

Этапы терапии

Данная программа когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) состоит из 30 сеансов (21 — еженедельно и 9 — раз в две недели) и направлена на улучшение состояния при остром депрессивном эпизоде и на обучение технике предотвращения рецидивов.

Терапия проходит четыре формальных этапа.

1. Этап, сфокусированный на депрессии (9 занятий)
2. Этап терапевтического контракта (4 сеанса)
3. Этап составления списка проблем (13 занятий)
4. Этап благополучия (4 занятия)

На каждом этапе терапии используются одни и те же когнитивно-поведенческие процедуры, но меняются цели и стиль терапии.

Этап, сфокусированный на депрессии (этап 1)

Первые девять сеансов терапии направлены исключительно на улучшение состояния пациента, находящегося в депрессии. Терапия состоит в информационных интервенциях, когнитивном реструктурировании и предписаниях активности. Первые интервенции посвящены ориентации пациента на когнитивно-поведенческий подход и вовлечение его в процесс терапии. Главная задача первого сеанса — помочь пациенту принять “терапевтический подход к себе”. Это делается для превращения пациента во “второго психотерапевта” и является первым шагом в формировании доброжелательной самооценки и навыка управления собой, что является основой когнитивного реструктурирования. Работа над “терапевтическим подходом” помогает естественным образом перейти к самомониторингу, что в свою очередь является основой

для последующих интервенций когнитивного переструктурирования. Когнитивное переструктурирование нацелено на исправление искаженных и дисфункциональных оценок, характеризующих депрессию. В то же время пациенту предписывается активность, которая должна помочь ему вернуться к адаптивному поведению и приятным занятиям, которые создают и поддерживают хорошее настроение.

Этап терапевтического контракта (этап 2)

Эта стадия лечения состоит из четырех сеансов: три посвящены составлению терапевтического контракта и определению тем для следующего этапа лечения, а четвертый знакомит пациента с гиперпозитивным мышлением. Главный терапевтический метод на этом этапе — составление терапевтического контракта, который можно найти в рабочей тетради пациента. Поскольку в начале терапии необходимо уделить более пристальное внимание депрессии, тема терапевтического контракта поднимается только на этом этапе терапии. Целесообразно также сосредоточиться на терапевтическом контракте после формирования терапевтического альянса, когда у пациента выработается позитивное, оптимистическое отношение к терапии и, возможно, восстановятся периоды эутимии. Именно при таких условиях терапевтический контракт обеспечивает быстрый прогресс. На стадии контракта поощряется участие в терапии членов семьи.

Этап составления списка проблем (этап 3)

На третьем этапе лечения используется модульная структура, позволяющая проработать проблемные области, вызывающие наибольшую озабоченность пациента и психотерапевта. Этап включает в себя продолжение интенсивного лечения депрессии, проработку коморбидных тревожных расстройств (если таковые присутствуют) и конкретных проблемных областей с помощью, например, развития навыков ассертивности или коммуникации, которые помогут пациенту смягчить влияние стресса и предотвратить будущие аффективные эпизоды. На этом этапе терапии (см. главу 16) для проведения соответствующих модулей во время сеансов используются рабочие листы с концептуализацией ситу-

аций. Данное руководство включает шесть модулей, организованных тематически следующим образом.

- Решение проблем.
- Социальные навыки.
- Тревога.
- Релаксация и тренировка дыхания.
- Управление гневом.
- Экстремальные эмоции.

Цель состоит не в полном избавлении от этих коморбидных состояний, а скорее в обучении навыкам, помогающим снизить дистресс и его влияние на депрессивные и маниакальные симптомы.

Этап благополучия (этап 4)

Терапия благополучия [12, 13] — это клинический подход, направленный на, образно говоря, обратную сторону медали традиционной КПТ. Другими словами, вместо фокусирования внимания на уменьшении проявления симптомов, терапия благополучия делает упор на максимизации периодов эутимии. По этой причине она идеально подходит для заключительного этапа терапии, когда успехи должны закрепляться и развиваться. Есть данные, подтверждающие то, что терапия благополучия является полезной стратегией борьбы с остаточными симптомами депрессии [12]. Она нацелена на увеличение продолжительности периодов хорошего самочувствия и на использование когнитивно-поведенческих навыков для устранения субсиндромальных симптомов, т.е. является, по сути, стратегией профилактики рецидивов. В терапии благополучия отслеживаются и обсуждаются периоды хорошего самочувствия. Соответствующие клинические интервенции предпринимаются для устранения когнитивных и поведенческих привычек и стратегий, мешающих достижению или поддержанию хорошего самочувствия. Естественно, клинические интервенции для устранения препятствий к благополучию могут быть идентичны тем, которые применяются в традиционном подходе КПТ. Так или иначе, им обучают в более широком контексте улучшения качества жизни.

Структура сеансов

Каждый сеанс нацелен на решение проблем и включает следующие этапы: а) проверка настроения пациента за прошедшую неделю, б) проверка усвоения материала, полученного на прошлой неделе, и проверка домашнего задания, в) формулировка повестки сеанса и ее выполнение с учетом отработки понятий, г) подведение итогов сеанса, д) домашнее задание. Данный формат сохраняет постоянный фокус на пошаговом, направленном на приобретение навыков подходе, который является основой программы.

Проверка дневника настроения

Сеансы обычно начинаются с “проверки настроения”. Лучше всего это делать, просматривая заполненный дневник настроения пациента. Дневник настроения — рекомендованная часть этой программы; официальное знакомство с составлением дневника в контексте КПТ проходит на сеансе 2 (см. также главу 2 рабочей тетради). Ведение дневника настроения позволяет систематически оценивать ежедневные изменения эмоций, режима сна и приема лекарств, а также просматривать отчет о ежедневных стрессорах. В идеале из дневника настроения пациента психотерапевт получит мгновенное представление о прошедшей неделе. Таким образом, можно сразу увидеть проблемные области и добавить их в повестку дня для обсуждения. Многие также находят, что показ дневника настроения психотерапевту экономит время, оставляя больше времени для решения самых важных для пациентов проблем. Вместо длительного обсуждения событий прошедшей недели и колебаний эмоций дневник позволяет сразу перейти к конкретным темам. Конечно, эта стратегия эффективна только в том случае, если пациент постоянно заполняет дневник настроения. Следить за этим процессом помогает обзор дневника настроения в начале каждого сеанса. Более подробную информацию о заполнении дневника см. в конце главы.

