

# COGNITIVE- BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD

**A Case Formulation Approach**

переклад  
українською

CLAUDIA ZAYFERT *and*  
CAROLYN BLACK BECKER

GUIDES TO INDIVIDUALIZED EVIDENCE-BASED TREATMENT Jacqueline B. Persons, Series Editor

# COGNITIVE - BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD

**A Case Formulation Approach**

переклад  
українською

CLAUDIA ZAYFERT *and*  
CAROLYN BLACK BECKER

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

**Посібники з індивідуального лікування, заснованого на доказах**  
Жаклін Б. Персонс, *Редакторка серії*

Томи цієї серії, що містять доказові плани для лікування реальних випадків, допомагають клініцистам розробити плани лікування з використанням втручань із доведеною ефективністю. З наголосом на систематичному, але гнучкому формулюванні випадків, ці практичні посібники пропонують потужні альтернативи універсальним підходам. У кожній книзі розглядається певний розлад або представлені передові стратегії втручання, які можна використовувати для вирішення низки клінічних проблем.

Когнітивна терапія шизофренії

*Девід Г. Кінгдон і Дуглас Теркінгтон*

Лікування біполярного розладу: Посібник клініциста до міжособистісної та соціальної-ритмічної терапії

*Еллен Франк*

Модульна когнітивно-поведінкова терапія дитячих тривожних розладів  
*Брюс Ф. Чорніта*

Когнітивно-Поведінкова терапія ПТСР: Підхід до формулювання кейсів  
*Клавдія Зайферт і Каролін Блек Бекер*



Когнітивно-Поведінкова

Терапія ПТСР

ПІДХІД ДО ФОРМУЛЮВАННЯ КЕЙСІВ

Клавдія Зайферт

Каролін Блек Беккер

*Замітка редакторки серії Жаклін Б. Персонс*

THE GUILFORD PRESS

Нью Йорк

Лондон

© 2007 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

72 Spring Street, New York, NY 10012

[www.guilford.com](http://www.guilford.com)

Всі права захищені

За винятком зазначених випадків, жодна частина цієї книги не може бути відтворена, перекладена, збережена в пошуковій системі або передана в будь-якій формі чи будь-якими засобами, електронними, механічними, фотокопіюванням, мікрофільмуванням, записом або іншим способом без письмового дозволу від Видавця.

Надруковано в Сполучених Штатах Америки

Ця книга надрукована на безкислотному папері.

Last digit is print number: 9 8 7 6 5 4 3 2 1

#### LIMITED PHOTOCOPY LICENSE

Ці матеріали призначені для використання лише кваліфікованими фахівцями з психічного здоров'я.

Видавець надає окремим покупцям цієї книги дозвіл без права передачі на відтворення всіх матеріалів, для яких дозвіл на фотокопіювання спеціально надано у виносці. Ця ліцензія обмежена вами, індивідуальним покупцем, для використання з вашими клієнтами та пацієнтами. Воно не поширюється на додаткових клініцистів або заклади практики, а також придбання установою не є ліцензією на сайт. Ця ліцензія не надає права відтворювати ці матеріали для перепродажу, розповсюдження чи будь-яких інших цілей (включаючи, але не обмежуючись, книги, брошури, статті, відео- чи аудіокасети, роздаткові матеріали чи слайди для лекцій чи семінарів). Дозвіл на відтворення цих матеріалів для цих та будь-яких інших цілей

необхідно отримати в письмовій формі від відділу дозволів Guilford Publications.

**Library of Congress Cataloging-in-Publication Data** Zayfert, Claudia.

Cognitive-behavioral therapy for PTSD : a case formulation approach /

Claudia Zayfert, Carolyn Black Becker.

p. ; cm. — (Guides to individualized evidence-based treatment) Includes bibliographical references and index.

ISBN-13: 978-1-59385-369-3 (hardcover: alk. paper)

ISBN-10: 1-59385-369-6 (hardcover : alk. paper)

1. Post-traumatic stress disorder—Treatment. 2. Cognitive therapy. I. Becker, Carolyn Black. II. Title. III. Series.

[DNLM: 1. Stress Disorders, Post-Traumatic—therapy. 2. Cognitive Therapy—methods. 3. Stress Disorders, Post-Traumatic—

psychology. WM 170 Z39c 2007]

RC552.P67C644 2007

616.85'21—dc22

2006027917

*Пам'яті Самі*

—С. Z.

*Пам'яті С'ю*

—С. В. В.

Про Авторів

**Клавдія Зайферт, PhD**, клінічний психолог і ад'юнкт-професор психіатрії в Дартмутській медичній школі, понад 15 років брав участь у лікуванні, дослідженнях і тренінгах, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Вона отримала докторський ступінь в Університеті Західної Вірджинії та була науковим співробітником Національного центру посттравматичних стресових розладів. Зараз вона є директором служби тривожних розладів і програми лікування посттравматичних стресових розладів у відділенні психіатрії Дартмутського медичного центру Хічкока. Її основні інтереси включають сприяння використанню емпірично підтверджених методів лікування тривожних розладів у клінічній практиці та розуміння бар'єрів на шляху їх впровадження. Доктор Зайферт має багато публікацій і виступів на національних і міжнародних конференціях, а також проводить навчання та консультації щодо когнітивно-поведінкового лікування.

**Каролін Блек Беккер, PhD**, є доцентом психології в університеті Трінті, Сан-Антоніо. Пройшла навчання в Університеті Рутгерса, доктор Беккер є практикуючим клінічним психологом, який спеціалізується на лікуванні посттравматичних стресових розладів, тривожних розладів і розладів харчування. Вона має понад 14 років досвіду когнітивно-поведінкового лікування різноманітних тривожних розладів, включаючи посттравматичний стресовий розлад. Основним напрямком її викладацької, дослідницької та клінічної роботи є впровадження науково обґрунтованих заходів профілактики та лікування в клінічних умовах. Окрім численних публікацій на ці теми, д-р Беккер регулярно виступає з доповідями на національних і міжнародних конференціях, проводить навчання та консультує клініцистів.

vii

Замітка редакторки серії

Людина з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) зазвичай має безліч проблем. Окрім посттравматичних стресових розладів, у людини зазвичай є кілька супутніх розладів і труднощів, таких як нервова булімія, прикордонний розлад особистості, зловживання

психоактивними речовинами, хаотичні та насильницькі стосунки, фінансові проблеми тощо. Хоча травми, які спричинили посттравматичний стресовий розлад, давно минули — і частково через те, що вони давно минули й не лікувалися, — життя цих людей часто руйнується, і вони зазнають значних страждань і значної інвалідності.

Доброю новиною є те, що розроблено кілька ефективних методів лікування посттравматичного стресового розладу.

За іронією долі, розробка цих ефективних методів лікування посттравматичного стресового розладу також є поганою новиною (Strosahl, 1998) через усі запитання, які вони викликають. Той факт, що доступно кілька подібних когнітивно-поведінкових методів лікування, може призвести до плутанини для лікаря, який зазнає труднощів у сортуванні цих методів лікування, щоб визначити, які з них ефективні. Деякі з них ефективніші за інші? Чим вони відрізняються? Який з них мені використовувати для лікування пацієнта, який зараз знаходиться в моєму кабінеті? Ваші труднощі посилюються, коли ви зосереджуєтеся на численних супутніх розладах і труднощах вашого пацієнта, що викликає такі запитання: чи слід лікувати різні розлади та проблеми пацієнта послідовно? Якщо так, то в якому порядку? Або я повинен лікувати їх одночасно? Чи різна відповідь на це питання для різних пацієнтів? Яку стратегію я можу використати, щоб визначити відповідь на це запитання?

Клавдія Зайферт і Каролін Блек Беккер відповідають на всі ці запитання в цій книзі. Щоб відповісти на питання про лікування самого посттравматичного стресового розладу, автори описують різні когнітивно-поведінкові моделі посттравматичного стресового розладу, засновані на фактичних даних, і виділяють з них основні компоненти. Автори описують як обумовлюючий, так і когнітивний погляди на придбання та підтримку симптомів ПТСР, а також описують когнітивно-поведінкові погляди на страх, паніку, тривогу та багато інших емоцій, які зазвичай виникають при ПТСР (наприклад, гнів, сором, провина, і безнадії). Автори надають читачам-клініцистам складне розуміння когнітивно-поведінкової концептуалізації ПТСР на рівні загальних принципів, а не на рівні процедурних деталей



доступних на даний момент протоколів лікування. Зайферт і Беккер вважають, що в основі ефективної когнітивно-поведінкової терапії посттравматичних стресових розладів лежать два основних втручання, експозиція та когнітивна реструктуризація, і вони описують ці втручання в їх

х

### Замітка редакторки серії

докладно, як на теоретичному рівні, так і на клінічному рівні тут і зараз, з багатьма прикладами випадків і деталями.

Як і в книгах цієї серії, «Посібники з індивідуального лікування, заснованого на доказах», Зайферт і Беккер показують читачеві, як використовувати когнітивно-поведінковий погляд на ПТСР та його лікування як основу для індивідуального формулювання випадку та плану лікування, який розглядає унікальні деталі симптомів посттравматичних стресових розладів кожного пацієнта, а також його чи її супутні проблеми та розлади. Вони показують терапевту, як використовувати індивідуальну схему лікування та когнітивно-поведінкові принципи для прийняття клінічних рішень, включаючи креативні методи змішування та послідовності лікування для пацієнтів із кількома проблемами. Стратегія полягає не в тому, щоб усунути необхідність прийняття клінічних рішень шляхом надання детального посібника (пор. Wilson, 1997), а в тому, щоб надати клініцисту систематичний підхід до прийняття клінічних рішень.

Ця книга описує як теоретичні основи, так і найдрібніші деталі терапевтичної роботи. Терапевтичним стосункам приділяється детальна увага, як і малообговорюваним темам, таким як небажання терапевтів і пацієнтів піддаватися впливу. У функції, яка є особливо важливою з огляду на нещодавні дані, які демонструють, що моніторинг результатів під час кожного сеансу може покращити результати лікування (Lambert, Hansen, & Finch, 2001), автори надають конкретні методи відстеження щотижневого прогресу пацієнта та показують, як використовувати дані про прогрес і формулювання випадку для спрямування лікування, включаючи внесення змін у

формулювання випадку та план лікування, якщо пацієнт не покращується, як очікувалося.

Великий досвід роботи авторів із посттравматичним стресовим розладом помітний на кожній сторінці. Крім того, вони виявляють вражаюче співчуття до цих пацієнтів, з якими не завжди легко добре працювати чи подібати. Ця книга ідеально підходить для досвідчених і вдумливих клініцистів, які бажають надати високоякісну допомогу цій складній групі пацієнтів.

ЖАКЛІН Б. ПЕРСОНС, PhD

*Центр району затоки Сан-Франциско*

*до Когнітивної Терапії*

Передмова

Ми написали цю книгу для психіатричних лікарів, які хочуть покращити свою здатність допомагати травмованим дорослим овоцатися від посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і жити більш задоволеним життям. Дослідження показують, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) при ПТСР значно зменшує симптоми ПТСР. Незважаючи на це, ви можете запитати, чи підходить КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів для пацієнтів вашої клінічної практики з посттравматичними стресовими розладами, які, ймовірно, мають складну низку симптомів і проблем.

Виникли дві школи думок щодо корисності КПТ для ПТСР у клінічній практиці (Kilpatrick, 2005). Одна школа стверджує, що ви повинні використовувати втручання, засновані на доказах, такі як ручна КПТ, як підхід першої лінії під час лікування будь-якого пацієнта з ПТСР. Інша школа стверджує, що дослідницькі випробування мають недоліки, що клінічні пацієнти з ПТСР відрізняються від тих, хто бере участь у дослідницьких випробуваннях, і що мануальні методи лікування, такі як КПТ, неналежним чином обмежують вашу творчість і гнучкість. Відповідно до цієї школи, КПТ може бути *не* найкращим

підходом для ваших пацієнтів із ускладненнями. Ця перспектива може лежати в основі висновку про те, що когнітивно-поведінковий ПТСР

метод лікування недостатньо використаний в клінічній практиці (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Rosen et al., 2004)

Наша мета в цій книзі — знайти спільну мову між цими двома школами думки. Базуючись як на результатах досліджень, так і на нашому власному досвіді, ми стверджуємо, що КПТ є потужним засобом лікування, який може значно покращити життя багатьох пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які лікуються в клінічній практиці. Проте ми також усвідомлюємо, що впровадження КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів на щоденній основі в клінічній практиці часто викликає страх. Пацієнти з ПТСР

часто зустрічаються зі складною клінічною картиною, включаючи значну супутню патологію, а ручні методи лікування, такі як КПТ ПТСР, зазвичай спрямовані на один розлад. Таким чином, вони містять обмежені поради щодо стратегій управління супутніми захворюваннями чи іншими проблемами. Подібним чином когнітивно-поведінкові формулювання психопатології часто зосереджуються на моделях для розуміння конкретних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад або панічний розлад. Проте, якщо ви хочете інтегрувати кілька моделей для кращої концептуалізації ускладнених пацієнтів, ви знайдете обмежені вказівки в літературі з КПТ.

