем убеждении? Может быть, оно в чем-то и вредно? Попробуйте заново оценить и переформулировать убеждение, чтобы оно стало более реалистичным и полезным.

Изменение поведения

Изменение неэффективного поведения — хороший способ разорвать негативные циклы и добиться позитивных изменений при возникновении реакции на “сложного клиента”. Помните, что не обязательно *чувствовать себя лучше*, чтобы *вести себя* наилучшим образом.

Заметка 19.9. Стратегии изменения поведения

- Внести изменения в поведение, несмотря на негативные мысли или чувства. *Какой способ поведения в этой ситуации наиболее полезен? Могу ли я вести себя так, даже если у меня все еще есть негативные мысли или чувства?*

- Вести себя "как если бы...". *Как бы я хотел чувствовать себя в этой ситуации? Как бы я себя вел, если бы чувствовал себя так? Можно ли вести себя так в любом случае?"*
- Моделирование поведения других. *Знаю ли я кого-нибудь, кто мог бы вести себя по-другому в этой ситуации? Как бы они поступили? Могу ли я попробовать так сделать?"*

КПМ для преподавания, обучения и наставничества

Подход КПМ можно использовать как индивидуальное саморефлексивное упражнение или вместе с тренером, наставником или коллегой. Подход можно применять для понимания сложной реакции на конкретных клиентов, а также в других ситуациях, включающих в себя стрессы, связанные с работой, и трудности в отношениях с коллегами.

Рекомендации по использованию КПМ с коллегами.

1. **Не предполагайте, что вы “знаете, что они чувствуют”** (используйте когнитивную эмпатию).

Как наставник или тренер (если у вас был подобный опыт), вы должны избегать соблазна предположить, что знаете, как думает или что чувствует “ученик”. Его реакция может быть в чем-то похожа на вашу, но, скорее всего, будет отличаться. Будьте искренне заинтересованы в обнаружении ключевых мыслей, чувств и поведения, составляющих индивидуальную реакцию на проблему.

2. **Не сосредоточивайтесь исключительно на клинических деталях.**

Легко включиться в клиническую дискуссию о лечении конкретного заболевания, в то время как обучающемуся было бы полезнее выяснить, почему он считает этого клиента сложным, с помощью обсуждения его мыслей и поведения в данной ситуации.

3. **Запишите ключевую информацию.**

Возьмите чистый рабочий лист КПМ, чтобы записать ключевую информацию о мыслях, чувствах и поведении. Это помогает ученику отстраниться от проблемы и способствует более гибкому взгляду на ситуацию.

4. Приводите специфичные и конкретные примеры.

Попросите привести конкретные недавние случаи, когда ученик пережил непростые обстоятельства. Выясните, в чем именно заключалась реакция и какие мысли лежали в ее основе.

5. Сотрудничайте и применяйте направляемое открытие.

Используйте четыре этапа направляемого открытия (заметка 19.10), чтобы побудить ученика взять на себя ответственность за понимание своих трудностей и за поиск подходящих выполнимых решений. Особенно важно передать ответственность за обучение в ходе обсуждения (подробнее о направляемом открытии см. главу 5 “Навыки общения, необходимые в КПТ”).

Заметка 19.10. Направляемое открытие в обучении

1. **Задавайте информационные вопросы:** используйте открытые вопросы, сфокусированные на конкретных областях проблемы.

Приведите пример ситуации, когда вы себя так чувствовали...

О чем вы думали в этот момент?

2. **Эмпатическое слушание и рефлексия:** внимательно слушайте и проговаривайте эмпатические утверждения, если ученик описывает неприятные или тревожные мысли и чувства.

Хм, видимо, вам это было довольно трудно...

3. **Краткое изложение:** кратко пересказывайте услышанное, чтобы побудить ученика рассмотреть проблему с новой точки зрения.

Итак, клиент вел себя агрессивно. Вы напряглись, потому что подумали: “Он меня не уважает”. В ответ вы стали защищаться и отказались делать то, что он просил.

4. **“Синтезирующие” вопросы:** побуждают обучающегося самостоятельно разобраться в проблемах.

Как вы могли бы продвинуться вперед?

Можете ли вы предложить другой способ решения?