Проверка домашнего задания

В начале каждого сеанса психотерапевт проверяет сделанную на прошлой неделе домашнюю работу. Этот процесс обеспечивает

преимущество сеансов и подчеркивает, что психотерапевт с пациентом работают над набором целей, для которых важно выполнять домашние задания. В частности, проверка домашнего задания включает в себя краткое изложение некоторых моментов предыдущего сеанса, связанных с содержанием домашней практики.

Поскольку проверка домашнего задания естественным образом образует мост между содержанием последнего сеанса и намеченной работой, это дает пациентам возможность проверить, насколько хорошо они усваивают материалы сеансов. Иногда пациенты с удивлением обнаруживают, что плохо помнят содержание предыдущего сеанса или не придают значения домашним заданиям, поскольку считают терапевтический сеанс главным полем для терапевтической работы. Проверка домашнего задания помогает напомнить пациенту, что сеанс терапии — это время для осмысления и повторения процесса изменений, а главная часть работы по достижению целей выполняется между сеансами.

Составление повестки дня

Проверка домашнего задания также является естественным переходом к обсуждению успехов или проблем усвоения содержания прошлого сеанса, и эту информацию можно включить в повестку текущего сеанса. Повестка должна содержать темы из терапевтического руководства и обсуждение опасений, новых проблем или вопросов, возникших у пациента. Как правило, в начало повестки записываются опасения пациента; по возможности темы из руководства обсуждаются на сеансе в контексте обозначенных пациентом проблем. Например, проблемы с выполнением предписанной активности (на сеансе 3) можно использовать как пример для следующей стадии когнитивного переструктурирования (на сеансе 4).

Подведение итогов сеанса

Каждый сеанс должен включать краткое резюме рассмотренных тем. Делая сжатый обзор основных понятий, психотерапевт должен учитывать, что депрессия негативно влияет на память и концентрацию. Кроме того, содержание сеанса часто вызывает у пациента сильные эмоции, которые могут отвлекать его и тем

самым препятствовать запоминанию содержания. Резюме рассмотренных на сеансе тем поможет ему закрепить информацию. Чтобы произошло такое закрепление, важно сделать пациента участником процесса. Например, психотерапевт может попросить пациента передать своими словами некоторые обсуждавшиеся на сеансе понятия, которые он должен запомнить.

Домашнее задание

Сеансы следует завершать домашним заданием (для некоторых пациентов более подходящим и точным является термин “домашняя практика”). Формулирование задания должно естественным образом вытекать из краткого содержания сеанса, например: *“Сегодня мы рассмотрели новый навык, и в течение недели вам нужно будет практиковать его и проверить, помогает ли он вам”*. Домашнее задание нельзя задавать без учета проблем, с которыми пациент может столкнуться при его выполнении и которые могут быть связаны с его графиком или эмоциональными препятствиями. Наконец, психотерапевт может завершить сеанс, напомнив пациенту, что целью домашней практики является обучение, а не стремление выполнить что-то “идеально”. Это — обучение на основе решения проблем с выполнением заданий, которое при правильном подходе приводит к улучшению продуктивности последующих сеансов.

Запись сеансов

Как уже отмечалось, домашнее задание дается с учетом того, что большая часть работы над целями происходит между сеансами; сеанс терапии — это время для концептуализации и отработки процесса изменений. По этой причине рекомендуется постоянно записывать содержание сеанса на магнитофон. Начиная с сеанса 1, пациенту рекомендуется записывать сеансы на магнитофон и прослушивать их перед следующим занятием. Эта процедура позволит ему эффективно усваивать информацию каждого сеанса. В первую очередь рекомендуется записывать первые восемь сеансов, когда пациент получает наибольшее количество дидактической информации и впервые отрабатывает навыки. Со временем этот процесс можно свести на нет.

Конечно, решение о записи сеансов полностью зависит от самого пациента. Многие не хотят слышать свой голос в воспроизведении. Психотерапевт должен поощрять запись, но не настаивать. Запись можно прекратить, когда пациент и психотерапевт приходят к соглашению, что полученная в ходе этого дополнительная информация является несущественной или пациент стал менее в ней заинтересован.

Элементы терапии

Информационные интервенции

Информационные компоненты объясняют пациенту модель расстройства, обосновывают терапевтические процедуры и руководят его участием в терапии. На ранних этапах лечения внимание уделяется выявлению факторов, которые расстраивают пациента, и мобилизации его усилий по изменению. Этот процесс включает объяснение когнитивно-поведенческой модели взаимовлияния мыслей, чувств и поведения. Затем пациента просят дополнить эту дидактическую информацию наблюдением за собственным опытом, чтобы проверить модель и определить влияние своих мыслей на настроение. Информационные интервенции также используются для определения стратегий изменения (например, формулировки цели и обоснования домашних заданий) и показателей процесса изменения (промежуточных признаков прогресса).

Когнитивное переструктурирование

Когнитивное переструктурирование во время острой депрессивной фазы направлено на изменение дисфункциональных и депрессогенных когниций и глубинных убеждений, а позже — на гиперпозитивные мысли, которые не только являются симптомом мании (гипомании), но и служат причиной или поддерживающим фактором этой аффективной фазы. Позже, на этапе составления списка проблем, интервенции когнитивного переструктурирования применяются для контроля коморбидных состояний.