Наша мета полягає в тому, щоб показати, як КПТ для посттравматичних стресових розладів може бути реалізовано *flexible* способом, який відповідає різноманітним потребам ваших унікальних і складних пацієнтів. Ми демонструємо, як ви можете поєднати різні моделі СВТ у творчому для перевірки гіпотез

# Передмова

Ми також пропонуємо низку пропозицій щодо усунення несправностей, щоб зробити КПТ ефективним для ускладнених пацієнтів, і рекомендуємо деякі інші набори навичок, які вам, як практикуючому КПТ, можуть бути корисними при лікуванні таких пацієнтів. Ми сподіваємося, що ця інформація допоможе вам освоїти *мистецтво* впровадження КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів, залишаючись при цьому вірними своїм науковим кореням.

Ця книга значною мірою спирається на наш досвід щоденного впровадження когнітивної терапії при посттравматичному стресовому розладі в клініці тривожних станів сільського медичного центру. Ми лікуємо цивільне населення, більшість з якого пережили численні травматичні події, як правило, включаючи принаймні одну подію в дитинстві. Багато наших пацієнтів стикаються з різними життєвими проблемами та змушені долати матеріально-технічні бар'єри для лікування, наприклад, долати значні відстані для терапії. Третина наших пацієнтів є безробітними, а половина відповідає критеріям двох або більше супутніх захворювань. Багатьох із них направляють медичні клініки, і вони мають супутні проблеми зі здоров'ям, такі як мігрень, фіброміалгія або розлади сну. Наші пацієнти також часто не знають, що у них посттравматичний стресовий розлад, коли їх направляють, і багато хто здивований тому, що показано лікування травми. Лікування в цій клініці не підтримується грантами на дослідження, а скоріше за рахунок сторонніх платників, включаючи приватне страхування.

Кожен із нас має досвід повного робочого дня, пов'язаного з клінічною справою в цій ситуації. Таким чином, більша частина цієї книги базується на нашому досвіді впровадження КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів у середовищі, яке створює типові виклики клінічної практики.

У книзі ми використовуємо термін «ускладнений посттравматичний стресовий розлад», щоб відобразити низку проблем, які постають перед цією клінічною популяцією. Ми свідомо уникаємо терміну «комплексний ПТСР»

тому що він використовувався для позначення специфічної констеляції проблем з регуляцією емоцій і міжособистісною дисфункцією, що виникає внаслідок дитячої травми, що схоже на прикордонний розлад особистості. Підхід, описаний у цій книзі, *можна* застосувати до багатьох пацієнтів із ПТСР, які мають ці проблеми. Проте ми не хочемо мати на увазі, що ми пропонуємо лікування, яке явно спрямоване на дефіцити, концептуалізовані як

«комплексний ПТСР».

Ця книга, зрештою, є практичним посібником, розробленим для того, щоб навчити клініциста, як використовувати підхід до формулювання випадку, схвалений Персонсом (2005), для проведення КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів окремим пацієнтам у кожному конкретному випадку. Спочатку ми розглядаємо необхідну основу, необхідну для оцінки та лікування ПТСР з когнітивно-поведінкової точки зору (Розділи 1–2). Потім ми обговорюємо оцінку та підхід до формулювання випадку (розділ 3). Решта розділів (розділи 4–10) в основному присвячені тонкощам вплетення основних компонентів КПТ в індивідуальне лікування з використанням підходу формулювання випадку.

Незалежно від того, чи ви новачок у лікуванні посттравматичного стресового розладу, чи досвідчений клініцист, який лікує посттравматичний стресовий розлад

неминуче представлятиме емоційні виклики для вас як для терапевта. По-перше, клініцисти, які впроваджують КПТ для ПТСР, повинні бути готові до втручання, яке може спричинити деяке тимчасове загострення дискомфорту. Подібно до того, як людина зі зламаною кісткою знає, що, незважаючи на біль, вправлення кістки необхідне для належного загоєння, відновлення після травми неминуче передбачає доступ до неприємних емоцій, щоб навчитися нових

способів справлятися з реакціями на жахливі події. Замість того, щоб бути виключно джерелом заспокоєння, як терапевт ви повинні одночасно бути ресурсом, тренером і каталізатором для набуття нових навичок. По-друге, унікальне завдання проведення КПТ для посттравматичного стресового розладу

порівняно з іншими тривожними розладами полягає в тому, що воно вимагає від терапевта разом із пацієнтом занурення в травматичні стимули, спогади та думки. Порівняно з іншими

## Передмова

xiii

Форми терапії посттравматичних стресових розладів, КПТ також вимагає від вас вивчення рівня деталізації травми, що є дещо незвичайним. Під час написання цієї книги ми використали реалістичний клінічний матеріал, значна частина якого базується на реальних пацієнтах та їхніх історіях. Як наслідок, ви можете знайти деякі віньєтки в цій книзі неприємними та відразливими. Нашою метою цього підходу є надання реалістичного клінічного контексту для розуміння представлених концепцій, а також *також* допомогти підготувати вас, терапевта, до того, щоб ви почули цю деталь під час сеансів. Крім того, ми прагнули продемонструвати повний спектр проблем і ступінь травми, які можна успішно лікувати за допомогою КПТ при ПТСР.

## Подяка

Ми вдячні багатьом людям, які зробили прямий чи опосередкований внесок у цей проєкт. Перш за все, ми дякуємо нашим пацієнтам, які не лише довірили нам свої проблеми, а й вплинули на наше уявлення про посттравматичний стресовий розлад та його лікування. Багато пацієнтів також активно підтримали написання цієї книги, погодившись включити матеріал їхнього випадку. Ми щиро цінуємо цей додатковий внесок і їх бажання допомогти іншим, хто бореться з ПТСР.

Кілька вчителів і наставників зробили значний внесок у наш професійний розвиток, і цей проект ніколи не був би можливим без їхнього керівництва протягом багатьох років. Зокрема, ми дуже вдячні Тіму Алезу, покійному Конні Данку, Баррі Едельштейну, Георгу Ейферту, Една Фоа, Ріку Гросу, Метту Фрідману, Марку Хегелю, Лібу Хембре, Кевіну Ларкіну, Кіму Мюзеру, Донну Познеру, Рею Розену, Паулі Шнурр, Ліз Сімпсон і Террі Вілсон. Ми також хотіли б подякувати кільком колегам з Асоціації поведінкової та когнітивної терапії, нашого професійного центру, та з Міжнародного товариства вивчення травматичного стресу, яке було впливовим професійним ресурсом. Ми дякуємо за їхній внесок у наше мислення та/або підтримку та заохочення: Джим Картер, Джейсон ДеВіва, Роб Фергюсон, Марті Франклін, Девід Фой, Еллісон Гарві, Стефан Хофманн, Емі Ікельхаймер, Бретт Літц, Марша Лінехан, Майк Отто, Ірен Поуч, Барбара Ротбаум, Джо Скотті, Мерв Смакер, Бет Стемм, Гейл Стікті, Емі Вагнер, Морін Віттал і Джером Йоман. Ми також вдячні всім клініцистам, які надали відгуки та підбадьорення під час семінарів, а також нашим стажистам, у яких ми завжди вчимося. Кілька колег люб'язно пожертвували свій час, щоб прочитати розділи та надати відгуки. Ми дякуємо Венді Бейлз-Дазет, Джейсону Гудсону, Крістін Олівер, Кей Вотт і Бренді Вейл за їхні проникливі коментарі до рукопису. Було б помилкою не зауважити, що цей проект ніколи б не з'явився без підтримки редактора серії Джекі Персонс і виконавчого редактора Гілфорда Кітті Мур. Ми дякуємо їм за терпіння, чудові відгуки та редагування, і, перш за все, за нескінченну підтримку. Ми дуже вдячні за час та енергію, яку вони приділили.

Нарешті, ми хотіли б подякувати Бренту Беккеру за підтримку протягом років нашої співпраці. Ми також дякуємо нашим родинам і нашим друзям, простіше кажучи, за все.

xv

## ЗМІСТ

### ОДИН

Когнітивно-поведінкова терапія ПТСР: 1

Огляд та емпірична основа

Що таке КПТ? 2

Що таке КПТ для ПТСР? 3

Резюме досліджень КПТ для ПТСР 4

Висновок 8

## ДВА

Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР 9

Обґрунтування того, щоб навчитися «мислити» когнітивно-поведінково 9

Концептуалізація ПТСР 10

Вплив і когнітивна реструктуризація 19

Висновок 20

## ТРИ

Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 21

Оцінка ПТСР 22

Використання номотетичних моделей для розробки на основі доказів  
Ідіографічні формулювання 25

Формулювання випадку: Софі 30

Формулювання випадку: Morgan 33



Використання формулювання випадку для визначення фокусу лікування: З чого почати? 38

Послідовне проти одночасного лікування 40

Планування сесії: розробка початкового шаблону 41

Створення рецептури за участю вашого пацієнта та інформованої згоди 41

Висновок 43

## **ЧОТИРИ**

Початок лікування: розчищення шляху до успіху 44

Стати командою: терапевтичні стосунки 44

Вирішення власних проблем 46

Я почуваюся впевненим: які прийоми мені слід використовувати?" 50

Усунення практичних проблем і системних перешкод 56

Висновок 58

## **П'ЯТЬ**

Психоосвіта 59

Обґрунтування та передумови 59

Орієнтація на СBT 60

Навчання поширеним реакціям на травматичний досвід 64

Висновок 71

## **ШІСТЬ**

Представляємо експозиційну терапію 78

Зрозумілість процесу експозиції 78

Реалізація експозиції 82

Усунення несправностей In Vivo Exposure 96

Висновок 105

## **SIM**

Уявна експозиція 119

Підготовка до уявного викриття: обґрунтування 120

Підготовка до уявного викриття: побудова ієрархії і вибір першого спогаду 123

Проведення уявної експозиції: основні кроки 127

Стратегії титрування тривоги під час уявного впливу і сприяння залученню та звикання 132

Усунення несправностей 138

Незвичайні реакції 148

Висновок 149

## **BICIM**

Когнітивна реструктуризація 157

Чому я маю використовувати когнітивну реструктуризацію? 158

Що таке когнітивна реструктуризація? 159

Поширені думки про ПТСР 177

Когнітивна реструктуризація при ПТСР: можливі проблеми 182

Висновок 189

## ДЕВ'ЯТЬ

Додаткові інструменти 202

Діалектична поведінкова терапія 203

Планування діяльності 205

Наполегливі навички спілкування 206

Навички вирішення проблем 206

Вплив на коморбідні тривожні розлади 207

Аналіз рішень 209

Лікування безсоння 210

Лікування розладів харчової поведінки 211

Зловживання психоактивними речовинами та залежність 213

Висновок 213

## ДЕСЯТЬ

Поєднання 223

Поширені камені спотикання 223

Лікування пацієнтів із кількома проблемами: прийняття рішення про перехід з лікування ПТСР 230

Планування припинення 233

Висновок 238

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### Когнітивно-поведінкова терапія ПТСР

#### *Огляд та емпірична основа*

Бонні, 35-річна домогосподарка, яку направив її лікар, повідомляє про втрату інтересу до повсякденних справ і почувається «розбитою» більшу частину часу. Вона витрачає значну частину кожного дня на прибирання і виходить робити покупки лише вночі, коли в магазинах менше людей. Під час оцінювання Бонні повідомляє, що хоча вона завжди була досить тривожною, її тривожність стала серйознішою проблемою кілька років тому, коли її старшій дочці виповнилося 12 років. Вона зазначає, що у віці від 12 до 14

вона зазнала сексуального насильства з боку свого дядька. Зараз вона страждає від регулярних кошмарів і частих спогадів. Крім того, вона уникає будь-яких нагадувань про сексуальне насильство, включаючи сімейні фотографії, чоловіків, які нагадують їй її дядька, і мило, яке він використовував. Вона також визнає, що «втрачає час» протягом дня, хоча навчилася приховувати це від своєї родини. Вона пробувала психотерапію в минулому, але завжди кидала, тому що їй важко довіряти комусь, окрім свого чоловіка та дочки. Вона також мала труднощі під час терапії через втрату часу під час сеансів терапії, і вона боялася ділитися цією інформацією, бо боялася, що її позначать як «божевільну». Бонні відповідає діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу (ПТСР), генералізованого тривожного розладу та великого депресивного розладу. Вона також має історію переїдання та зловживання алкоголем, хоча зараз вона вживає мало алкоголю і не переїдала протягом останнього року.

Бонні «постійно відчувала тривогу та депресію», і вона хоче якомога швидше «відчути себе краще». Її лікар сказав їй, що ви можете

допомогти їй досягти її цілей, і вона готова дати лікування «цього разу справді спробувати».

Найкраще лікування для пацієнтів із кількома проблемами, як-от Бонні, — це лікування, яке має якомога більше емпіричної підтримки. Для Бонні когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) пропонує найкращу можливість вирішити її посттравматичний стресовий розлад і пов'язані з ним проблеми. У цьому розділі ми закладаємо основу, необхідну для впровадження КПТ для посттравматичного стресового розладу. Спочатку ми надаємо загальний огляд КПТ, а потім окреслюємо основні компоненти КПТ при ПТСР.