Что бы вы могли сказать коллеге или другу в таких же обстоятельствах?

Случай из практики 19.3. КПМ для обучения и преподавания

Следующий диалог демонстрирует, как тренер врача-терапевта применяет КПМ для обсуждения сложного клиента.

Тренер. Не могли бы вы начать с краткого описания клиента?

Обучающийся. Это женщина 38 лет, она несколько раз приходила с головными болями. У нее напряженная работа в банковской сфере. Головные боли — классические боли напряжения, в остальном она здорова. Но она приходит со всеми видами распечаток из Интернета о головных болях и просит направить ее к неврологу. Она может быть довольно агрессивной и требовательной.

Тренер. Хорошо, вы можете вспомнить недавний случай, когда ее видели?

Обучающийся. Да, я видел ее два дня назад.

Тренер. Я бы хотел поработать с диаграммой КПМ, чтобы лучше понять вашу реакцию. В какой момент вы заметили негативные чувства?

Обучающийся. Как только увидел, что она в моем списке на прием.

Тренер. Что вы почувствовали в этот момент?

Обучающийся. Я чувствовал себя напряженным и подавленным.

Тренер. Запишем это. Какие мысли возникли, что заставило вас напрячься?

Обучающийся. Я думал: *“Это будет еще одна сложная консультация. Она придет и выдвинет еще больше требований”*.

Тренер. Что в этом самое сложное? Что это значит для вас, если она придет и будет выдвигать требования?

Обучающийся. Полагаю, это означает, что она не уважает меня как врача. Она видит во мне лишь “инструмент” для получения того, что хочет.

Тренер. И что в этом хуже всего? Что бы это значило для вас?

Обучающийся. Что моя роль не важна — или, может быть, что я не важен.

Тренер. И что вы при этом чувствуете?

Обучающийся. Наверное, я немного обижен.

Тренер. Да, в этом есть смысл. Вы сказали, что, когда ждали на прием эту женщину, то подумали: *“Это будет еще одна сложная консультация. Она придет и выдвинет еще больше требований. Она не уважает*

меня как врача. Она рассматривает меня как «инструмент», который можно использовать, чтобы получить то, что хочет. А это значит, что моя роль или я не важны". И эти мысли заставляют вас чувствовать себя немного уязвленным. Так ли это?

Обучающийся. Да, это так.

Тренер. С ней вы ведете себя иначе, чем с другими клиентами?

Обучающийся. Кажется, я использую защитное поведение и меньше прислушиваюсь к ее точке зрения. Я нахожу себя в конфронтации с ней чаще, чем с другими людьми.

Тренер. Как вы реагируете на ее требования?

Обучающийся. Обычно в конце концов я их выполняю. Я направил ее к неврологу, но был крайне раздражен из-за этого.

Тренер. Добавим это в таблицу. Что заставило вас раздражаться?

Обучающийся. Я чувствовал, что должен стоять на своем. Уступить ей означает, что я позволяю ей требовать и в некотором роде давить на меня.

Тренер. Есть ли у вас какие-либо физические реакции на встречу с ней?

Обучающийся. Я всегда напрягаюсь, иногда болит голова.

Тренер. Понятно. Есть ли в данный момент что-то еще, способное повлиять на все это?

Обучающийся. Я сейчас очень занят, готовлюсь к экзаменам, а также оттачиваю навыки консультирования, что дополнительно давит на меня, чтобы я действительно хорошо консультировал.

Тренер. Ясно. Что ж, возможно, вы могли бы взглянуть на все, что мы записали. Скажите, что вы думаете об этом?

Обучающийся. Думаю, что, вероятно, я чувствую себя хуже, чем следовало бы, из-за того, как она меня воспринимает. Она не может думать обо мне слишком плохо, иначе вообще не приходила бы ко мне. И я также вижу, что, если буду защищаться и меньше слушать, это только ухудшит ситуацию.

Тренер. Да, это правда. Итак, какими могут быть ваши следующие шаги?

Ключевые моменты

Краткое изложение КПМ для врачей общей практики в случаях со "сложными клиентами".