Когнитивное переструктурирование исходит из того, что восприятие пациентом событий влияет на его чувства и поведение. При когнитивном переструктурировании следует рассматривать мысли как гипотезы и делать акцент на формировании более точных паттернов мышления. Не следует предпринимать попыток принуждать пациентов к “счастливым мыслям”. Вместо этого основное внимание надо направить на помощь пациенту в максимизации адаптивных и реалистичных паттернов мышления. Стратегии когнитивного переструктурирования включают управляемое обсуждение, сократический метод и самомониторинг, которые можно усилить поучительными историями, например историей о тренере на сеансе 2. Кроме того, когнитивным изменениям также способствуют процедуры “поведенческого эксперимента”. В поведенческом эксперименте с помощью запрограммированного опыта проверяется валидность конкретных убеждений. Предполагается, что в таких ситуациях пациенты, наблюдая за собственным исполнением и результатами действий, приходят к более адаптивным ожиданиям и правилам в будущих экспозициях. Использование в терапии поведенческих экспериментов подчеркивает тот факт, что когнитивные изменения не должны всецело полагаться на вербальные аргументы. Напротив, поведенческие эксперименты используют конкретные наблюдения за событиями, чтобы привести когниции в соответствие с их реальными результатами.

В данной программе интервенции когнитивного переструктурирования вводятся после уточнения статуса мыслей, когда пациенту напоминают, что мысли — это поведение. В идеальных условиях мысли являются инструментом адаптации к жизни. Было бы ошибкой уделять им внимания больше, чем реальным событиям в жизни, или позволять каким-то образом окрашивать восприятие событий. В целом пациента учат, что мысли — это поведение, которое не следует рассматривать как *правильное* или *неправильное*, а, скорее, как *полезное* или *вредное*. Одна из целей когнитивного переструктурирования — побудить пациента прекратить полагаться на неадаптивные когниции и подтолкнуть его к использованию полезных альтернатив.

Когнитивное переструктурирование можно применить к каждой из трех взаимосвязанных целей изменения: 1) эмоциональ-

ному тону внутреннего диалога, 2) искажениям в интерпретации событий, 3) развитию более полезных когнитивных навыков. Психотерапевт сам определяет, какой из этих элементов следует специально выделить в контексте интервенции когнитивного реструктурирования, особенно на последних сеансах лечения. Первоочередное внимание на сеансе 1 уделяется эмоциональному тону внутреннего диалога. На этом сеансе акцент делается на принятии терапевтической эмпатии и использовании рационального тона в диалоге с собой. Еще раз вернуться к этой теме следует в конце сеанса 2 при рассмотрении истории о тренере. Цель этих интервенций — заменить карательный, резкий или насмешливый стиль внутреннего диалога на самоподдержку и адаптивный самоконтроль. Обратите внимание, что работу над тоном когниций можно начать в любой момент терапии.

Начиная с сеанса 3 и далее, основное внимание уделяется когнитивному реструктурированию, оценивающему точность мыслей. Для этих интервенций пациента учат оценивать точность мыслей, используя информацию о типичных когнитивных искажениях в сочетании с регулярным самомониторингом. Цель состоит в том, чтобы помочь пациенту подавлять автоматические когнитивные реакции на события и выбирать альтернативные, более точные объяснения.

Работа по устранению искажений и негативного тона когниций дополняется интервенциями для усиления адаптивного внутреннего диалога. Эти интервенции основаны на представлении о том, что попытки уменьшить неадаптивное поведение необязательно усиливают адаптивные привычки. Интервенции, способствующие развитию адаптивного внутреннего диалога, начинаются в контексте истории о тренере и становятся центром внимания как часть когнитивного реструктурирования и навыков решения проблем.

В качестве завершения упражнений по когнитивному реструктурированию пациентов просят осознавать свои эмоции в данный момент и при обнаружении эмоциональных изменений исследовать как внешнюю ситуацию (“Что происходит?”), так и внутреннюю среду (“Что я говорю себе?”). В идеале этот процесс должен завершиться чувством эмпатии к себе: “Я чувствую себя плохо; как можно объяснить происходящее?” Эти вопросы

направляют пациента к определенному стилю самоанализа. Пациент с уважением принимает эмоции такими, какие они есть, и заменяет реакцию самонаказания за них на более адаптивные альтернативы (независимо от того, включают ли альтернативы когнитивное переструктурирование, прямое решение проблем или принятие негативного события).

Получить доступ к соответствующим эмоциям и сопровождающим их “горячим” когнициям помогает *самомониторинг* и *анализ проблемных событий* и эмоций — два элемента, являющиеся частью традиционной КПТ. Для психотерапевта важно использовать эти возможности путем применения к присутствующим эмоциям специальных интервенций. Например, дидактическая информация о когнитивном переструктурировании должна подаваться на сеансе в соответствии с эмоциональным состоянием пациента, а не абстрактно от него. Однако обучение в контексте “горячих” эмоций может быть сорвано из-за нежелания пациента их испытывать. Спокойное отношение психотерапевта к эмоциям пациента и соответствующая эмпатия в сочетании с подходом решения проблем демонстрируют пациенту модель навыков, которые он должен приобрести. Такое моделирование нужно рассматривать как главную особенность КПТ.

Предписания активности

Предписания активности используются вместе с когнитивным переструктурированием, чтобы вернуть страдающих от депрессии пациентов к приятной и полезной жизнедеятельности, а также обеспечить баланс активности для стабилизации настроения после достижения эутимии. Расписание активности вводится вместе с самомониторингом текущей активности. Оно сопровождается анализом и последующими предписаниями потенциально приятных занятий из списка возможных. Когнитивное переструктурирование играет решающую роль в подготовке пациентов к адаптивному подходу и интерпретации реакций на предписания активности. Предписания активности также используются для смягчения стресса и помогают пациентам придерживаться регулярного графика с вознаграждающими перерывами. Самомониторинг выполнения этого расписания станет контекстом для ис-

следования самоподкрепления и формирования адаптивных когнитивных реакций на правильный уровень активности и достижения. Кроме того, на более поздних этапах лечения расписание активности поможет выявлять сигналы начала аффективного эпизода. Например, если пациент узнает, что его активность снизилась (или, как в случае гипоманиакальной фазы, значительно повысилась), психотерапевт может использовать эту информацию для формирования программы ранней интервенции.