Ми також надаємо короткий виклад досліджень, які підтверджують когнітивну терапію ПТСР. Вам важливо бути поінформованим про дослідження, щоб ви могли відповісти на запитання пацієнтів

2

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

про докази та передати належний рівень довіри до втручань.

Наш огляд дослідження написано з цією метою. Нарешті, ми розглядаємо можливі питання про інші втручання з деякою емпіричною підтримкою, такі як десенсибілізація рухів очей і повторна терапія та терапія щеплення від стресу.

### ЩО ТАКЕ КПТ?

КПТ — це структурована форма психотерапії, яка є результатом поєднання стратегій модифікації поведінки, що ґрунтуються на науці про поведінку (або «аналіз поведінки»), і когнітивної терапії, яка пов'язана з когнітивними моделями психопатології. Основною передумовою, що підтримує КПТ, є емоційні проблеми чи розлади, такі як ПТСР

результат вивчених відповідей і може бути змінений шляхом нового навчання. Таким чином, навчаючи таких пацієнтів, як Бонні, змінювати

явну поведінку та приховані процеси мислення, ви можете змінити їхні проблемні емоції та поведінку. Хоча специфіка ТГС

може відрізнятися, коли ви застосовуєте його для різних пацієнтів, кілька визначальних характеристик залишаються постійними. До них належать (1) опора на перевірку гіпотез, встановлення цілей та збір даних; (2) формування спільного альянсу; (3) акцент на навчанні нових реакцій на життєві ситуації (тобто навичок); (4) зосередженість на конкретних і помітних цілях; і (5) зосередитися на зміні поточних і майбутніх реакцій.

Ці спільні риси відображають як роль емпіризму як основи, що лежить в основі КПТ, так і опору на модель «вчений-практик». Вчені з КПТ впливають на практику, формулюючи конкретні моделі з конкретними гіпотезами щодо етіології та підтримки певних розладів, а також розробляючи нові втручання на основі цих моделей. Вони також перевіряють ці втручання на групах осіб. КПТ втручання в ідеалі вивчаються в рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД), які вважаються золотим стандартом наукового тестування втручань.

Як практик КПТ, ви працюватимете як науковець, формулюючи та перевіряючи гіпотези в кожному конкретному випадку та поєднуючи результати досліджень із систематичними спостереженнями за окремими клієнтами. Однак цей науковий підхід до окремого пацієнта приділяв мало уваги під час розробки лікування. Таким чином, деякі методи лікування пропонують конкретні вказівки щодо того, як систематично інтегрувати результати досліджень з індивідуальною інформацією про пацієнта. Натомість це керівництво було надано через нагляд, досвід, який був доступний не всім клініцистам. Одна з наших цілей у цій книзі — запропонувати такий вид супервізії щодо КПТ при ПТСР.

Одною додатковою визначальною особливістю СВТ є його структура. КПТ має тенденцію бути більш структурованим, ніж багато інших форм терапії. Ця структура впливає з наголосу КПТ на вивчення нової поведінки, що часто найкраще досягається шляхом постановки цілей і практики конкретних видів діяльності. Структура допомагає як вам, так і вашим пацієнтам логічно та послідовно досягати цілей

лікування, і це має вирішальне значення для ефективності КПТ. Однак, як зазначив Лінехан (1993а), терапія передбачає баланс між структурою та гнучкістю. Занадто жорсткий підхід може не впоратися з поточними проблемами ваших пацієнтів і призвести до таких проблем, як збільшення кількості відсіву (Hembree, Foa et al., 2003). Проте занадто гнучкий підхід може сприяти уникненню складних або неприємних, але необхідних терапевтичних завдань. Наприклад, якщо Бонні часто приходять на заняття, розгублена через суперечки з дочкою, ви можете бути відведені від того, що потрібно робити

Огляд та емпірична основа

3

щоб допомогти Бонні досягти цілей лікування. Вирішуючи, як реагувати, ви повинні зважити бажання Бонні обговорити аргументи, знаючи, що Бонні може боятися компонентів лікування, які мають вирішальне значення для своєчасного зменшення її тривожних симптомів. Підводячи підсумок, впровадження СВТ передбачає балансування структури з відповідною гнучкістю.

## **ЩО ТАКЕ КПТ ДЛЯ ПТСР?**

КПТ для посттравматичних стресових розладів має на меті змінити поведінку та когнітивні здібності, які розвинулися у відповідь на травму та, як припускають, підтримують ПТСР. Це наголошує на спільному альянсі; тому воно зазвичай починається з навчання когнітивно-поведінкової моделі та поглибленого обґрунтування лікування, щоб пацієнти могли бути освіченими учасниками лікування. Лікування також зазвичай спрямоване на поведінку уникнення та нереалістичне чи марне мислення, які згідно з моделлю КПТ є ключовими факторами, що підтримують ПТСР. Розроблено ряд варіантів КПТ при ПТСР. Різні форми можна позначати за основними компонентами (наприклад, когнітивна реструктуризація або експозиція), або їх можна називати конкретними назвами, такими як терапія когнітивної обробки (Resick & Schnicke, 1993) або тривале опромінення (Foa & Rothbaum, 1998). Проте більшість форм КПТ

для посттравматичних стресових розладів складаються з трьох основних компонентів, наголошених у різному ступені: психонавчання, вплив і когнітивна реструктуризація. Кожен з них відповідає визначальним характеристикам, перерахованим раніше. У цій книзі ми навчимо вас, як використовувати кожен із цих основних компонентів для лікування ПТСР.

Коротко кажучи, психонавчання надає пацієнтам інформацію про когнітивно-поведінкове формулювання ПТСР. Це полегшує розуміння пацієнтами обґрунтування лікування, що є необхідним, якщо пацієнти хочуть приймати обґрунтовані рішення щодо терапії. Встановлення спільного розуміння ПТСР також допоможе вам побудувати відносини співпраці з вашими пацієнтами. Ви будете покладатися на переконливе обґрунтування (обговорюване в Розділі 5) і відносини співпраці, щоб допомогти пацієнтам перенести важкі моменти терапії, орієнтованої на травму.

Вплив спрямований на уникнення та передбачає заохочення пацієнтів наближатися до подразників, які викликають побоювання, щоб вони зрозуміли, що не потрібно уникати безпечних (але побоюваних) подразників. Під час впливу ваші пацієнти будуть підходити до подразників (1) протягом тривалого періоду часу, щоб викликати негайне зменшення страху (тобто звикання під час сеансу) та (2) протягом повторних випробувань, щоб сприяти більш тривалому зменшенню страху (тобто між- звикання до сеансу). Вплив може мати кілька форм. Під час уявного опромінення пацієнти неодноразово переказують спогади про травми, тоді як під час *in vivo* (живого) опромінення пацієнти стикаються з конкретними ситуаціями чи подразниками в реальному житті. Нарешті, інтероцептивний вплив передбачає переживання фізичних відчуттів, яких уникають. Експозиція може включати подачу подразників у поступовій або концентрованій формі.

Когнітивна реструктуризація вчить людей, які пережили травму, усвідомлювати та змінювати некорисні думки. Ваші пацієнти навчатимуться спостерігати за своїми думками, виявляти та систематично



боротися з дезадаптивним мисленням, а також формувати адаптивні реакції.

Когнітивна реструктуризація при посттравматичному стресовому розладі іноді організовується навколо конкретних тем, пов'язаних із травмою, як у когнітивній терапії (Resick & Schnicke, 1993). Його також можна застосовувати до всіх тривожних думок, які є результатом травматичного досвіду.

4

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### ПІДСУМКИ ДОСЛІДЖЕНЬ КПТ ДЛЯ ПТСР

Багато методів лікування розроблено для надання допомоги постраждалим. Однак КПТ для ПТСР накопичила найбільше доказів на підтримку його ефективності не лише для лікування ПТСР, але й для поширених супутніх проблем. КПТ при посттравматичному стресовому розладі є складною справою, тому що ви повинні переконати пацієнтів зіткнутися віч-на-віч зі своїми спогадами про травму, чого вони часто уникали протягом тривалого часу. Проте допомагати пацієнтам виконувати неприємні завдання легше, коли дослідження показує, що завдання допоможе. Дослідження пропонує багато доказів на підтримку обґрунтування лікування, яке має підвищити вашу впевненість у КПТ для ПТСР. Ці докази також дають пацієнтам деяку впевненість у тому, що, незважаючи на їхні страхи, лікування варто спробувати.

### Докази, що підтверджують КПТ для ПТСР

Після ретельного огляду досліджень КПТ для ПТСР можна зробити кілька основних висновків.

*1. Для різних популяцій із травмами КПТ, що складається з певної форми впливу та/або когнітивної реструктуризації, здається більш ефективним, ніж відсутність лікування чи підтримуюче консультування.*

Ці групи населення включають тих, хто пережив сексуальне насильство (Foa et al., 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002), дитинство жертви жорстокого поводження (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; McDonagh et al., 2005), особи, які пережили автокатастрофу (Blanchard et al., 2003; Ehlers et al., 2003), ветерани (Boudewyns & Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989), а також ті, хто пережив різні травматичні події (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang, & Nixon, 2003). Наприклад, Resick et al. (2002) порівняли КПТ із сильним фокусом на когнітивну реструктуризацію (тобто терапією когнітивної обробки) з КПТ із сильним фокусом на вплив (тобто тривалим впливом) і з контролем списку очікування у тих, хто пережив згвалтування.

Обидві терапії були кращими, ніж у списку очікування. Приблизно 80% пацієнтів, які пройшли будь-яку форму КПТ, більше не відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу, і більшість показали помітне покращення депресії. Як клініциста, вас також може зацікавити більш консервативний аналіз, який включає всіх пацієнтів, рандомізованих для лікування, а не лише тих, хто завершив лікування. Це дає вам оцінку, більш схожу на те, що ви можете очікувати, застосовуючи лікування в клінічній практиці. У Resick et al. Дослідження показало, що приблизно половина жінок, які почали терапію, більше не відповідали діагностичним критеріям ПТСР після лікування та під час подальшого спостереження. На відміну від цього лише 2% у групі в списку очікування втратили діагноз ПТСР. Bryant та ін. (2003) отримали схожі результати в РКД, у якому порівнювали лише вплив, вплив плюс когнітивну реструктуризацію та підтримуюче консультування у цивільних осіб із посттравматичним стресовим розладом, що є наслідком різних травматичних подій. Під час подальшого спостереження 65–80% учасників, які пройшли будь-яку форму КПТ, не мали діагнозу ПТСР, порівняно з менш ніж 40% тих, хто пройшов підтримуюче консультування. Подібним чином, 50–60% учасників КПТ, які почали лікування, не отримали діагнозу порівняно з приблизно 20% тих, хто почав підтримуюче консультування.

2. *Немає чітких доказів того, що будь-яка форма КПТ є кращою за інші форми.* Наприклад, хоча Foa et al. (1999) виявили, що лише вплив є кращим, ніж вплив плюс

Огляд та емпірична основа

5

навчання навичкам управління стресом у постраждалих від сексуального насильства, Bryant et al. (2003) повідомили про виявлення того, що вплив уяви разом із когнітивною реструктуризацією є кращим, ніж лише вплив уяви. Подібним чином, тоді як Marks et al. (1998) виявили, що вплив (як окремо, так і з когнітивною реструктуризацією) був кращим, ніж лише когнітивна реструктуризація у змішаній цивільній вибірці травми, кілька інших дослідників виявили, що вплив і когнітивна реструктуризація не відрізнялися за ефективністю (Tarrier et al., 1999; Resick). та ін., 2002; Paunovic & Ost, 2001).

3. *КПТ, яка включає вплив, накопичила найбільшу кількість емпіричної підтримки в різних групах травм* (Foa, Rothbaum, & Furr, 2003 ). З цієї причини опромінення було наріжним каменем лікування в нашій клініці, і воно забезпечує основу для лікування, описаного в цій книзі.

У підсумку, література пропонує переконливу підтримку ефективності КПТ

на основі впливу, когнітивної реструктуризації або обох. Загалом дослідження показує, що КПТ пов'язана зі значно більшою ймовірністю припинення лікування без діагнозу ПТСР порівняно з відсутністю лікування чи підтримуючого консультування.

**Перенесення досліджень на практику: вплив окремо, в поєднанні чи ні?**

Наразі експерти розділилися щодо відносних переваг лікування, яке наголошує на впливі, когнітивній реструктуризації або обох. Таким

чином, ми рекомендуємо клініцистам вивчати обидва набори навичок і активно розглядати *обидві* стратегії під час формулювання ПТСР

план лікування.

### ***Чому я повинен розглядати як вплив, так і когнітивну реструктуризацію***

#### ***Замість одного впливу?***

Опромінення є надзвичайно потужним засобом зміни дисфункціональних когнітивних функцій, і багатьох пацієнтів можна успішно лікувати лише за допомогою впливу. Однак у деяких випадках посттравматичний стресовий розлад не усувається лише впливом. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом також часто мають багато інших проблем, які можуть бути перешкодою для використання впливу, наприклад, сильний гнів або глибокий сором, і вплив може бути не найкращим втручанням для цих проблем.