<p>Мысли и убеждения</p> <p>Критические (по отношению к себе и другим) или нетерпимые убеждения, перфекционизм.</p> <p>Неспособность справиться с неопределенностью.</p> <p>Чрезмерная зависимость от похвалы, потребность нравиться.</p> <p>Обидчивость, сложно справиться с критикой.</p>	<p>Чувства</p> <p>Основные эмоциональные проблемы (депрессия или тревожность).</p> <p>Тревога и беспокойство.</p> <p>Стресс, разочарование, раздражительность.</p>
<p>Поведение</p> <p>Ухудшение межличностных и клинических навыков при напряжении и стрессе.</p> <p>Стремление к самоуспокоению или избеганию.</p> <p>Трудности в принятии решений.</p> <p>Снижение заботы о себе.</p> <p>Нарушен баланс между работой и жизнью: отсутствие приятных занятий.</p>	<p>Телесные проявления</p> <p>Физические симптомы, связанные с напряжением и стрессом.</p>
<p>Факторы окружающей среды</p> <p>Клиенты, воспринимаемые как "сложные" (частые посещения).</p> <p>Менее опытные врачи, необученные навыкам общения.</p> <p>Трудности на рабочем месте: низкая удовлетворенность работой, высокая нагрузка.</p> <p>Личные переживания и жизненные события.</p>	

- Реакции на "сложных клиентов" — это неприятные негативные чувства, возникающие у медицинских работников при столкновении с определенными клиентами или ситуациями.
- Среди врачей общей практики, чаще всего реагирующих на "сложных клиентов", есть те, кто не удовлетворен работой или нуждается в развитии своих коммуникативных навыков. Так что, если вы замечаете у себя такую реакцию, это может указывать на то, что вам необходимо пройти обучение или изменить другие сферы вашей жизни либо работы.

- Реакция на "сложных клиентов" также может быть симптомом выгорания или эмоциональных расстройств, таких как депрессия и тревожность. Если вы подозреваете, что это именно так, обязательно посетите своего лечащего врача.
- Чтобы изменить реакцию на "сложных клиентов", врачи общей практики должны взять на себя ответственность за собственные мысли и чувства, избегать обвинения или навешивания ярлыков на клиентов.

Основные стратегии управления реакцией на "сложных клиентов".

- Улучшите свое понимание и навыки общения для работы с группами клиентов, которые кажутся вам особенно сложными, например, с тревожными людьми и с клиентами с необъяснимыми с медицинской точки зрения симптомами.
- Думайте о перспективе: спросите себя, будет ли это важно через пять лет?
- Не будьте перфекционистом, сосредоточьтесь на том, чтобы быть "достаточно хорошим", и помните, что вы не можете нравиться всем.
- Работайте над своей способностью переносить неопределенность. Это бывает очень сложно для многих врачей. Помните, что в жизни мы никогда не можем быть уверены в чем-либо на 100%.
- Старайтесь развивать в себе терпение, терпимость и сочувствие к другим.
- Сохраняйте чувство юмора!
- Когда вы под давлением, сосредоточьтесь на том, чтобы вести себя так, "как если бы" вы чувствовали себя лучше. Изменение поведения — самый эффективный способ разорвать негативные циклы в реакциях на "сложных клиентов".

Тренинг для медицинских специалистов

Британская ассоциация поведенческой и когнитивной психотерапии (BABCP, www.babcp.com) — это междисциплинарная тематическая группа для профессионалов, занимающихся теорией и практикой КПТ. Сайт Ассоциации — полезный ресурс, который:

- дает информацию об обучении КПТ и мероприятиях по всей Великобритании;
- содержит готовые к печати краткие памятки для клиентов;
- предоставляет подробную информацию об аккредитованных терапевтах по КПТ с возможностью их поиска по региону. Клиенты могут самостоятельно обращаться к частным терапевтам.

Тренинг по 10-минутной КПТ

Доктор Ли Дэвид проводит семинары для врачей общей практики и для других медицинских работников первичного звена по использованию подхода 10-минутной КПТ, описанного в книге.

Для получения подробной информации о предстоящих мероприятиях или для организации учебного семинара в вашем районе напишите на электронную почту office@10minuteCBT.co.uk или посетите сайт www.10minuteCBT.co.uk. На сайте также выложены полезные и готовые к печати брошюры для клиентов.