Первым шагом в программе предписаний активности является совместная с пациентом оценка текущего уровня активности и его влияния на пациента. Как будет видно из приведенных ниже примеров, предписывающие активность упражнения предоставляют отличную возможность для когнитивного переструктурирования. На самом деле оценка когниций пациента о запланированной активности, в частности, ожидаемого уровня исполнения, является стандартным компонентом процесса предписания. В следующем разделе на примерах показано, как мониторинг активности помогает выбрать сочетание когнитивных и активных интервенций. Особое внимание уделено разнообразию способов применения когнитивных интервенций.

Мы также приводим примеры использования “поведенческих экспериментов” в контексте либо ролевого разыгрывания ситуаций, либо домашних заданий, предоставляющих пациенту возможность проверять точность своих мыслей путем повторения жизненных ситуаций, содержащих запланированную активность.

Введение предписаний активности

Первый шаг в формировании расписания активности — помочь пациенту обдумать занятия, которые ему когда-то нравились или которые он считает важными. Этому процессу поможет рассмотрение подходящих областей полезной активности, представленных в рабочей тетради. Дальнейшая помощь в создании перечня потенциально полезной активности представлена в виде списка приятных занятий в рабочей тетради.

После составления с пациентом списка предлагаемой активности психотерапевт должен помочь ему выбрать отправную точку.

Часто пациент хочет начать с занятий, исходя из чувства вины или “отставания” в выполнении основных ежедневных обязанностей. Важно порекомендовать ему хорошо продуманный план активности, включающий социальные и развлекательные мероприятия, физические упражнения/спорт, хобби, встречи с людьми и деятельность, связанную с работой, а не просто занятия, вызывающие чувство вины из-за того, что пациент долгое время уклонялся от их выполнения. Рассмотрите следующий эпизод из врачебной практики.

Эпизод из врачебной практики

Пациентка: Меня так подавляет работа по дому, которую нужно выполнить! У меня везде беспорядок. Я понимаю, что нужно что-то делать, но не знаю, с чего начать.

Психотерапевт: Это действительно подавляет. Полезно было бы составить расписание, помогающее выполнять дела по дому.

Пациентка: Да, но у меня нет постоянного расписания домашних обязанностей уже больше шести месяцев. В результате я так все запустила, что никогда не наверстаю упущенное. Получается, из-за того, что нужно сделать очень многое, все трудней находить мотивацию.

Психотерапевт: Что ж, главное — чтобы вы не пытались браться за все дела сразу. Давайте попробуем вместе составить план пошаговых действий, чтобы вы не чувствовали себя такой подавленной, но могли начать делать то, что давно хотели.

Пациентка: Хорошо звучит, но, честно говоря, я не уверена, что у меня есть силы сделать многое.

Психотерапевт: Ну, это еще одна причина, почему так важно, чтобы вы делали все дела постепенно. Думаю, что, если мы составим план, вы почувствуете его полезность. Давайте считать это экспериментом. Бьюсь об заклад, что, начав делать то, что раньше откладывали, вы почувствуете себя лучше и посмотрите на ситуацию по-другому.

Пациентка: Я очень на это надеюсь.

Психотерапевт: Прежде чем мы разработаем конкретный план, мне хотелось бы получить некоторое представление о том, что вы в настоящее время делаете ежедневно.

Пациентка: Как я уже сказала, я делаю очень мало. Большую часть дня я провожу во сне или лежа в постели, думая о том, чего я не делаю.

Психотерапевт: Я бы хотел, чтобы на следующей неделе, используя еженедельный график активности в своей рабочей тетради, вы проследили за тем, что делаете каждый день. Ваши описания могут быть очень краткими. Например, вы можете написать “сидела в кресле, пила кофе и смотрела телевизор”.

Пациентка: Хорошо. Я попробую.

Часто впоследствии пациент сообщает о более высокой степени активности, чем сам предполагал. Важно указать ему на это и использовать эту информацию, чтобы оспорить некоторые его начальные суждения, например “Я ничего не могу довести до конца” или “Я ничего не делаю”. Информация базового уровня также важна для оценки фактической и повышенной активности. Пациентов в депрессивной фазе плохо спланированное предписание активности может привести к неудаче и подтверждению мыслей наподобие “Я ничего не делаю правильно” или “Я глуп”. Возможно, разумно выбрать только одну задачу и разбить ее на более мелкие шаги. Подробно обсудите это с пациентом. В течение следующих недель лечения вы будете добавлять новые занятия с возрастающей степенью сложности и временными обязательствами. Важно включать в план активности пациента приятные занятия (например, социальные контакты, хобби) в качестве дополнения к заданиям, основанным на мастерстве (например, домашнее обязанности).

Поскольку люди часто концентрируются скорее на выполнении задач, чем на их инициировании, важно помочь пациенту запланировать задачи (день недели, время суток, полезные подсказки и т.д.) и разбить задачу/активность на составные шаги. Это повысит вероятность ее выполнения и наметит цели для пошагового успеха. Рассмотрим следующий эпизод из врачебной практики.

Эпизод из врачебной практики

Психотерапевт: На прошлом сеансе вы сказали, что чувствуете себя подавленной из-за того, что не выполняете домашние дела регулярно. Тем не менее важно, что при составлении этого плана мы подчеркнули необходимость решать задачи постепенно. На прошлом сеансе вы составили довольно длинный список домашних дел, которые, на ваш взгляд, надо сделать. Вы можете выбрать несколько из них для начала?