Таким чином, ви повинні бути готові до вирішення проблеми та перешкод у пацієнтів, які не реагують. У таких випадках має сенс використовувати альтернативну техніку з сильною емпіричною підтримкою, таку як когнітивна реструктуризація.

Іншим важливим фактором є дослідження, які свідчать про те, що вплив і когнітивна реструктуризація можуть по-різному впливати на різні емоції. Наприклад, вплив може бути більш ефективним для зміни тривоги та переконань щодо небезпеки, тоді як когнітивна реструктуризація може бути ефективнішою для зміни почуття провини та думок про відповідальність (Resick та ін., 2002; Smucker, Grunert, & Weis, 2003). Подібним чином когнітивна реструктуризація може бути більш ефективною, коли ПТСР переважно характеризується соромом або гнівом, а не страхом (Smucker et al., 2003). Таким чином, вам слід розглянути когнітивну реструктуризацію у пацієнтів, які виявляють інтенсивне почуття провини, сорому чи гніву, або коли реакція лише на вплив є неоптимальною.

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

Як зазначалося раніше, дослідження також чітко не підтверджують ефективність одного варіанту КПТ для ПТСР над іншим. Таким чином, ми вважаємо, що важливим клінічним питанням є не *чи* використовувати експозицію чи когнітивну реструктуризацію, а радше те, скільки кожного з них слід включити в лікування даної особи та коли кожен повинен бути представлений.

Нарешті, окремі пацієнти відрізняються за своєю здатністю використовувати кожен метод, і важко передбачити, хто відповість на яке втручання. Тоді як деякі люди вважають когнітивну реструктуризацію надто складною та заплутаною, іншим важко впоратися зі своїми емоціями під час впливу. Таким чином, наявність обох інструментів покращує вашу здатність ефективно лікувати ПТСР. Таким чином, «мистецтво» КПТ полягає в застосуванні впливу та когнітивної реструктуризації відповідно до окремих пацієнтів, таких як Бонні, використовуючи когнітивно-поведінкові моделі ПТСР як орієнтир.

### ***Є In Vivo Чи потрібна експозиція?***

Деякі клініцисти, які працюють із постраждалими, зосереджуються на уявному впливі (тобто на впливі спогадів про травму), виключаючи вплив *in vivo* (тобто вплив на реальні життєві ситуації або стимули). Однак наявні дані свідчать про те, що уявне опромінення в поєднанні з *in vivo* загалом ефективніше, ніж уявне опромінення окремо (Deville & Foa, 2001; Bryant et al., 2003; Tarrier). та ін., 1999).

Комбінований вплив може бути ефективнішим, оскільки посттравматичний стресовий розлад часто включає страхи реальних ситуацій, а також страх перед спогадами. *Вплив in vivo* дає можливість піддаватися таким ситуаційним ознакам. Наприклад, людина, яка пережила автомобільну аварію, зменшує свій дистрес, пригадуючи аварію під час уявної експозиції, тим не менш, залишиться з функціональними порушеннями, якщо він продовжує уникати їзди в автомобілі. Крім того, включення *впливу in vivo* також може сприяти тривалості зменшення страху шляхом розширення контекстуальних

сигналів, за яких відбувається зменшення страху (Bouton & Nelson, 1998). Це може бути особливо вірно, коли уявне опромінення та *in vivo* опромінення поєднуються (наприклад, якщо Бонні практикує уявне опромінення в спальні, схожій на те, де на неї напали). Таким чином, включення *впливу in vivo*, ймовірно, сприятиме узагальненню та стійкості зменшення страху, а також найбільшому зменшенню ПТСР symptoms (Foa et al., 2003).

### **Чи не існують інші форми КПТ з деякою підтримкою досліджень?**

Дві інші форми КПТ також отримали певну емпіричну підтримку. Перший, тренінг із щеплення від стресу (SIT), передбачає навчання пацієнтів різним навичкам керування стресом, таким як релаксація, зупинка думок, впевнене спілкування та керований самодіалог. Обґрунтування полягає в тому, що після відпрацювання цих навичок у ситуаціях з меншим стресом люди зможуть використовувати їх для керування вищими рівнями стресу та тривоги. Другою формою КПТ з деякою емпіричною підтримкою є терапія десенсибілізації рухів очей і повторної обробки (EMDR), яка спрямована на полегшення обробки травматичних спогадів, змушуючи пацієнтів зосереджуватися на зовнішніх подразниках, таких як рухомий візуальний об'єкт (наприклад, рух пальця назад і далі), поки вони повертаються до травматичних спогадів. EMDR також включає певну когнітивну реструктуризацію. Ми обговорюємо ці форми КПТ окремо, тому що ми не рекомендуємо жодну з них як лікування першої лінії ПТСР.

Огляд та емпірична основа

7

***Чому SIT не має бути моєю стратегією лікування першої лінії***

***Якщо це підтверджено дослідженнями?***

Деякі підходи до лікування тривоги (наприклад, SIT; Meichenbaum, 1985) мають певну емпіричну підтримку в лікуванні ПТСР (Foa та ін., 2003). Незважаючи на це, ми не рекомендуємо використовувати SIT як

стратегію першої лінії з кількох причин. По-перше, дослідження свідчать про те, що ефективність лікування СІТ не така велика, як при впливі (наприклад, Фоа та ін., 1999), а СІТ не має ряду досліджень, які підтверджують її ефективність.

По-друге, теоретичне обґрунтування SIT не дуже добре поєднується з іншими СВТ

техніки (наприклад, експозиція) або з когнітивно-поведінковими моделями посттравматичного стресового розладу (див. Розділ 2), які підкреслюють роль уникнення у підтримці посттравматичного стресового розладу (Фоа, Steketee, & Rothbaum, 1989; Keane & ; Барлоу, 2002). Наприклад, зупинка думок — це техніка СІТ, за якої пацієнти відволікаються від тривожних думок, подумки кричачи «Стоп». Перешкоджаючи взаємодії з тривожними думками та емоціями, методи SIT, такі як зупинка думок і розслаблення, суперечать інструкціям щодо впливу на травматичні спогади. Таким чином, незважаючи на те, що SIT продемонструвала ефективність у навчанні справлятися зі стресовими факторами повсякденного життя, вона не виглядає таким придатним і концептуально обґрунтованим методом, як вплив або когнітивна реструктуризація для вирішення травматичного стресу.

По-третє, SIT є більш громіздким лікуванням, ніж вплив чи когнітивна реструктуризація. Наприклад, протокол SIT, оцінений у дослідженні (Фоа та ін., 1991, 1999), складається з дев'яти сеансів, під час яких пацієнтів навчають широкому спектру різних навичок.

На відміну від цього, пацієнти, які завершують опромінення, мають навчитися лише одній основній навичці, а пацієнти, які завершують опромінення та когнітивну реструктуризацію, мають навчитися лише двом навичкам.

Схоже, немає причин використовувати більш складне лікування, коли достатньо простого лікування.

Однак деякі стратегії SIT можуть бути дуже доречними для пов'язаних проблем, які супроводжують посттравматичний стресовий розлад, і ми часто використовуємо такі стратегії, коли вони корисні.

Наприклад, ми регулярно використовуємо тренінги наполегливого спілкування, коли пацієнтам важко повідомити про свої потреби іншим. Ми також використовуємо повторне тренування дихання як техніку релаксації у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, у яких спостерігаються екстремальні симптоми збудження.

### ***А як щодо EMDR?***

Ми не включаємо EMDR (Shapiro, 1995) у наше лікування, оскільки воно має меншу емпіричну підтримку та видається менш ефективним порівняно з КПТ (Deville & Spence, 1999). Наприклад, у РКД, у якому порівнювали КПТ з EMDR, лише 25% тих, хто почав EMDR

втратили діагноз посттравматичний стресовий розлад, на відміну від понад 60% пацієнтів, які почали КПТ (Deville

& Спенс, 1999). Дослідження, які суперечили дослідженню Девілі та Спенса (наприклад, Айронсон, Фрейд, Штраус та Вільямс, 2002; Лі, Гавріель, Драммонд, Річардс та Грінвальд, 2002), страждали від методологічних проблем. У дослідженні з удосконаленою методологією Тейлор та ін. (2003) виявили, що пацієнти, які пройшли КПТ, повідомили про більше зниження повторного переживання симптомів і уникнення, ніж пацієнти, які пройшли EMDR, хоча ті, хто розпочав EMDR, з більшою ймовірністю не мали діагнозу ПТСР. Підводячи підсумок, можна сказати, що дослідницька підтримка EMDR є менш надійною, ніж підтримка прямої КПТ.

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

Деякі дослідники також припускають, що EMDR може зробити вплив та обробку пам'яті більш прийнятними для пацієнтів. Проте дослідження не підтвердили цей висновок (Deville & Spence, 1999). Крім того, немає даних, які б підтверджували включення рухів очей як критично важливий компонент терапії для досягнення зниження тривоги (Chemtob, Tolin, van der Kolk, & Pitman, 2000; Hembree, Cahill, & Foa, 2003; Hembree & Foa, 2003) .



Таким чином, хоча деякі клініцисти повідомляють, що EMDR дуже корисна, враховуючи відсутність доказів переваги EMDR над КПТ, ми вважаємо, що EMDR слід використовувати лише тоді, коли стандартна КПТ не дає результатів та/або якщо є хороші причини вважати, що пацієнт може вважати EMDR більш корисним. Коли пацієнти звертаються за EMDR, ми переглядаємо з ними відповідні дослідження, щоб полегшити їм прийняття рішення про те, яке лікування вони бажають отримати. Якщо після цього обговорення пацієнт вирішує, що він або вона віддасть перевагу EMDR, ми направляємо пацієнта до відповідного навченого постачальника.

## **ВИСНОВОК**

За останні 20 років відбувся значний прогрес у лікуванні посттравматичних стресових розладів, і, безперечно, найефективнішим втручанням серед нових розробок є КПТ. Як наслідок, розлад, який для багатьох був би хронічним станом із дуже поганим довгостроковим психосоціальним результатом, тепер часто може бути суттєво змінений протягом кількох місяців.

Однак знайомство з переконливими доказами того, що КПТ при посттравматичному стресовому розладі може призвести до покращення ПТСР, допоможе вам застосовувати КПТ для своїх пацієнтів у кожному конкретному випадку.

## **Д В А**

Когнітивно-поведінкова концептуалізація

### **ПТСР**

Цей розділ містить огляд когнітивно-поведінкової концептуалізації ПТСР. Ми починаємо з короткого обговорення, чому важливо розуміти когнітивно-поведінкові принципи під час проведення КПТ. Потім ми розглядаємо важливі компоненти когнітивно-поведінкової концептуалізації ПТСР і коротко обговорюємо, чому моделі вказують на вплив і когнітивну реструктуризацію як на ключові методи лікування ПТСР.

## ОБГРУНТУВАННЯ ДЛЯ НАВЧАННЯ

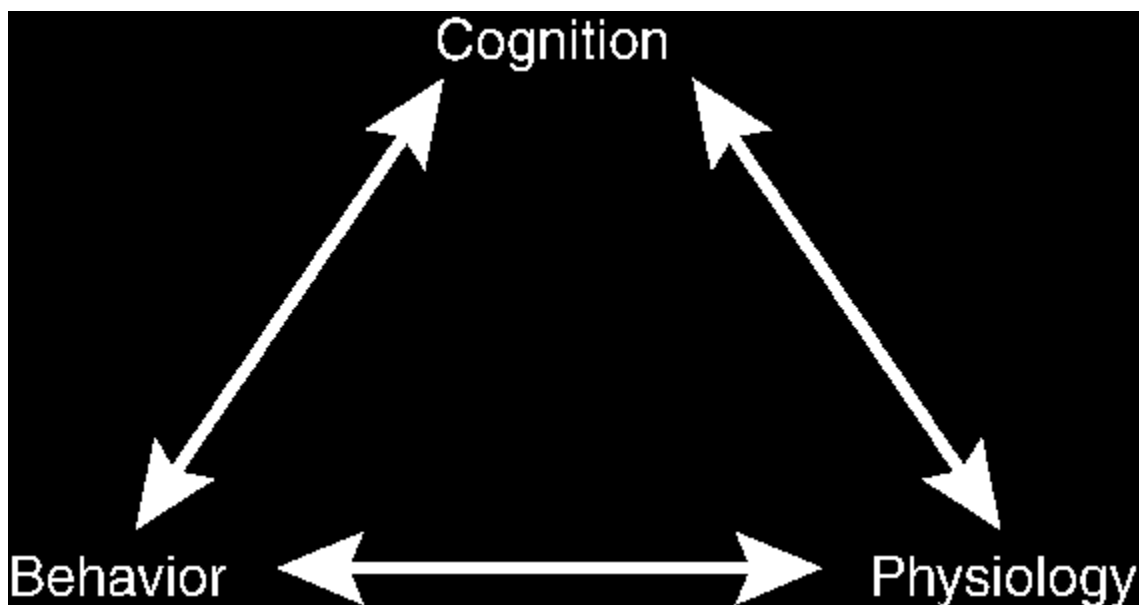
### ЩОБ «МИСЛИТИ» КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВО

Коли ви збиралися вивчати КПТ, ви, можливо, уявляли, що вивчите набір процедур, яких слід дотримуватися, як у кулінарній книзі. Дійсно, якщо ви схожі на багатьох клініцистів, це очікування могло послабити ваш інтерес до КПТ. Однак для того, щоб бути ефективним КПТ-терапевтом, потрібно набагато більше, ніж слідувати «кулінарній книзі». Фактично, простий КПТ можна порівняти з приготуванням чізкейку. Навіть цей нехитрий десерт вимагає знань, які чітко не описані в кроках рецепта. Наприклад, якщо ви не знаєте, що означає «тільки готовий», ви не знатимете, коли припинити випікання торта.