Десятиминутные видеозаписи по КПТ

Существует три учебных видеозаписи, разработанные специально для демонстрации техник 10-минутной КПТ и навыков общения, описанных в этой книге. Они имеют следующие названия.

- Психическое здоровье.
- Телесные проявления и хронические заболевания.
- Беспокойство о здоровье и необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы.

Все видео можно приобрести на сайте о 10-минутной КПТ.

Список литературы и литература для дополнительного изучения

Список литературы

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn.* American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Babyak M., Blumenthal J.A, Herman S., et al. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine* 62: 633–8.
3. Barry C.A., Bradley C., Britten N., et al. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *British Medical Journal* 320: 1246–50.
4. Barsky A., Ahern, D. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 291: 1464–70.
5. Bass C., Murphy M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 403–27.
6. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Perspective*. Basic Books, New York.
7. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York.
8. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 10: 287–333.
9. Burns D., Nolen-Hoeksema S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 305–11.
10. Butler C.C., Evans M. (1999). The heartsink patient revisited. *British Journal of General Practice* 49: 230–3.

11. Clark D.M. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy* 24: 461–70.
12. Craig T.K., Boardman A.P. (1997). ABC of mental health: common mental health problems in primary care. *British Medical Journal* 314: 1609–13.
13. Department of Health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling*. Department of Health, London.
14. Department of Health (2008). *Improving Access to Psychological Therapies: Long-term conditions positive practice guide*. Department of Health, London.
15. Dimidjian S., Hollon S.D., Dobson K.S., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and anti-depressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74: 658–70.
16. Escobar J.I., Gara M.A., Diaz-Martinez A.M., et al. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy-type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine* 5: 328–35.
17. Greenberger D., Padesky C.A. (1995a). *Mind over Mood*. Guilford Press, New York.
18. Greenberger D., Padesky C.A. (1995b). *Clinician's Guide to Mind over Mood*. Guilford Press, New York.
19. Harris R. (2006). Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia* 12 (4): 2–7.
20. Hasenbring M.I., Rusu A.C., Turk D.C. (2012). From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications. Oxford Medicine Online. Available at: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199558902.001.0001/med-9780199558902> (last accessed 9 May 2013).
21. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York.
22. Horvath A.O., Symonds B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38: 139–49.

23. Kabat-Zinn J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Mind and Body to Face Stress, Pain and Illness*. Delta, New York.
24. Kabat-Zinn J., Lipworth L., Burney R., Sellers W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain* 2: 159–73.
25. Kabat-Zinn J., Massio A.O., Kristeller J., et al. (1992). Effectiveness of a meditation- based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 149: 936–43.
26. Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T., et al. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and phytochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine* 60: 625–32.
27. Katon W., Schulberg H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry* 14: 237–47.
28. Kennedy T.M., Jones R., Darnley S., et al. (2005). Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 331: 435–7.
29. Kennerley H. (1997). *Overcoming Anxiety*. Constable and Robinson, London.
30. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 51: 8–19.
31. Kroenke K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* 69: 881–8.
32. Mathers N., Jones N., Hannay D. (1995). Heartsink patients: a study of their general practitioners. *British Journal of General Practice* 45: 293–6.
33. Melzack R., Wall P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150: 971–9.

34. Mendell L.M., Wall P.D. (1965). Responses of single dorsal cells to peripheral cutaneous unmyelinated fibers. *Nature* 206: 97–9.
35. Mumford D.B., Devereux T.A., Maddy P.J., et al. (1991). Factors leading to the reporting of 'functional' somatic symptoms by general practitioners. *British Journal of General Practice* 41: 454–8.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008). *Commissioning Guide: Cognitive Behavioural Therapy for the management of common mental health problems*. NICE, London.
37. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009a). CG22: *Depression: management of depression in primary and secondary care*. NICE, London.
38. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009b). CG91: *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management*. NICE, London.
39. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). CG113: *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults*. NICE, London.
40. Nezu A.M., Nezu C.M. (1989). *Problem-solving Therapy for Depression: Theory, research and clinical guidelines*. Wiley, New York.
41. Orlinsky D., Grawe K., Parks B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin A., Garfield S., Eds). Wiley: New York.
42. Padesky C.A. (1993). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter* 5/6: 16–7.
43. Padesky C.A. (2003). *Guided Discovery: Leading and Following* (audio-tape). Centre for Cognitive Therapy, California.
44. Padesky C.A., Mooney K.A. (1990). Clinical tip: presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter* 6: 13–4.
45. Paykel E.S., Scott J., Teasdale J.D., et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 56: 829–35.
46. Peveler R., Kilkenny L., Kinmonth A.L. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison. *Journal of Psychosomatic Research* 42: 245–52.