Пациентка: Это сложно сделать. Все они важны.

Психотерапевт: Как насчет того, чтобы начать с тех дел, на которые уйдет меньше всего времени?

Пациентка: В таком случае, наверное, я начну с подметания крыльца каждые несколько дней, ежедневной поливки растений в саду, мытья посуды раз в день и походов в магазин за продуктами пару раз в неделю, чтобы в доме была еда.

Психотерапевт: Как насчет того, чтобы из вашего списка дел на этой неделе выбрать только два и добавить одно, которое немного более приятно?

Вернитесь с пациентом к расписанию активности и помогите ему составить план и выбрать конкретное время для выполнения каждого занятия. Очень важно при выполнении задания помочь пациенту выявить потенциальные проблемы. Точно так же вы должны использовать метод решения проблем, чтобы увеличить вероятность того, что пациент попытается выполнить поставленную задачу. Акцент следует делать на попытках выполнить задачу, а не на ее завершении, особенно на первых порах.

Эпизод из врачебной практики

Психотерапевт: Какое время дня будет лучшим для выполнения этих дел?

Пациентка: Не знаю. Только не утром. По утрам я очень подавлена и хочу спать.

Психотерапевт: В какое время дня вы обычно чувствуете себя лучше всего?

Пациентка: Ближе к вечеру.

Психотерапевт: Если так, возможно, это — подходящее время для вашей активности. Когда мы позже добавим еще другие дела, их невозможно будет втиснуть в вечерние часы, но пока давайте попробуем увеличить шансы на то, что вы захотите выполнить эти задачи в то время, когда чувствуете себя хорошо. Если для вас так лучше, двигайтесь дальше и внесите этот план в свое расписание активности.

Пошаговое движение к цели

Еще одной составляющей подхода решения проблем является обучение пошаговому движению к цели. Для достижения более глобальных или долгосрочных целей пациенту может потребоваться помощь в логическом структурировании шагов. Например, если его цель — купить новый автомобиль, первоначальными задачами могут быть экономия определенной суммы денег в неделю и/или поиск в Интернете доступных цен на автомобили. Следующие цели могут включать покупку автомобиля, изучение вариантов финансирования и т.д. Рабочий лист “Долгосрочные цели” (релейная диаграмма) приведен в главе 8 рабочей тетради (копию см. в приложении). Попросите пациента использовать этот рабочий лист, если это необходимо для успеха терапии.

Учет проблем при выполнении домашних заданий

Центральной задачей психотерапевта в когнитивно-поведенческой терапии является просвещение пациента о неадаптивных паттернах и их адаптивных альтернативах, планирование изменений и назначение соответствующей домашней практики, помогающей осуществить эти изменения. Поскольку неправильное выполнение домашнего задания ведет к плохому результату, психотерапевты КПТ должны прилагать все усилия, чтобы помочь пациенту добиться правильного выполнения процедур домашней практики.

При столкновении с невыполнением домашнего задания поведенческие терапевты должны оценить выполнение определенных условий. Эти условия представляют собой ряд положений, облегчающих выполнение домашних заданий.

1. Пациент понимает причину интервенции и потенциальные преимущества ее применения.
2. Пациент обладает необходимыми навыками для проведения этой интервенции, т.е. требуемый при выполнении задания навык является результатом управляемого развития имеющихся у него способностей.
3. Пациент отработал подобного рода интервенцию на сеансе до того, как его попросили провести ее вне сеанса.
4. Были изучены страхи и дисфункциональные ожидания, связанные с выполнением домашнего задания.
5. Потенциальные препятствия на пути к выполнению задания были рассмотрены в формате подхода решения проблем.
6. У пациента имеется достаточное количество напоминаний, чтобы *не забыть* выполнить задание.
7. Пациент способен определить условия, при которых домашняя практика должна быть выполнена.
8. Пациент активно участвует в выполнении задания.

Стратегии, которые помогут максимизировать выполнение этих условий, описаны в следующих разделах.

Мотивация к выполнению заданий

Иногда причиной плохого выполнения задания является то, что оно недостаточно связано с целями пациента. Пациентам надо рассказать, почему проводится конкретное вмешательство, и у них должны быть хотя бы минимальные ожидания, связанные с успешным выполнением домашней практики. Ознакомление пациента с “опознавательными сигналами” изменений может усилить мотивацию. Другими словами, пациентам надо показать на примерах, какие эмоции они должны испытать (например, чувствовать, говорить и думать) во время выполнения задания, если

все пойдет хорошо. Рассмотрим следующий эпизод из врачебной практики.

Психотерапевт: Раз вы хотите по-новому подойти к проблеме со своим сводным братом, что, на ваш взгляд, вы должны почувствовать, пытаясь отреагировать так, как мы решили сегодня?

Пациентка: Думаю, я буду чувствовать себя странно и, возможно, беспокоюсь.

Психотерапевт: Совершенно верно! Я уверен, что, когда вы будете реагировать каким-то другим образом, не похожим на все, что было в последние несколько месяцев, вы почувствуете себя странно. Вы больше не будете делать то, что от вас ожидают, не пойдете проторенной стезей. И поскольку вы будете делать нечто отличное от привычных действий, то можете почувствовать себя странно и тревожно. На вашем месте я воспринял бы это как сигнал того, что вы на правильном пути. Если вы почувствуете себя странно и тревожно при общении со сводным братом, это будет сигналом того, что вы на правильном пути к новым решениям, которые мы обсудили.

Управляемые шаги на пути к освоению навыков

Правильная стратегия успеха — отправить пациента выполнять домашнее задание только после того, как оно отрепетировано на сеансе (в ходе ролевой игры или воображаемого выполнения упражнения). Точно так же, если пациент приходит на сеанс со словами, что задание было слишком сложным, психотерапевт должен отработать на сеансе его составные части. В таком случае он задаст повторно только часть предыдущего домашнего задания, предварительно убедившись, что оно выполнимо.