Як вам скаже кожен, хто не вміє готувати, приготування їжі, навіть за добре перевіреними рецептами, є мистецтвом.

Однак частіше КПТ схоже на приготування їжі на званій вечері, коли вам повідомляють, що кілька відвідувачів є вегетаріанцями, інші дотримуються кошерності, а треті не їдять молочних продуктів. Раптом ваші рецепти потребують модифікації, і вам доведеться імпровізувати страву, яка підійде всім. Щоб задовольнити різноманітні потреби за один прийом їжі, ви повинні готувати відповідні принципи. Наприклад, вам може знадобитися замінити певні інгредієнти в певних рецептах. Неможливо було б зробити це ефективно, якби ви не мали розуміння головних принципів приготування їжі. Подібним чином, хоча багато пацієнтів реагують на кваліфіковане застосування відносно механічних процедур лікування (еквівалентно досвідченому кухарю, який працює за твердим рецептом), інші пацієнти можуть вимагати від вас змінити лікування на основі загальних принципів КПТ. Ваша здатність мислити як

9



10

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

### ***РИСУНОК 2.1.*** Трикутник пізнання–фізіологія–поведінка.

*когнітивно-біхевіорист визначить вашу здатність гнучко реагувати на різні потреби ваших клієнтів. Таким чином, ми заохочуємо вас прийняти весь когнітивно-поведінковий підхід, включаючи теоретичні моделі, на яких побудовані техніки, а не просто запозичувати когнітивно-поведінкові техніки. Цей розділ допоможе вам зрозуміти когнітивно-поведінкові принципи, які лежать в основі КПТ при ПТСР.*

## ***КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ПТСР***

### ***Спільні основні припущення***

*Когнітивно-поведінкові моделі ґрунтуються на кількох спільних припущеннях. По-перше, моделі зазвичай розглядають посттравматичний стресовий розлад як тривожний розлад, пов'язаний із симптомами, які не викликають тривоги.<sup>1</sup>*

*Згідно з такими моделями, тривога та страх складаються з когнітивних (наприклад, думки про страх), поведінкових (наприклад,*

поведінка уникнення) та фізіологічних особливостей (наприклад, вегетативне збудження; див. рис. 2.1). Кожен фактор впливає на інші. Наприклад, Сьюзен боїться висоти. Коли вона починає підніматися по драбині, щоб поміняти лампочку в люстрі, що звисає зі склепінчастої стелі, вона відчуває страшні думки (наприклад, «Підніматися по цій драбині небезпечно; я можу впасти і зламати шию»), фізіологічне збудження (наприклад, серцебиття, прискорене дихання, тремтіння) і поведінка уникнення (наприклад, злізти з драбини, піднявшись лише на дві сходинки, і попросити когось іншого виконати завдання за неї). Таким чином, зміна страшних думок про ситуацію (наприклад, «Я бачив, як Карен робила це мільйон разів без жодних проблем; драбина міцна та дуже стабільна; я можу це зробити, навіть якщо відчуваю тривогу») може зменшити уникання та збудження. . Подібним чином, наближаючись замість того, щоб уникати страшної ситуації чи об'єкта, сприйняття небезпеки людиною може зменшитися (наприклад, після успішного підйому по драбині Сьюзен робить висновок, що підйом по драбині був безпечнішим, ніж вона спочатку думала).

По-друге, когнітивно-поведінкові моделі припускають, що механізми, залучені до розвитку адаптивного страху, також діють у розвитку дезадаптивного страху. Наприклад, загальноновизнано, що люди від народження бояться лише кількох ситуацій (наприклад, гучних звуків і падінь; O'Leary & Wilson, 1987). Практики КПТ припускають, що всі страхи, що залишилися, як адаптивні, так і дезадаптивні, є засвоєними. Адаптивна функція І Хоча терміни «тривога» та «страх» іноді можна використовувати як синоніми, «тривога» стосується стану побоювань або очікування майбутньої негативної події, тоді як «страх» зазвичай означає «боротьбу–втечу»

реакція на певний стимул.

Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР

11

тривоги полягає в тому, щоб спонукати нас уникати (і втекти від) об'єктивно небезпечних ситуацій. Наприклад, занепокоєння не дає нам

піти купатися з крокодилами та сигналізує нам вийти з води, коли ми помічаємо крокодила. Занепокоєння щодо ситуацій, які об'єктивно не є небезпечними (наприклад, уникання плавання в басейні), можна засвоїти, а отже, відучити через подібні процеси.

### ***Поведінкові та кондиційні фактори***

Поведінкова двофакторна концептуалізація тривоги Маурера (1947) є основою концептуалізації ПТСР за допомогою КПТ, представленої тут. Маурер запропонував, що два типи навчання, «класичне» і «оперантне» кондиціонування, беруть участь у розвитку страхів. Він припустив, що тривога спочатку розвивається через класичне обумовлення, коли нейтральний стимул поєднується зі стимулом, що викликає страх. Це схоже на досвід собак Павлова, які вчаться виділяти слину у відповідь на звук після того, як його неодноразово поєднували з їжею. Подібним чином нейтральний подразник, такий як бейсбольна біта, часто лише після одного такого сполучення з ситуацією, що викликає страх, такою як побиття битою під час пограбування, може викликати страх.

Правила класичного кондиціонування свідчать про те, що реакції умовного страху повинні з часом розсіюватися («згасати»), якщо об'єкт, якого лякають, не є справді небезпечним — подібно до того, як собаки Павлова більше не виділяють слину, коли вони неодноразово відчують тон, не будучи годували. Проте той факт, що багато «ірраціональних» страхів перед об'єктами чи ситуаціями, які не є небезпечними, зберігаються, припустив Маурера, що щось інше повинно пояснити збереження страхів. Маурер міркував, що другий фактор, оперантне обумовлення, може бути відповідальним за збереження страху. «Оперантне обумовлення» — це навчання, яке базується на результатах, які слідує за поведінкою. Поведінка, яка дає сприятливий результат (тобто «підкріплюється»), має тенденцію повторюватися та частіше повторюватися, тоді як поведінка, яка дає небажаний результат (тобто «покарається»), як правило, не повторюється.

Маурер стверджував, що поведінка втечі посилюється швидким зменшенням страху, коли людина віддаляється від об'єкта чи

*ситуації, що викликає страх; таким чином, він має тенденцію до повторення та збільшення частоти. Він також припустив, що страх зберігається протягом тривалого часу, оскільки поведінка втечі та уникнення зберігається та запобігає вимиранню. Підводячи підсумок, страх спочатку вивчається за допомогою класичного обумовлення та підтримується оперантним обумовленням.*

*Наприклад, у Джеймса виник страх перед великими собаками після того, як його вкусив лабрадор-ретривер. Після нападу Джеймс виявив, що його тривога швидко зменшилася, коли він втік, тому що власник собаки забрав її, або тому, що він сам покинув ситуацію. В результаті його поведінка до втечі була посилена і, отже, посилювалася. Він починав з того, що переходив вулицю щоразу, коли бачив собаку, що наближається до нього, і зрештою обмежив свою діяльність поза домом, щоб уникнути будь-якого можливого контакту з собаками. За словами Моурера, поведінка втечі та уникнення, обмежуючи час, який Джеймс проводив із собаками, не постраждавши, запобігла природному зменшенню тривоги Джеймса. Таким чином, Джеймс не зрозумів, що його тривога була непотрібною навколо більшості собак, тому що присутність собаки не є достовірним прогнозом того, що її укуси.*

*Теорія Маурера безпосередньо застосовна до пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які після переживання травматичної події зазвичай уникають об'єктів або ситуацій, тісно пов'язаних із цією подією, і повідомляють (як Джеймс) про надзвичайну тривогу, якщо їх змушують контактувати з такою подією, ситуацій або предметів. Крім того, багато людей, які пережили травму, намагаються блокувати спогади про травму, що може спричинити ефект, подібний до ефекту поведінкового уникнення реального життя*

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*стимули (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, & Bender, 1985). Іншими словами, ті, хто пережив травму, можуть не впоратися з умовними*

страхами, тому що вони уникають нагадувань про травму як поведінково, так і когнітивно. Наприклад, Сандра, яку побили бейсбольною битою під час пограбування, впоралася зі страхом, викликаним битами, і своїми спогадами про пограбування, відмовившись від софтболу (тобто уникаючи бити) і уникаючи думок про пограбування. Таким чином, вона не змогла зрозуміти, що ні кажани, ні її травматична пам'ять не можуть їй зашкодити.

Порівняно з іншими тривожними розладами, такими як специфічна фобія, однією з важливих особливостей посттравматичного стресового розладу є широкий спектр страхів, які виникають у тих, хто пережив травму. Два фундаментальних принципи кондиціонування, кондиціонування вищого порядку та узагальнення стимулів, можуть пояснити широкий спектр тривожних стимулів (Keane та ін., 1985). Обумовлення вищого порядку відбувається, коли раніше нейтральний подразник викликає умовну реакцію, поєднуючись з умовним подразником; наприклад, Джеймс почав боятися вулиць по сусідству, де він зустрічав великих собак, а Сандра почала боятися ігор у софтбол. Ні вулиці, ні ігри в софтбол ніколи не поєднувалися з нападами (безумовними подразниками), але обидва асоціювалися з умовними подразниками (собаками та кажанами). Узагальнення стимулу відбувається, коли індивід відповідає на стимули, схожі на умовний стимул; наприклад, Джеймс почав боятися маленьких собачок, а Сандра — ключки для хокею на траві. Легко побачити, як кондиціонування вищого порядку та узагальнення стимулів швидко розширюють спектр викликів страху та призводять до страхів, які «не мають сенсу».

Дослідження показали, що оригінальна теорія Маурера має кілька проблем.

Зокрема, зрозуміло, що патологічна тривожність може розвинутися без класичного обумовлення. Наприклад, страхи можуть бути отримані через інформацію (наприклад, ви читаєте про барра-куду незадовго до карибської відпустки, а потім боїтеся купатися в океані) або випадково (наприклад, ви спостерігаєте, як вашого друга вжалила небезпечна медуза, і починаєте боятися плавання в океані; Rachman,

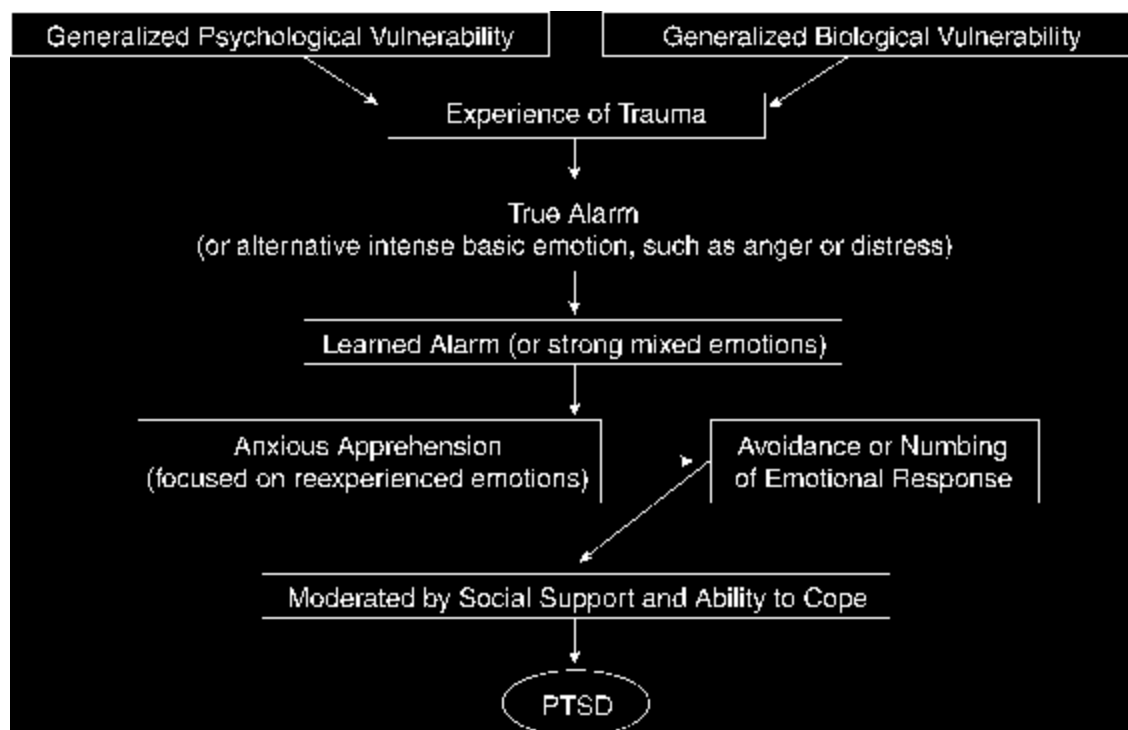
1977). Крім того, оригінальна теорія Маурера нелегко пояснює нетривожні симптоми, пов'язані з ПТСР, такі як сором.