47. Rollnick S., Miller W.R., Butler C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior*. Guilford Press, London.
48. Roth A., Fonagy P. (2005). *What Works for whom? 2nd Edn*. Guilford Press: New York.
49. Roth A., Pilling S. (2007). *The Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for People with Depression and with Anxiety Disorders*. Department of Health: London.
50. Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Christensen B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55: 305–12.
51. Safran J., Segal Z. (1990). *Interpersonal Processes in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York.
52. Safran J., Segal Z., Vallis., T, Shaw B., Samstag L. (1993). Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy & Research*, 17: 23–8.
53. Salmon P., Peters S., Stanley I. (1999). Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *British Medical Journal* 318: 372–6.
54. Scott C., Tacchi M.J., Jones R., Scott J. (1997). Acute and one-year outcome of a RCT of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 171: 131–4.
55. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2001). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. A new approach to preventing relapse*. Guilford Press, New York.
56. Speckens A.E., Van Hemert A.M., Spinhoven P., et al. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 311: 1328–32.
57. Steinmetz D., Tabenkin H. (2001). The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Family Practice* 18: 495–500.
58. Waddell G., Burton A., Kendall N.O. (2008). *Vocational Rehabilitation: what works, for whom, and when?* The Stationery Office, London.
59. Warwick H., Salkovskis P. (1989). *Hypochondriasis*. In: *Cognitive Therapy in Clinical Practice: an Illustrated Casebook* (Scott J., Mark J., Williams G., Beck A.T, Eds), pp. 78– 102. Routledge, London.

60. Warwick H.M., Clark D.M., Cobb A.M., Salkovskis P.M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry* 169: 189–95.
61. Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester, John Wiley and Sons.
62. Westbrook D., Kennerley H., Kirk J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: skills and applications*. Sage Publications Ltd, London.
63. White P.D., Goldsmith K.A., Johnson A.L., et al. (2011). Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet* 377: 823–36.
64. Williams C.J., Garland A. (2002). A cognitive-behavioural assessment model for use in everyday clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 8: 172–9.

Литература для дополнительного изучения

1. Armstrong D. (1996). Construct validity and GPs' perceptions of psychological problems. *Primary Care Psychiatry* 2: 119–122.
 2. Balint M. (1964). *The Doctor, His Patient and The Illness*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
 3. Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L., Latham K.S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25: 89–90.
 4. Bass C., May S. (2002). ABC of psychological medicine: Chronic multiple functional somatic symptoms. *British Medical Journal* 325: 323–6.
 5. Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
 6. Beck A.T., Weishaar M (1986). *Cognitive therapy*. In: *Cognitive Behavioural Approaches to Psychotherapy* (Dryden W, Golden W, eds), pp. 61–92. Harper & Row, London.
 7. Beck J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Guilford Press, New York.
- (Джудит Бек. *Когнитивная терапия: полное руководство*, пер. с англ., ИД “Вильямс”, 2007 г.)