Оценка и управление страхами и дисфункциональными ожиданиями

Домашние задания предоставляют прекрасную возможность для когнитивного реструктурирования. При их назначении спросите, ожидает ли пациент, что у него могут возникнуть трудности с выполнением. Помогите ему решить проблему, попросив определить самый сложный аспект задания. Устранение предполагаемых или реальных проблем при выполнении заданий даст

еще одну возможность проиллюстрировать стратегии решения проблем и/или когнитивного переструктурирования.

Проблемы с “забыванием”

Пациент может не выполнять задания просто потому, что ему трудно в течение недели между сеансами держать в памяти интервенцию. Кроме живых примеров и историй, вы можете предложить пациенту делать аудиозаписи сеанса, а затем прослушивать их в течение недели в промежутках между запланированными сеансами. В качестве альтернативы вы можете записывать конкретные задания на листе бумаги (или попросите пациента делать это). Также полезно использовать цветные стикеры, продающихся в магазинах канцелярских товаров. Дайте их пациенту и попросите прикрепить там, где они будут несколько раз в день попадаться на глаза (например, на телефон, зеркало в ванной комнате или дверные ручки). Объясните пациенту, что разные стикеры должны обозначать разные вопросы, которые обсуждались на терапевтическом сеансе на этой неделе, и, увидев их, он должен вспомнить о домашнем задании.

Повторение

Чтобы научить пациента применять интервенции, нужно отрабатывать их при соответствующих обстоятельствах. Например, навык управления тревогой имеет смысл отработать, когда пациент встревожен, а не расслаблен. По возможности используйте ролевые игры, чтобы научить его определять соответствующие внутренние (настроение) или внешние (люди или места) сигналы для применения нового навыка. Отрабатывая в ролевых играх использование нового навыка (например, асертивности) в ответ на соответствующие сигналы (например, придирки), пациент сможет лучше подготовиться к использованию этого навыка в реальной жизни.

Использование подсказок

Один из способов подготовить пациента к применению альтернативных навыков — это познакомить его с метафорой процесса

изменений. Одна из наших любимых метафор, взятая из терапии принятия и ответственности [20], касается установки пациента в начале терапии. Метафора использует образ человека, упавшего в яму и отчаянно пытающегося выбраться. Стремясь вылезти наверх, человек использует подручный инструмент — лопату. Независимо от того, копает он быстро или медленно и большая лопата или маленькая, человек все равно останется в яме, поскольку инструмент, которым он пользуется, предназначен для копания, а не для выхода из ямы. Следующий образ представляет альтернативу лопате (существующим привычкам) — лестницу. Однако чтобы использовать лестницу, нужно оставить лопату. Выпустить лопату из рук — зачастую самая трудная задача.

Как подробно описано у Отто [49], эта метафора помогает пациенту осознать, как порой трудно отбросить старые привычки и что с новыми и полезными альтернативами поначалу будет некомфортно. Кроме того, образ лопаты и лестницы является полезной визуальной подсказкой, которую можно использовать при выполнении домашнего задания. Обнаружив у себя неадаптивные паттерны поведения, пациент запишет их вместе с сигналами на той стороне карточки, где нарисована лопата. Сигналы, связанные с найденными вместе с терапевтом альтернативными реакциями, записываются на другой стороне карточки — там, где нарисована лестница. Затем пациент получает карточку как подсказку, в каких ситуациях он должен применять новые навыки и альтернативные реакции. Пациенты, которым нравится метафора лопаты и лестницы, часто довольны этим методом, поскольку он помогает им кратко на бумаге описать содержание сессии и предстоящие задачи.

Привлечение пациента в качестве второго психотерапевта

В каждом конкретном случае желательно постараться привлечь пациента к принятию решения о видах домашней практики, которые ему лучше всего подходит. На первых сессиях, даже если конкретные задания уже запланированы, их следует еще раз обсудить с пациентом и спросить, считает ли он их подходящими или их надо скорректировать, чтобы они лучше соответствовали его целям. Если пациент изначально отказывается от выполнения до-

машних заданий или пессимистично настроен на этот счет, переформулируйте их задачи и используйте подход решения проблем для достижения терапевтической цели альтернативными методами. В любом случае вы можете изменить формулировку задания, чтобы помочь пациенту его выполнить и достичь главной цели — освоения навыков.

Решение проблем с приемом лекарств

Учитывая потенциальные проблемы, которые могут возникнуть при прекращении приема лекарств у пациента с биполярным расстройством, особенно при резком прекращении [53], для когнитивного терапевта крайне важно контролировать этот процесс. Регулярный контроль за соблюдением режима приема лекарств должен стать частью проверки прогресса и домашних заданий, с которых начинается каждый сеанс. Если с соблюдением режима приема медикаментов возникают проблемы, в ходе терапевтического обсуждения следует выявить причины этого. Как правило, пациенты называют в числе причин побочные эффекты препаратов, интерпретацию симптомов в духе снижения потребности в лекарствах, отсутствие социальной поддержки, несоответствие графика приема лекарств личному графику и убеждение о “чрезмерной зависимости” от лекарств. Выявленные препятствия затем можно исследовать в рамках когнитивного переструктурирования и интервенций решения проблем как регулярной составляющей лечения. Описанные ниже эпизоды из врачебной практики характеризуют клинические проблемы, связанные с несоблюдением режима приема лекарств.

Эпизод из врачебной практики 1

Пациентка, 34-летняя одинокая женщина, страдала быстроразвивающимся биполярным расстройством и булимией. Большинство психиатрических препаратов мало помогли в решении проблем со скачкой мыслей и гипоманиакальным поведением, а новая схема приема лекарств, на которую пациентка перешла, хотя и была многообещающей, однако способствовала увеличению

веса. Учитывая давние проблемы с булимией, пациентка неохотно принимала препараты, которые могли усугубить одну из ее проблем.