Тим не менш, моделі кондиціонування пояснюють багато основних особливостей посттравматичного стресового розладу, наприклад широкий спектр стимулів, які викликають травматичні спогади, а також фізіологічне й емоційне збудження, викликане цими стимулами (Brewin & Holmes, 2003), і модель має сенс для пацієнтів. Наприклад, Елізабет, яку неодноразово звалтував хлопець її матері, повідомила, що відчувала напад паніки щоразу, коли бачила настінний годинник. Над ліжком, у якому її звалтували, висів годинник, і Елізабет завжди дивилася на нього, чекаючи, поки звалтування закінчиться. Використовуючи двофакторну теорію Маурера, ми можемо припустити, що страх Елізабет перед настінними годинниками не зник після припинення звалтувань, оскільки вона уникала кімнати з настінним годинником і відводила погляд щоразу, коли зустрічала настінний годинник. Елізабет повідомила, що почувалася «божесвільною», оскільки не розуміла, чому щось нешкідливе, пов'язане з її звалтуванням, може викликати страх. Двофакторна концептуалізація допомогла їй зрозуміти, чому і як вона почала боятися настінних годинників. Потім вона повідомила, що більше не відчуває себе божесвільною, тому що модель має сенс і вказує на конкретні рішення.

Одним із недоліків є те, що двофакторна модель не враховує індивідуальні фактори, такі як досвід дитинства, який передував травматичному досвіду та може вплинути на те, чи розвинеться посттравматичний стресовий розлад у постраждалого. Усуваючи цю слабкість, Кін і Барлоу (2002) розробили більш детальну модель вивчення етіології ПТСР.

На малюнку 2.2 наведено графічне зображення моделі.





### *Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР*

13

**РИСУНОК 2.2.** Модель етіології ПТСР Кіна та Барлоу (2002). З Keane and Barlow (2002, стор. 429). Авторське право, 2002, The Guilford Press. Передруковано з дозволу.

Як показано у верхній частині моделі, Кін і Барлоу (2002) стверджують, що як генетичні, так і психологічні фактори можуть схилити людину до розвитку ПТСР після травматичної події. «Загальна біологічна вразливість» стосується генетичної схильності людини до розвитку будь-якої психопатології після травматичної події, якщо його або її раннє оточення не дозволяло передбачити або контролювати підкріплення та покарання (Барлоу, 2002). Такий ранній життєвий досвід представляє загальну психологічну вразливість. Інші фактори, такі як характер травми та повторювані травматичні переживання, також можуть збільшити ризик розвитку посттравматичного стресового розладу через підвищення загальної психологічної вразливості людини (Keane & Barlow, 2002).

*Просуваючись вниз по моделі, ми бачимо, що під час фактичної травматичної події особа, яка пережила травму, відчуває «справжню тривогу», яка має еволюційну основу (Barlow, 2002). Наші предки, безсумнівно, відчували справжню тривогу, коли стикалися з небезпечними тваринами (наприклад, левами, вовками, зміями) або людьми та природними небезпеками. Справжня тривога - це реакція страху на реальні небезпечні ситуації. Адаптивна функція справжньої сигналізації полягає у сприянні виживанню шляхом активації швидкої реакції на фізичну загрозу. Подібно до того, як пожежники починають діяти у відповідь на сигнал тривоги, який сповіщає їх про справжню пожежу, справжні сигнали тривоги мобілізують наші фізичні та когнітивні ресурси для реагування на загрозливі ситуації. Хоча більшість із нас не зустрине таких небезпечних тварин, як леви, у сучасному світі справжню сигналізацію можна активувати у відповідь на сучасні загрози, пов'язані з вибухами, автомобільними аваріями, стихійними лихами та небезпечними людьми.*

*Мобілізація ресурсів під час справжньої тривоги зазвичай називається відповідь «боротьба–втеча», хоча точнішою назвою може бути «бійка–боротьба–*

*14*

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*Наша природна реакція на небезпечні ситуації — тікати, якщо це можливо. Якщо ми не можемо втекти, ми схильні відбиватися. Якщо обидва варіанти виключені (як це часто буває під час сексуального насильства та багатьох інших типів травм), ми повертаємося до альтернативної відповіді, яка полягає в тому, щоб завмерти, як олень, який мерзне в лісі, щоб його не побачили. хижак.*

*Фізіологічні реакції, пов'язані з системою «бій-втеча», численні, добре задокументовані та зазвичай спостерігаються в осіб із тривожними розладами.*

*Збільшується частота серцевих скорочень, і кров перенаправляється від рук і ніг до основних груп м'язів, щоб полегшити втечу та боротьбу. Крім того, периферійні ділянки тіла, які, швидше за все, можуть бути травмовані, менш схильні до надмірної кровотечі в разі порізу. Вторинним результатом є те, що ці частини тіла можуть здаватися блідими та холодними. Дихання також поглиблюється та прискорюється, щоб збільшити споживання кисню, необхідного для раптових спалахів активності. Як ми зазвичай зазначаємо пацієнтам, коли зустрічаєшся з левом, що гарчить, зазвичай не можна просити 5-хвилинного періоду розминки. Таким чином, симпатична гілка вегетативної нервової системи, яка значною мірою відповідає за реакцію «бийся–втікай», є*

*"підключений" для миттєвої підготовки до інтенсивних фізичних навантажень. Коли мозок виявляє загрозу, він спрямовує тіло на вивільнення адреналіну, який негайно викликає мимовільні зміни у фізичних функціях, які дозволяють короткостроково виживати. Багато відчуттів, про які повідомляють люди, які відчувають реакцію «бийся–втікай», такі як сухість у роті та нудота, виникають через те, що довгострокові потреби виживання, такі як перетравлення їжі, призупинені. Інші симптоми, такі як запаморочення, вважаються вторинними ефектами, викликаними недостатнім фізичним навантаженням. Іншими словами, оскільки лева немає, особина не бореться і не тікає. Це спричиняє каскад вторинних ефектів (наприклад, перенасичення крові киснем призводить до звуження кровоносних судин у мозку), що призводить до додаткових симптомів (наприклад, запаморочення).*

*Keane і Barlow (2002) припускають, що під час травматичної події люди асоціюють різноманітні стимули (наприклад, як у випадку Елізабет, настінний годинник) із досвідом «справжньої тривоги» та як результат розробляє навчені тривоги за допомогою класичного кондиціювання.*

*Навчені сигнали тривоги згодом викликаються ситуаціями, які нагадують або містять риси травматичного досвіду. Вони також можуть бути викликані ситуаціями, які символізують подію,*

наприклад, річниці. Розучені тривоги викликають таку саму реакцію, як справжня тривога, але відрізняються через відсутність об'єктивної небезпеки. Розучена тривога еквівалентна помилковій пожежній тривозі. Пожежники продовжують діяти, але гасити пожежу немає. Протягом перших тижнів після травматичної події більшість людей зазвичай відчують повторювані страждання у відповідь на нагадування про подію та знову переживають подію у спогадах, снах і спогадах (North, Smith, McCool, & Lightcap, 1989). ; Riggs, Rothbaum, & Foa, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992). Однак ці ранні посттравматичні тривоги зазвичай зникають з часом.

Оскільки травматичні події, окрім страху, також можуть викликати сильні емоції, такі як сором і провина, ці емоції також можуть бути викликані тими самими подразниками, які викликають засвоєні тривоги (Keane & Barlow, 2002). Наприклад, Елізабет повідомила, що почуття сорому зазвичай супроводжується страхом, коли вона піддається впливу настінних годинників. У деяких випадках ці емоції можуть бути переважачим засвоєним досвідом, коли люди стикаються зі стимулами, які нагадують їм про травматичну подію.<sup>2</sup> Незважаючи на це, оскільки всі ці емоційні стани (наприклад, страх, гнів, провина, смуток і сором) є неприємними, *survi-2* Часто називають «тригерами» або «підказками» травми.

### *Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР*

15

У них розвивається тривога (тобто «тривожне побоювання») щодо зустрічі з тригерами та емоційними реакціями, пов'язаними з ними. Ця тривога спонукає тих, хто пережив травму, уникати подразників, пов'язаних із травмою, і вони також можуть намагатися повністю уникати своїх емоцій через емоційне заціпеніння.

Цікаво, що Кін і Барлоу (2002) стверджують, що розвиток посттравматичного стресового розладу ще не є фактом, що здійснився. Скоріше те, чи стануть початкові засвоєні тривоги постійною проблемою та переростуть у повномасштабний

посттравматичний стресовий розлад, залежить від стилю подолання травми та його ресурсів, а також від доступності соціальної підтримки. Наприклад, після повернення з Афганістану Пол зрозумів, що ніхто не хоче чути про те жахливе, свідком якого він був під час бою. Швидше, вони хотіли, щоб він «просто залишив це позаду». Таким чином, він прийняв стратегію подолання, уникаючи думок про Афганістан і ситуації, які нагадували йому бойові дії; ця стратегія подолання підвищила ризик ПТСР. Те, що почалося як засвоєні тривоги, переросло через генералізацію стимулів і кондиціонування вищого порядку в більш узагальнені страхи та посилені зусилля уникнути неприємних емоцій. На відміну від цього, Стів, також ветеран, впорався, звернувшись до своєї мережі підтримки, розповівши про те, що трапилося (хоча він також мав бажання уникати), і наражався на ситуації, які нагадували йому про його бойовий досвід. Таким чином, у нього була менша ймовірність розвитку ПТСР.

Усі моделі посттравматичного стресового розладу, включно з моделлю Кіна та Барлоу, вказують на уникнення як на критичний фактор у розвитку та підтримці розладу. Таким чином, постраждалі від травми, які піддаються дії тригерів засвоєних тривог незабаром після події, мають меншу ймовірність відчувати постійний дистрес (Wirtz & Harrell, 1987), що пояснює, чому дистрес розсіюється у більшості постраждалих від травми. Подібним чином люди, у яких посттравматичні реакції зберігалися з часом, можуть погасити свої умовні реакції, систематично піддаючись впливу тригерів травми. Це один із механізмів дії, який імовірно лежить в основі впливу. Значні дослідження підтверджують обидва ці припущення (Keane & Barlow, 2002), а моделі кондиціонування дуже допомагають у розумінні багатьох аспектів посттравматичного стресового розладу, особливо тих, що пов'язані з тривогою. Проте вони не повністю пояснюють нетривожні симптоми.

### **Когнітивні фактори**

Було розроблено кілька когнітивних моделей (Чемтоб, Ройтблат, Хамада, Карлсон,

*& Двадцятка, 1988; Ehlers & Кларк, 2000; Foa та ін., 1989; Resick & Шніке, 1992).*

*Когнітивні моделі мають низку спільних рис, зокрема зосередженість на необхідності «обробити» або осмислити травматичні події як частину адаптивного подолання, а також припущення, що ПТСР є результатом нездатності успішно організувати травматичний досвід. Незважаючи на те, що між моделями існують відмінності, усі загалом вказують на необхідність систематичного зменшення поведінки уникнення та обробки травматичних подій, щоб їх можна було зрозуміти точним і реалістичним способом.*

### **Когнітивна обробка травматичних подій**

*Наш мозок любить, щоб речі «мали сенс», поєднувалися разом у логічно послідовний спосіб. Тому, переживши травму, природно захотіти все обдумати — організувати й зрозуміти, що сталося. Подумайте, наприклад, про те, як працює ваш розум після перегляду фільму із запутаним сюжетом, у якому незабутні моменти з'єднуються в*

16

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*останні хвилини фільму. Виходячи з кінотеатру, ви можете переглянути всю історію від початку до кінця, щоб зрозуміти деталі у світлі нової інформації. Якщо є несумісна або відсутня інформація, ви можете продовжити решту вечора переглядати її, намагаючись зібрати всі частини разом. Вам навіть може снитися це тієї ночі.*

*Схильність обробляти свій особистий досвід є навіть сильнішою для емоційно заряджених, ніж для менш особистих важливих, таких як фільм. Наприклад, уявіть, що ви потрапили в серйозну автомобільну аварію. Ніхто не загинув, але кілька автомобілів розбиті. Що б ви робили, прийшовши додому до родини чи друзів? Більшість людей кажуть: «Я б розповів їм, що сталося». Ви б сказали одній людині чи багатьом? Ви б просто сказали: «Я потрапив у автомобільну аварію»*