8. Becker M.H., Maiman L.A. (1975). Sociobehavioural determinants of compliance with medical care recommendations. *Medical Care* 13: 10–24.
9. Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M., et al. (Eds) (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press, Oxford.
(Джеймс Беннетт-Леви, Джиллиан Батлер, Мелани Феннелл, Энн Хакманн, Мартина Мюллер, Дэвид Вестбрук. *Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии*. Оксфордское руководство, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)
10. Berne E (1964). *Games People Play*. Grove Press, New York.
11. Blackburn I.M., James I.A., Baker C., et al. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29: 431–46.
12. Bracken P., Thomas P. (2001). Post psychiatry: a new direction for mental health. *British Medical Journal* 322: 724–727.
13. Britten N., Stevenson F.A., Barry C.A., Barber N., Bradley C.P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal* 320: 484–8.
14. Butler C., Pill R., Stott N. (1998). Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *British Medical Journal* 316: 1878–81.
15. Butler G. (1999). *Overcoming Social Anxiety and Shyness*. Constable and Robinson, London.
16. Churchill R., Khaira M., Gretton V. et al. (2000). Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *British Journal of General Practice* 460: 905–906.
17. Crutcher J.E., Bass M.J. (1980). The difficult patient and the troubled physician. *Journal of Family Practice* 11: 933–8.
18. Davidson O., King M., Sharp D., Taylor F. (1999). A pilot randomised trial evaluating GP registrar management of major depression following brief training in cognitive- behaviour therapy. *Education in General Practice* 10: 485–8.
19. Double D. (2002). The limits of psychiatry. *British Medical Journal* 324: 900–4.

20. Enright S.J. (1997). Cognitive-behaviour therapy – clinical applications. *British Medical Journal* 314: 1811–1816.
21. Fennell. M. (1999). *Overcoming Low Self-esteem*. Constable and Robinson, London.
22. Fitzpatrick R. (1996). Telling patients there is nothing wrong (editorial). *British Medical Journal* 313: 311–2.
23. Friedberg R., Fideleo R. (1992). Training in-patient staff in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 6: 105–12.
24. Gilbert P. (2000). *Overcoming Depression*. Constable and Robinson, London.
25. Gill D., Hatcher S. (2000). Antidepressants for depression in medical illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4: CD0001312.
26. Goldberg D.P., Steele J.J., Smith C., Spivey L. (1980). Training family doctors to recognize psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet* 2: 521–3.
27. Greeven et al. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 164: 91–9.
28. Hale A (1998). *ABC of Mental Health*. BMJ Books, London.
29. Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk J., Clark D.M. (Eds) (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Oxford University Press, Oxford.
30. Hayes S.C., Smith S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Oakland, CA.
31. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change (2nd ed.)*. Guilford Press, New York.
(Стивен С. Хейс, Кирк Д. Штротсаль, Келли Г. Уилсон. *Терапия принятия и ответственности. Процессы и практика осознанных изменений*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)
32. Heath I. (1999). Commentary: There must be limits to the medicalization of human distress. *British Medical Journal* 318: 440.
33. Helman C.G. (1990). *Culture, Health & Illness*. Butterworth-Heinemann, Oxford.

34. Hodgson P., Smith P., Brown T., Dowrick C. (2005). Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Annals of Family Medicine* 3: 318–23.
35. House A., Stark D. (2002). ABC of psychological medicine: Anxiety in medical patients. *British Medical Journal* 325: 207–209.
36. Jacobson N., Martell C.R., Dimidjian S. Behavioral Activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice* 8: 255–270.
37. Kadam U., Croft P., McLeod J., Hutchinson M. (2001). A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. *British Journal of General Practice* 466: 375–380.
38. Kenardy J. (2003). Review: cognitive behaviour therapy and behaviour therapy may be effective for back pain and chronic fatigue syndrome, and antidepressants may be effective for irritable bowel syndrome. *Evidence Based Medicine* 8: 88.
39. King M., Davidson O., Taylor F., et al. (2002). Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 324: 927–36.
40. Kurtz S., Silverman J., Draper J. (2004). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
41. Launer J. (2002). *Narrative-based Primary Care: a Practical Guide*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
42. Marks J.N., Goldberg D.P., Hillier V.F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 9: 337–54.
43. Mathers N., Gask L. (1995). Surviving the 'heartsink' experience. *Family Practice* 12: 176–83.
44. Mayou R., Farmer A. (2002). Functional somatic symptoms and syndromes. *British Medical Journal* 325: 265–8.
45. McCrone P., Sharpe M., Chalder T., Knapp M., Johnson A.L., et al. (2011). Adaptive Pacing, Cognitive Behaviour Therapy, Graded Exercise, and Specialist Medical Care for Chronic Fatigue Syndrome: A Cost-Effectiveness Analysis. *Lancet* 377: 823–36.