Психотерапевт: Итак, ваш психиатр назначил вам несколько новых препаратов.

Пациентка: Да, это так, но помогут ли они? Я уже столько всего перепробовала, что чувствую себя подопытной морской свинкой.

Психотерапевт: Да, вы многое перепробовали. Я понимаю, что вы расстроены из-за того, что принимали так много лекарств, и мне жаль, что предыдущие плохо помогали. Вы начали принимать новые?

Пациентка: Да, сегодня. Я не знаю, каков будет результат. Что это изменит?

Психотерапевт: Если посмотреть на вашу историю приема лекарств, то станет ясно, что они не помогали по конкретным причинам. Одни вызывали у вас тошноту, от других появилась сыпь, а еще два, как оказалось, совсем не подействовали. Можно найти причины неэффективности каждого, то нельзя сказать, что все лекарства полностью были неэффективны. Я надеюсь, что новым препаратам вы, по крайней мере, дадите шанс.

Пациентка: Да, я попытаюсь. Я обещала своему врачу, что попробую в течение двух недель.

Пациентка соблюдала режим приема лекарств, но начала набирать вес. Увеличение веса стало большой проблемой для нее, поскольку ранее она страдала булимией и анорексией. Мы обсудили соблюдение режима приема лекарств в контексте истории ее расстройства пищевого поведения.

Пациентка: Я знаю, что толстая. Вы только посмотрите на меня! (На самом деле ее вес был недостаточен для ее роста). Я не думаю, что смогу впредь принимать эти препараты. Я не собираюсь еще толстеть! Это бессмысленно! Лучше я буду худой.

Психотерапевт: Сколько вы прибавили в весе?

Пациентка: Не знаю, 1,5-2 кг. Просто я знаю, что толстая.

Психотерапевт: Но зато ваши мысли гораздо меньше скачут, и вы можете их контролировать. Вы также стали лучше спать. Не хотелось бы потерять эти достижения. Мы должны найти золотую середину. Как можно сделать так, чтобы вы продолжали прием лекарств, которые вам помогают, и при этом не набирали вес, из-за чего можете прекратить прием? Вы стали больше есть?

Пациентка: Нет, я веду дневник приема пищи для своего диетолога. Я думаю, что ем так же, как и раньше.

Психотерапевт: А как насчет упражнений?

Пациентка: Да, я перестала ходить в спортзал. У меня просто нет времени, и мне на это плевать.

Психотерапевт: Вы не думаете, что стали набрать вес потому, что не так активны?

Пациентка: Может быть, так и есть. Я не была в спортзале с тех пор, как вышла из вашего кабинета на прошлой неделе.

Психотерапевт: Я посоветовал бы вернуться к каким-то регулярным упражнениям. Вы не только похудели бы или, по крайней мере, поддерживали тот вес, который у вас есть, но и улучшили физическую форму и немного сняли бы стресс. Возможно, стоит подумать, как вернуть физическую нагрузку в свой ежедневный график?

После небольшой корректировки графика пациентка смогла вернуться к обычному режиму физических упражнений. Она не прибавила в весе, стала лучше себя чувствовать и лучше относиться к приему лекарств.

Эпизод из врачебной практики 2

Пациент — мужчина в возрасте 21 года с недавно появившимся биполярным маниакальным расстройством I типа. Его госпитализировали после умеренно деструктивного маниакального эпизода и прописали нейролептики. У пациента сильные опасения, что он утратит остроту чувств, и он хочет временно прекратить прием лекарств, чтобы снова почувствовать подъем.

Пациент: Итак, меня посадили на эти лекарства, которые должны стабилизировать настроение. Даже не знаю. Из-за них я не чувствую никаких эмоций, словно я зомби.

Психотерапевт: Я понимаю, о чем вы. Когда люди, находящиеся в маниакальном состоянии, принимают стабилизирующие настроение препараты, они часто чувствуют себя так, словно у них нет эмоций.

Пациент: Совершенно верно! Как будто у меня нет никаких эмоций.

Психотерапевт: Но все же они у вас есть. Просто сейчас они не такие экстремальные, поэтому переживаются по-другому. Часто после того как вы испытываете экстремальный подъем, например во время маниакального эпизода, менее сильные эмоции кажутся скучными. Иногда вы можете даже чувствовать себя безжизненным.

Пациент: Правда? Иногда я думаю, что мне нужно просто ненадолго перестать принимать препараты, чтобы я снова смог ощутить подъем. Мне нравится эта сила эмоций.

Психотерапевт: Когда вы не принимаете лекарства, эмоции действительно ощущаются более интенсивно, к сожалению, вы теряете над ними контроль.

Пациент: И вы мне говорите об этом! Я испортил отношения с девушкой. Я сказал ей такие неприятные вещи! Может быть, я просто откажусь от лекарств на выходные? Тогда я смогу быть на подъеме, когда мы с друзьями выйдем где-нибудь посидеть. Я люблю быть в компании друзей по выходным. Но кто захочет общаться с бесчувственным чурбаном?

Психотерапевт: Опасно экспериментировать с лекарствами таким образом. Стабилизатор настроения должен накапливаться в организме, и чтобы он работал, в крови должен быть его определенный уровень. Если вы прекратите прием лекарств на выходные, то можете снова потерять контроль.

Пациент: Друзья всегда говорят мне, что я им нравлюсь, потому что веселый и смешу всех. Я не чувствую подъема с этими лекарствами.

(Это может быть идеальным моментом, чтобы поговорить о когнициях и самовосприятии, которые мешают соблюдению режима приема лекарств.)

Психотерапевт: Возможно, опасения, связанные с приемом лекарств, имеют какое-то отношение к тому, как вы себя воспринимаете?

Пациент: Вы так думаете?