*і залишили все на цьому? Або ви б описали подію більш детально? На таку подію більшість людей відповідають, що вони б розповіли декільком людям про те, що трапилося дуже докладно. Клінічно це часто називають «розповіддю історії» або «набуттям сенсу в історії». Таким чином, клінічне спостереження підтверджує те, що було перевірено дослідженнями: люди, здається, схильні обговорювати важкі події, і обговорення цих подій допомагає нам зрозуміти або «обробити» їх. Дослідження того, як люди справляються відразу після травматичних подій, також показують, що люди, які психічно відключаються від подій і гальмують свої емоційні реакції, мають тенденцію до більшого ризику розвитку ПТСР (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).*

*Різноманітні фактори можуть перешкоджати адекватному обробленню травматичного досвіду. Наприклад, надзвичайний характер деяких травматичних подій може порушити пам'ять і увагу, а отже, перешкоджати обробці події (Foa & Rothbaum, 1998; Foa et al., 1989). Наприклад, під час пограбування під дулою пістолета Сьюзан лише смутно усвідомлювала, що відбувається з її хлопцем, оскільки вона не могла відвернути увагу від спрямованого на неї пістолета. Таким чином, їй було важко зрозуміти всю подію пограбування, під час якої її хлопця сильно побили. З нашого досвіду, цей тип труднощів може бути особливо вірним для тих, хто пережив насильство в дитинстві, можливо тому, що діти не мають повністю розвинених когнітивних здібностей.*

*Крім того, оскільки травматичні події зазвичай характеризуються відсутністю передбачуваності та контролю, люди, які дотримуються переконань щодо важливості можливості передбачити та контролювати події у своєму житті, стикаються з природно складною когнітивною проблемою завдання, коли травматична подія сильно суперечить цим переконанням. Наприклад, Евелін вважала, що «кожен робить вибір і контролює те, що з ним станеться», і що «коли з тобою трапляються погані речі, це тому, що ти зробив поганий вибір». У результаті вона відчувала значний сором за те, що її згвалтував незнайомець, і звинувачувала себе, хоча було мало доказів того, що вона могла запобігти цій події. Евелін було*

*важко узгодити свої попередні переконання та докази того, що згвалтування сталося не з її вини.*

*Якщо початкова обробка події неповна, неорганізована або неточна, для сприяння «повторній обробці» події можуть бути використані різноманітні стратегії, як-от викриття та когнітивна реструктуризація. «Повторна обробка» просто стосується значущої повторної перевірки та реорганізації події, спрямованої на сприяння більш успішному, точному та реалістичному розумінню. Більшість форм лікування, орієнтованого на травму, передбачають повідомлення пацієнтом у певний момент подробиць травматичної події терапевту та потенційно іншим (наприклад, членам групової терапії). Важливість повторної обробки травматичних подій була визнана різними школами терапії; лікування, орієнтоване на травму, не є виключною сферою КППТ. Тим не менш, для деяких клініцистів, заохочуючи пацієнтів повернутися до вкрай неприємних подій, таких як згвалтування, тортури,*

*Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР*

*17*

*існування смерті здається нерозумним, особливо для пацієнтів із сильним стресом, які можуть здаватися надто слабкими або не мають навичок справлятися. Це, загалом, було обґрунтуванням поетапного лікування ПТСР. Незважаючи на те, що деяким пацієнтам необхідно розвинути певні навички перед тим, як приступити до експозиції (див. Розділ 9), важливо зазначити, що багато пацієнтів, які виглядають слабкими, можуть терпіти переробку свого травматичного досвіду та отримувати значну користь.*

***Незавершена обробка та розробка***

***патологічного страху ПТСР***

*Когнітивні моделі припускають, що патологічний страх розвивається, коли в результаті травматичної(-их) події(-й) особа (1)*



починає маркувати неправильно доброякісні подразники як небезпечні через помилкові асоціації та інтерпретації, тоді ( 2) не вдається засвоїти коригувальну інформацію. Таким чином, Елізабет позначила годинник як небезпечний і не змогла (оскільки уникала годинників, коли з ними стикалася) дізнатися, що це не так. Згідно з когнітивними моделями, інформація, пов'язана з травмою, організовується у свідомості людини, яка пережила травму, у «мережі страху» (Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 1989; Lang, Levin, Miller, & Kozak, 1983 ). Мережі страху пов'язують конкретні деталі щодо події (включаючи стимули та спогади), реакцію на подію (наприклад, поведінку, думки та відчуття) та значення/інтерпретації події. Мережі страху можна розглядати як програми, які ми використовуємо для сприяння виживанню під час небезпеки, яка загрожує життю.

Коли мережі страху неправильно пов'язують стимули або містять хибні припущення, людина боїться безпечних ситуацій і об'єктів. Наприклад, когнітивні моделі припускають, що, кодуючи та зберігаючи досвід згвалтування, Елізабет асоціювала настінні годинники з небезпекою. Таким чином, настінні годинники активують її мережу страху, яка містить емоційне переживання страху (включаючи підвищене збудження) і спогади про згвалтування, а також інтерпретації світу (наприклад, «Усі чоловіки небезпечні»). Елізабет також відчуває бажання уникати як спогадів, так і справжніх подразників (настінних годинників). Крім того, оскільки асоціації, сформовані під час небезпечних ситуацій, є особливо сильними, настінні годинники тепер активують мережу страху, а не попередній позитивний досвід використання настінних годинників. Але настінні годинники самі по собі не небезпечні, і вони не є точними сигналами небезпеки.

Деадаптивні висновки (наприклад, що настінні годинники передбачають небезпеку) виникають, коли ті, хто пережив травму, переривають обробку, перш ніж включити коригувальну інформацію, яка дозволить їм зробити більш корисні висновки. Дві умови необхідні для завершення обробки та зменшення некорисних страхів (Фоа та ін., 1989). По-перше, повинна бути активована мережа страху; тобто людина повинна відчувати страх, викликаний сигналами травми та

спогадами. По-друге, коригувальна інформація повинна бути доступна одночасно, щоб сприяти новому навчанню. Наприклад, Елізабет уникала свого страху, уникаючи настінних годинників та інших ознак небезпеки, пов'язаних зі зґвалтуванням, що заважало їй зробити точніші висновки щодо них. Щоб зменшити свій страх перед настінними годинниками, Елізабет має відчувати страх, який викликає настінний годинник, і вона має усвідомити, що вона в безпеці, навіть якщо вона дивиться на настінний годинник. і відчуття страху. Поведінка уникання заважає як активації мережі страху, так і інтеграції коригувальних відомостей про безпеку. Таким чином, страх Елізабет перед настінними годинниками зменшився б, якби вона дійшла висновку, що настінні годинники не завжди сигналізують про небезпеку.

18

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### ПРОВИНА, СОРОМ ТА ГНІВ

Емоції, не пов'язані з тривогою, такі як гнів, провина та сором, відіграють помітну роль у багатьох випадках ПТСР. У деяких випадках нетривожні емоції, такі як сором і гнів, разом із пов'язаними з ними переконаннями впливають на те, якою мірою ті, хто пережив травму, бажать або здатні обробити подію через вербальне розкриття або через розумовий огляд. Наприклад, багатьом людям у нашому суспільстві незручно говорити про зґвалтування, тому багатьом жертвам зґвалтування важко розповідати про свій досвід. Крім того, ті, хто вижив, часто хочуть захистити рідних і друзів від подробиць свого досвіду. Наприклад, Адель повідомила, що після зґвалтування вона не розповіла рідним про те, що сталося, оскільки не хотіла, щоб вони зрозуміли, що вона тепер «пошкоджена». Вона також зазначила, що, нарешті, розповівши своїй найкращій подрузі, вона пропустила більшість деталей:

"Що я збирався сказати? Ви не говорите про подробиці зґвалтування. Ви просто ні».

Негативна реакція інших також може посилити почуття сорому від травми. Наприклад, ветерани війни у В'єтнамі часто вважали себе небажаними для своїх співвітчизників, а почуття сорому після повернення додому з В'єтнаму було пов'язане з більшим ризиком ПТСР серед таких ветеранів (Johnson et al., 1997). Подібним чином недовіра, несхвалення або інша негативна реакція на розкриття фактів сексуального насильства або жорстокого поводження пов'язані з більшою посттравматичною симптоматикою (Everill & Waller, 1995; Ullman, 1996). Сором, який переживає потерпілий, коли соціальне середовище не підтримує його або її розкриття, може призвести до більшого уникнення думати про подію, що, таким чином, порушує процес обробки. Таким чином, негативні емоційні реакції можуть відігравати центральну роль у підтримці ПТСР і самі по собі бути причиною значних страждань. Тому вони заслуговують на увагу при лікуванні. Багато пацієнтів отримують користь від втручань, спеціально спрямованих на зменшення цих емоцій, особливо якщо вони не зменшуються внаслідок впливу (Resick та ін., 2002; Smucker та ін., 2003).

## РОЛЬ ПОПЕРЕДНІХ ПЕРЕКОНАНЬ

Когнітивні моделі зазвичай припускають, що люди, які пережили травматичні події, дотримуються вже існуючих переконань, які викликані цією подією (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996). Таким чином, після травматичної події люди повинні вирішити конфлікти між тим, у що вони вірили про світ і себе до цієї події, і тим, що говорить їм травматичний досвід. Наприклад, Елізабет вважала, що вона в цілому в безпеці в цьому світі, доки вживає певних заходів обережності, які вона може контролювати. Зазнавши нападу у своєму домі, середовище, яке вона вважала безпечним, надало докази досвіду, які спростували її віру в те, що вона «в безпеці, якщо не доведено протилежне». Згідно з Resick і Schnicke (1992), існує три основні когнітивні рішення цього конфлікту.

По-перше, Елізабет може змінити своє тлумачення цього досвіду, щоб відповісти її системі переконань (наприклад, «Я змусила його згвалтувати мене, одягнувши сексуальний одяг, тому що я думала, що

він гарний; жінки не не бути випадково згвалтованим у власному домі друзями» або

«Насправді це не було згвалтування, тому що він мені подобався, і я дозволив йому це зробити»). По-друге, Елізабет може радикально змінити свою систему переконань неадаптивним чином (наприклад, «Більше немає безпечного місця; я ніколи не буду в безпеці»). По-третє, вона може змінити або пристосувати свою систему переконань у більш поміркований, продуктивний спосіб («Хоча він мені подобався, я не просила його згвалтувати мене. Деякі чоловіки небезпечні, але багато ні. Я все ще в основному безпечно, доки я достатньо обережний»). ПТСР асоціюється з першими двома когнітивними рішеннями.

### *Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР*

19

У випадку Елізабет нові докази привели її до висновку, що «немає безпечного місця».

Оскільки для нашого виживання надзвичайно важливо уникати небезпеки, ми, як і Елізабет, можемо бути схильні помилятися щодо безпеки та припускати небезпеку навіть там, де її немає.

Резік і Шніке (1992) називають такі висновки, як «небезпечне місце», «точками зупинки». Застраглі точки – це думки, пов'язані з травмою, які сприяють негативним посттравматичним реакціям. Окрім зосередження на небезпеці, точки застрагання можуть зосереджуватися на таких проблемах, як відсутність довіри, почуття провини чи інші негативні емоційні реакції. Точки зупинки часто пов'язані з узгодженням попередніх переконань і травматичної події. Як і у випадку з Елізабет, вони також можуть виникнути в результаті звинувачувальних коментарів людей, яких вона очікувала на підтримку (наприклад, «Чому ти спокусила його, одягнувшись зухвало?»), або через те, що вона настільки уникає, що відмовляється ні про що думати. неприємно, і, отже, не може зрозуміти, що з нею сталося. Нарешті, якщо у Елізабет немає відповідних переконань, які

*б допомогли їй зрозуміти згвалтування (наприклад, якщо травматична подія сталася в ранньому віці), їй може бракувати інструментів для розуміння події взагалі.*

## **ВТОРИННІ РЕАКЦІЇ, УНИКАННЯ ТА НЕПОВНА ОБРОБКА**

*Уникання може бути мотивовано емоційними реакціями (наприклад, страхом і соромом) на самі симптоми повторного переживання (Ehlers & Steil, 1995), і ці вторинні реакції можуть відігравати важливу роль у стимулюванні уникнення, яке підтримує розлад.*

*Наприклад, Бетсі зазнала нападу з ножем на парковці її робочого місця. Після нападу вона виявила, що її наводнили спогади про напад, коли вона очікувала, що піде в гараж наприкінці свого робочого дня. Ці спогади часто здавалися настільки реальними, що вона була змушена перевірити свій офіс, щоб переконатися, що там нікого немає. Бетсі почала боятися цих спогадів, тому що вони порушили її працездатність, і вона не хотіла втрачати роботу. Таким чином, вона намагалася придушити спогади. Проте чим більше вона намагалася зосередитися, тим менше контролю в неї було, і колеги помітили, що вона «поводиться дивно». Бетсі хвилювалася, що вона «збожеволіла», тому що не могла відкинути спогади та мала «параноїдальні» думки. Підсумовуючи, її емоційна реакція (страх) на нав'язливі спогади (а не її реакція на сам напад) була для неї найбільшим джерелом страждань і призвела до посилення зусиль, щоб уникнути спогадів.*