46. McDonald I.G., Daly J., Jelinek J.M., Panetta F., Gutman J.M. (1996). Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *British Medical Journal* 313: 329–32.
47. Mercer S.W., Reilly D., Watt G.C. (2002). The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *British Journal of General Practice* 52: 901–5.
48. Michie S., Rumsey N., Fussell A., Hardeman W., Johnston M.M., Newman S., Yardley L. (2006). *Improving Health: Changing Behaviour NHS Health Trainer Handbook*. Department of Health, London.
49. Middleton H., Shaw I. (2000). Distinguishing mental illness in primary care (editorial). *British Medical Journal* 320: 1420.
50. Miller W.R., Rollnick S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed.)*. Guilford Press, New York.
51. Moral R.R., Alamo M.M., Jurado A.M., Perula de Torres L. (2001). Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Family Practice* 18(1): 60–63.
52. Murray C.J., Lopez A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet* 349: 1498–504.
53. Murray C.J., Lopez A.D. (1997). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability adjusted life expectancy: global burden of disease study. *Lancet* 349: 1347–52.
54. Mynors-Wallis L. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 26: 249–62.
55. Mynors-Wallis L. (2005). *Problem-Solving Treatment for Anxiety and Depression: A Practical Guide*. Oxford University Press, Oxford.
56. Mynors-Wallis L.M., Gath D.H., Day A., Baker F. (1995). RCT comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal* 310: 441–5.
57. National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, Leicester and London.

58. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). CG22: *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care*. NICE, London.
59. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004). CG23: *Anxiety: Management of Anxiety in Primary, Secondary and Community Care*. NICE, London.
60. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). CG26: *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. NICE, London.
61. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). CG31: *Obsessive Compulsive Disorder*. NICE, London.
62. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). CG53: *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of CFS/ME in adults and children*. NICE, London.
63. Neenan M., Dryden W. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy: An A–Z of Persuasive Arguments*. Whurr Publishers, London.
64. Neighbour R. (1987). *The Inner Consultation*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
65. Neighbour R. (1996). *The Inner Apprentice*. Petroc Press, Newbury.
66. O'Dowd TC (1988). *Five years of heartsink patients in general practice*. *British Medical Journal* 297: 528–32.
67. Pendleton D., Schofield T., Tate P., Havelock P. (2002). *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*. Oxford University Press, Oxford.
68. Persons J. (1989). *Cognitive Therapy in Practice. A Case Formulation Approach*. W.W. Norton, New York.
69. Peveler R., Carson A., Rodin G. (2002). ABC of psychological medicine: Depression in medical patients. *British Medical Journal* 325: 149–152.
70. Pollock K., Grime J. (2002). Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: a qualitative study. *British Medical Journal* 325: 687–92.
71. Raine R., Haines A., Sensky T., Hutchings A., Larkin K., Black N. (2002). Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from

- secondary care be extrapolated to primary care? *British Medical Journal* 325: 1082.
72. Rimes K.A., Chalder T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Psychosom Res.* 68(3): 285–92.
 73. Ring A., Dowrick C., Humphris G., Salmon P. (2004). Do patients with unexplained physical symptoms pressurize general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *British Medical Journal* 328: 1319–20.
 74. Ring A., Dowrick C.F., Humphris G.M., Davies J., Salmon P. (2005). The somatizing effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social Science Medicine* 61: 1505–15.
 75. Rollnick S., Butler C.C., Kinnersley P, Gregory J., Mash B. (2010). Motivational interviewing. *British Medical Journal* 340: 1900.
 76. Sage N., Sowden M., Chorlton E., Edeleanu A. (2008). *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: a workbook and toolkit*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
 77. Salkovskis P., Bass C. (1997). *Hypochondriasis. In: Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (Clark D., Fairburn C., eds). Oxford University Press, Oxford.
 78. Salkovskis P., Clark D. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 15: 23–48.
 79. Sanders D. (1996). *Counselling for Psychosomatic Problems*. Sage, London.
 80. Say R., Thomson R. (2003). The importance of patient preference in treatment decisions — challenges for doctors. *British Medical Journal* 327: 542–545.
 81. Silverman J., Kurtz S., Draper J. (1998). *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
 82. Stopa L., Thorne P. (1999). Cognitive-behavioural therapy training: teach the formulation first. *Clinical Psychology Forum* 123: 20–3.
 83. Teasale J.D., Segal Z., Williams J.M.G., et al. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 615–23.