Психотерапевт: Я думаю, что стабилизатор настроения не может лишить вас индивидуальности. Вам может показаться, что, принимая лекарства, вы становитесь менее интересным, но я думаю, что было бы неплохо спросить у ваших друзей, так ли это на самом деле.

Пациент: Бьюсь об заклад, они скажут, что я стал не таким веселым.

Психотерапевт: А даже если и скажут? Что плохого в том, чтобы быть не таким веселым, как обычно?

Пациент: Ну, я вообще-то не знаю. Разве что моим друзьям может не понравиться проводить со мной время, как раньше.

Психотерапевт: Ранее мы обсуждали, что вашим друзьям трудно быть с вами, когда вы на подъеме.

Пациент: О, я знаю! Помню, в прошлый раз я сказал то, что, думаю, и было смешно, но никто не смеялся, и тогда я начал ругать их. Это было в клубе с моими лучшими друзьями, и тогда я обозвал их. Потом они долго еще не разговаривали со мной. Думаю, что вы правы.

Психотерапевт: Но вы также боитесь, что ваша прежняя индивидуальность изменилась. Я думаю, что прежде чем вы делать такое предположение, следует поинтересоваться у друзей.

Пациент: Вы имеете в виду спросить их?

Психотерапевт: Да. Думаю, есть смысл напрямую спросить их, насколько вы изменились и в какую сторону, прежде чем решить прекратить принимать лекарства. Это — большой риск,

и имеет смысл действовать осторожно, принимая решение о приеме лекарств.

Пациент: Хорошо. Наверное, я их спрошу. Думаю, что сейчас не лучшее время судить о своих эмоциях и индивидуальности.

Эпизод из врачебной практики 3

Пациентка — женщина 24 лет с двухлетним биполярным расстройством в анамнезе. У нее было два маниакальных эпизода, за которыми очень быстро следовали депрессивные эпизоды. Она постоянно нарушала режим приема лекарств. Пациентка пришла после очередного маниакального эпизода, потребовавшего длительной госпитализации.

Психотерапевт: Итак, что мы можем сделать, чтобы помочь вам с приемом лекарств?

Пациентка: Я просто забываю это делать, понимаете? Не то чтобы я всего этого не знала. Я киваю головой и соглашаюсь с врачом, что это важно, а затем прихожу домой, ставлю таблетки в аптечку и забываю о них.

Психотерапевт: Как вы думаете, почему вы забываете принимать лекарства?

Пациентка: Не знаю, может быть, это на подсознательном уровне или что-то в этом роде. Я не хочу думать, что эти лекарства контролируют меня. Наверное, я их не принимаю, чтобы не смотреть в глаза реальности.

Психотерапевт: Ну, тогда возникают два вопроса. Один — как научиться стратегиям, которые помогут вам не забывать регулярно принимать лекарства. Другой — ваше понимание того, что значит диагноз биполярного расстройства. Я думаю, что нужно рассмотреть оба вопроса, чтобы решить проблему с регулярным приемом лекарств.

Пациентка: *(кивает).*

Психотерапевт: Давайте рассмотрим некоторые стратегии, которые помогут вам принимать лекарства регулярно. Есть ли еще какое-нибудь место, кроме аптечки, где вы можете хранить

лекарства, чтобы не забывать их принимать? Похоже, что аптечка — не самое подходящее место, потому что лекарства исчезают из вашего поля зрения.

Пациентка: Думаю, я могла бы положить их на тумбочку возле кровати. У меня всегда там стоит стакан воды, чтобы было удобно.

Психотерапевт: А как насчет напоминаний где-нибудь в доме, чтобы гарантировать, что вы их примите?

Пациентка: Да, я часто выхожу из дома и думаю: “Ой, я снова забыла”.

Психотерапевт: Может быть, использовать письменное напоминание возле входной двери? Вы могли бы написать что-нибудь простое, например “лекарства”, и приклеить записку на дверь. Это послужило бы сигналом, напоминающим принять лекарство перед выходом из дома.

Пациентка: Я могу это сделать, но обязательно уберу бумажку, если ко мне придут друзья. Ни за что не оставлю нечто подобное или сами лекарства на виду, чтобы их кто-то увидел.

Психотерапевт: В таком случае вы можете установить программу напоминания на телефоне, чтобы никто ничего не заметил. Ваше беспокойство по поводу того, что подумают другие люди о приеме вами лекарств, поднимают другой вопрос, который мы обсуждали, — как вы воспринимаете свою болезнь.

Пациентка: Я ненавижу слово “болезнь!” Почему все мне об этом говорят? Я ненавижу тот факт, что мне нужна таблетка, чтобы быть нормальной.

Психотерапевт: Знаю. Многие люди с биполярным расстройством ненавидят принимать таблетки, чтобы контролировать свое настроение. Нас учат, что мы всегда должны контролировать свои эмоции. Однако многие люди с другими хроническими заболеваниями, например повышенным давлением и диабетом, также ненавидят принимать лекарства и сам факт, что что-то внутри кажется им неконтролируемым.

Пациентка: Я никогда не проводила параллели с физическими заболеваниями. Это имеет смысл, но я не собираюсь говорить всем, что я — душевнобольная.

Психотерапевт: У вас есть право сказать это тем, кому вы хотите и когда хотите.

Пациентка: Я знаю. Мне также нужно начать говорить себе, что многие люди принимают лекарства каждый день для лечения своих болезней. Мой случай ничем не отличается.

Психотерапевт: Мне понятны ваши переживания. Трудно принимать лекарства постоянно. Но чем дольше вы их принимаете, тем больше контроля у вас будет. Давайте попробуем на этой неделе и посмотрим, что из этого получится. Надеюсь, вы не просто киваете головой, как раньше.

Пациентка: Нет, на этот раз все по-другому.

Психотерапевт: Как насчет того, чтобы созвониться ближе к концу недели, чтобы узнать, как у вас дела?

Пациентка: Я позвоню вам на неделе и сообщу, как идут дела.

Психотерапевт: Договорились.