84. Thomas E., Silman A.S., Croft P.R., et al. (1999). Predicting who develops chronic low back pain: a prospective study. *British Medical Journal* 318: 1662–7.
85. Thompson C., Kinmonth A.L., Stevens L. et al. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 355: 185–191.
86. Van Tulder M., Ostelo R., Vlaeyen J., et al. (2000). Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: CD002014.
87. Ward E., King M., Lloyd M., et al. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression I: clinical effectiveness. *British Medical Journal* 321: 1383–8.
88. Wells K.B., Stewart A., Hays R.D., et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association* 262: 914–9.
89. White C. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*. John Wiley and Sons, Chichester.
90. Williams C.J. (2001). *Overcoming Depression: A Five Areas Approach*. Arnold, London.
91. Wills F., Sanders D. (1997). *Cognitive Therapy: transforming the image*. Sage, London.

У книзі наведені унікальні практичні поради, необхідні для впровадження КПТ в умовах обмеженого часу та завантаженості роботою лікаря загальної практики. Посібник є обов'язковим для читання всім лікарям загальної практики, які повинні пропонувати КПТ як варіант лікування. Оскільки це практичне керівництво, а не просто теоретична робота, книга буде цікава іншим фахівцям, залученим у взаємодію з клієнтами з психологічними проблемами, таким як практикуючі медсестри, патронажні працівники, медсестри психіатричних відділень, практикуючі консультанти та лікарі паліативної допомоги.

Науково-популярне видання

Девід, Лі

**Когнітивно-поведінкова терапія
для лікарської практики.
Практичний посібник
(Рос. мовою)**

Підписано до друку 26.12.2022. Формат 60х90/16
Ум. друк. арк. 24,0. Обл.-вид. арк. 22,3

Видавець ТОВ "Науковий Світ"
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

В этой книге представлены уникальные советы, необходимые для внедрения КПТ в консультации врачей общей практики. Книга будет полезна всем специалистам первичного звена, которые должны предлагать КПТ в качестве варианта лечения. Поскольку это практическое руководство, а не просто теоретическое пособие, оно также будет интересно другим специалистам, работающим с клиентами с психологическими проблемами: медсестрам, патронажным работникам, эрготерапевтам, физиотерапевтам, логопедам и консультантам.

В книге дан обзор основных принципов КПТ и показано, как врачи общей практики могут применить их в рамках типичной краткой консультации. Пособие написано в удобном для пользователя интерактивном и практическом стиле и сфокусировано на реалистичных способах активировать КПТ с целью внесения позитивных изменений в жизнь клиентов.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КНИГИ:

- примеры конкретных случаев из практики с определенными проблемами или клиническими состояниями;
- разделы, посвященные решению определенных проблем;
- новая модель консультирования, которую можно использовать для внедрения КПТ в общую практику;
- подробные обзоры основных клинических психологических состояний, которые можно лечить с помощью КПТ.

Ли Дэвид — д-р психологических наук, врач общей практики, интересуется вопросами психического здоровья и когнитивно-поведенческой терапии, использует ряд терапевтических подходов, в том числе осознанность, терапию принятия и ответственности (АСТ) и терапию, ориентированную на сострадание. Работает клиницистом по КПТ в медицинском учреждении NHS Practitioner Health, помогая медицинским работникам справляться с трудностями психического здоровья. Доктор Ли интересуется здоровьем подростков и создала новую программу обучения с использованием кратких стратегий КПТ в школах. Она является основателем и директором образовательной организации *10 Minute CBT* (www.10minuteCBT.co.uk). Проводит тренинги для врачей общей практики и других медицинских работников по развитию навыков использования научно обоснованных, реалистичных и эффективных концепций и навыков краткой КПТ при первичных консультациях.

Изображение на обложке:
©Depositphotos.com/522087946
Автор: andriy2705

Видавництво
“НАУКОВИЙ СВІТ”