*Такі вторинні емоційні реакції також можуть включати почуття сорому (наприклад, «Той факт, що я не можу подолати це, означає, що я слабкий»), безнадії (наприклад, «Той факт, що я якщо я все ще маю ці нав'язливі думки через стільки часу, це означає, що я невдаха») або гнів (наприклад,*

*"Це несправедливо, що я все ще страждаю від того, що він зробив зі мною, а він просто живе своїм життям, ніби нічого не сталося"). Мотивуючи подальше уникнення обробки травми, вторинні емоційні реакції самі по собі можуть не лише відігравати значну роль у підтримці посттравматичного стресового розладу, але й спричиняти значні страждання.*

## **ВПЛИВ ТА КОГНІТИВНА ПЕРЕСТРУКТУРА**

*І моделі кондиціонування, і когнітивні моделі вказують на необхідність зменшити поведінку уникнення, і вважається, що це зменшення уникнення лежить в основі ефективності як впливу, так і когнітивної реструктуризації. Ми обговорюємо передбачувані механізми дії опромінення більш детально в розділі 6. Проте коротко, під час опромінення пацієнти*

20

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*дізнайтеся, що стимули та спогади, пов'язані з травмою, насправді не є об'єктивно небезпечними в сьогоденні. Таким чином, пацієнти вчать краще розрізняти сигнали, які надійно передбачають небезпеку, і сигнали, які передбачають безпеку. Згідно з когнітивними моделями, вплив також сприяє повторній обробці, яка може привести до більш точних висновків про значення події, тим самим зменшуючи широкий спектр негативних емоцій, пов'язаних із ПТСР.*

*Когнітивна реструктуризація також зменшує уникання, вимагаючи від пацієнтів ретельного аналізу думок, пов'язаних із травмою, і перегляду події, щоб зібрати докази за та проти конкретних висновків. Крім того, когнітивна реструктуризація вчить пацієнтів систематично досліджувати своє мислення з метою допомогти їм зрозуміти (тобто*

*“процес”) травматичну подію краще. І, нарешті, когнітивна реструктуризація допомагає пацієнтам усвідомити проблеми та вирішити проблеми.*

### **ВИСНОВОК**

*У цьому розділі ми описали когнітивно-поведінкову концептуалізацію ПТСР*

та лікування. Ця концептуалізація була отримана шляхом дистиляції клінічно значущих особливостей різних когнітивно-поведінкових моделей (наприклад, Brewin та ін., 1996; Keane & Barlow, 2002; Mowrer, 1947; Foa та ін., 1989; Resick & Schnicke, 1992) ; Оскільки різні когнітивно-поведінкові моделі зосереджені на різних аспектах розладу, ми покладаємося на кілька моделей, щоб концептуалізувати наш підхід до лікування. Когнітивно-поведінкова концептуалізація ПТСР прямо вказує на конкретні стратегії лікування; таким чином, покладаючись на цю модель, ви зможете реалізувати когнітивно-потрібну терапію відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів.

## **Т Р И**

Оцінювання, концептуалізація випадку,

і планування лікування

Софі, 50-річна афроамериканка, яка живе зі своїм третім чоловіком, була направлена терапевтом, який залишав це місце. Її від'їзд був зручним моментом для переведення Софі на лікування посттравматичних стресових розладів, кроку, який вона робила неохоче через труднощі «довіряти комусь новому». Основними її скаргами були небажання їхати далеко від дому, параноя, дратівливість, перепади настрою та самотність. Хоча вона відповідала критеріям ПТСР через фізичне насильство з боку свого першого чоловіка та інші невстановлені події в дитинстві, вона відмовилася розголошувати ці події, оскільки не довіряла своєму новому терапевту. Замість цього вона зробила розпливчасті натяки на «те, що сталося, про що я нікому не можу розповісти». Софі також відповідала критеріям соціальної фобії та прикордонного розладу особистості. Вона повідомила про пасивні суїцидальні наміри, але не мала історії суїцидальної поведінки. На першому занятті Софі зізналася, що «не має уявлення, що таке посттравматичний стресовий розлад». Вона також не думала, що це ярлик поширюється на неї або що лікування посттравматичного стресового розладу їй допоможе. Хоча вона була незадоволена своєю емоційною реакцією, вона погодилася на зустріч лише тому, що попередній терапевт,

*якому вона почала довіряти через кілька місяців, рекомендував це, і вона знала, що їй потрібна допомога.*

*Морган, 29-річна самотня жінка, яка проживає з сусідкою по кімнаті, спочатку звернулася за лікуванням розладу харчової поведінки. Морган значно обмежила споживання їжі, блювала в середньому чотири-вісім разів на день і переїдала два-три рази на тиждень. Симптоми розладу харчової поведінки у неї з'явилися у віці 14 років після того, як друг сім'ї сказав, що вона «поповніла». Повідомлена історія травматичних подій Моргана включала згвалтування у віці 16 років і смерть колеги під час обвалу Всесвітнього торгового центру. Вона відповідала критеріям нервової булімії, генералізованого тривожного розладу та депресії на момент прийому, і у неї були деякі симптоми посттравматичного стресового розладу, включаючи виражені симптоми уникнення, пов'язані з обома травматичними подіями.*

*Одним із найскладніших аспектів лікування ПТСР є складність клінічних проявів, які часто супроводжують цей розлад. У результаті це може бути особливо 21*

22

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*складно пристосувати структуроване когнітивно-поведінкове лікування ПТСР до потреб окремих пацієнтів із ПТСР. Така адаптація вимагає комплексної оцінки проблем пацієнтів і системи для інтеграції індивідуальної інформації пацієнта з моделями КПП посттравматичного стресового розладу та супутніх розладів.*

*У Розділі 2 ми надали огляд когнітивно-поведінкового формулювання посттравматичного стресового розладу, яке представляє «номотетичне» (тобто загальне) формулювання, яке лежить в основі підходу КПП. У цьому розділі ми покажемо вам, як використовувати підхід формулювання випадку (Persons, 2005) для вибору та адаптації заходів відповідно до індивідуальних потреб ваших пацієнтів. Ми обговорюємо, як провести комплексну оцінку пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, а потім ілюструємо, як*



*інтегрувати ідіографічний (тобто індивідуальний) аналіз проблем ваших пацієнтів із підтвердженими номотетичними формулюваннями. Ми використовуємо Софі та Моргана, щоб продемонструвати підхід формулювання випадку. Обидва випадки пов'язані з кількома проблемами, але вони по-різному кидають виклик терапевту. У випадку Софі терапевт інтегрував коморбідну тривогу та симптоми осі II у концептуалізацію випадку, яка зосереджена навколо ПТСР. Випадок Моргана ілюструє, як підійти до лікування пацієнта, який представляє інший розлад як основне занепокоєння, хоча ви підозрюєте, що посттравматичний стресовий розлад може лежати в основі наявної проблеми.*

## **ОЦІНКА ПТСР**

*Комплексне лікування ПТСР вимагає ретельного та постійного обстеження. Оцінка впорядковує історії пацієнтів, називає їхні проблеми та підтверджує їхній досвід.*

*У рідкісних випадках оцінювання також може бути ліками, оскільки під час оцінювання може відбуватися обробка пам'яті про травму.*

*Ваша мета під час оцінювання: (1) налагодити стосунки, (2) комплексно оцінити посттравматичний стресовий розлад та інші пов'язані з ним проблеми, щоб ви могли скласти повний список проблем, (3) визначити та перевірити ваші сприйняття пацієнтами своїх проблем і (4) уникати перевантажувати себе інформацією, яка не є корисною. Враховуючи важливість оцінки, ми пропонуємо короткий огляд важливих областей оцінки, рекомендовану процедуру оцінки та обговорення поточної оцінки під час лікування.*

**Важливі області оцінки: анамнез травми, посттравматичний стресовий розлад, супутні захворювання, фізичний стан і ускладнюючі фактори** Збір основної інформації про історію травм пацієнтів є ключовим компонентом оцінки посттравматичного стресового розладу. Якщо ваш пацієнт не є одним із тих рідкісних людей, чиї симптоми покращуються після одноразової розповіді, оцінка історії травми передбачає проходження тонкої межі. Вам потрібно зібрати достатньо інформації, щоб розвинути базове

розуміння історії травм ваших пацієнтів, не копаючи настільки глибоко, що ви ненавмисно починаєте відкривати пацієнтів їхнім спогадам, перш ніж це стане терапевтичним. Пацієнти, які перевантажені оцінкою, можуть не повернутися. Проте недооцінка історії травми може залишити вас без достатньої інформації для точного формулювання випадку та плану лікування. Крім того, деякі пацієнти визначають травматичні події, які не відповідають наступним критеріям травматичних подій DSM-IV: (1) «Людина пережила, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які передбачали реальну або загрозливу смерть або серйозну травму, або загроза фізичній цілісності себе чи інших осіб» і (2) «Людини

### *Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 23*

реакція включала інтенсивний страх, безпорадність або жах» (Американська психіатрична асоціація, 1994, стор. 428). Визначення того, чи відповідає інцидент критеріям травматичної події, є важливим, оскільки формулювання для пацієнтів, які пережили травматичні події, зазвичай відрізняються від тих, хто страждає від подій, які не відповідають критеріям травматичної події. Однак оцінки історії травми недостатньо. Вам також потрібно визначити, чи дійсно пацієнти відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, оскільки формулювання випадків для пацієнтів, які відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, відрізняються від тих, які не відповідають, навіть якщо обидва зазнали травми.

Ми вважаємо, що найкращим інструментом для оцінки посттравматичних стресових розладів є ПТСР, керований лікарем

Шкала (CAPS; Weathers & Litz, 1994), структуроване клінічне інтерв'ю, призначене для оцінки посттравматичного стресового розладу та пов'язаних з ним ознак, таких як почуття провини та дисоціація. CAPS надає ретельно розроблені запитання, спрямовані на отримання інформації, необхідної для визначення того, чи перенесли ваші пацієнти травму, визначену DSM, і чи відповідають вони критеріям ПТСР. Ви можете придбати компакт-диск

([www.ntis.gov/products/pages/caps.asp](http://www.ntis.gov/products/pages/caps.asp)), який містить вказівки щодо адміністрування CAPS. Ви також можете отримати копію CAPS

з Національного центру посттравматичних стресових розладів, перейшовши на їхній веб-сайт ([www.ncptsd.va.gov/](http://www.ncptsd.va.gov/)

[publications/assessment/](http://publications/assessment/)).

Також важливо оцінити супутні захворювання та пов'язані з ними проблеми, особливо інші тривожні розлади, розлади настрою, іпохондрію, розлади харчування та вживання психоактивних речовин, а також розлади осі II. Оцінка цих умов допоможе вам сформулювати свій випадок і може допомогти вам уточнити готовність пацієнта до лікування, орієнтованого на травму. Наприклад, багато пацієнтів із супутніми захворюваннями, включаючи розлади осі II, такі як прикордонний розлад особистості (BPD), можуть отримати користь від КПТ. Однак пацієнти з особливо важкими розладами осі II (наприклад, ті, хто завдає серйозних самоушкоджень, дуже суїцидальні та/або схильні до крайньої дисоціації) можуть отримати користь від діалектичної поведінкової терапії (DBT; Linehan, 1993a) або від обмеженої DBT. навчання навичкам перед початком лікування, орієнтованого на травму. DBT, варіант КПТ, призначений для регулювання емоцій і деструктивної поведінки, пов'язаної з BPD (Linehan, 1993a), відрізняється від стандартної КПТ різними способами, зокрема щодо його акценту на перевірці, уважності та діалектиці прийняття та змінити (див. Розділи 4

і 9 для отримання додаткової інформації про DBT).

Нашим кращим заходом для оцінки супутніх проблем є структуроване інтерв'ю, розклад інтерв'ю з тривожними розладами для DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo, & Barlow, 1994). Для адміністрування ADIS-IV потрібен час. Щоб скоротити його довжину, ви можете вибірково зосередитися на питаннях, найбільш актуальних для конкретної справи. Наприклад, якщо ви оцінюєте ПТСР за допомогою CAPS, пропустіть розділ ADIS-IV ПТСР. Крім того, у багатьох розділах ADIS-IV пацієнтів запитують, чи почали вони регулярно вживати будь-які наркотики чи розвинули фізичні проблеми до початку

оцінюваної психологічної проблеми. Якщо пацієнт не приймає наркотики або має якісь фізичні проблеми, ви можете пропустити ці запитання. Ви можете замовити набір ADIS-IV в Oxford University Press. Якщо ви вирішите замовити онлайн, перейдіть на сайт [www.oup.com/us](http://www.oup.com/us) і знайдіть тривожні розлади.

*ADIS-IV оцінює основні супутні захворювання, які зазвичай супроводжуються посттравматичним стресовим розладом, зокрема розлади настрою та вживання психоактивних речовин. Ми доповнюємо ADIS-IV*

*з оцінкою розладів харчової поведінки (наприклад, Тест харчової поведінки; див. нижче) у пацієнтів жіночої статі, оскільки розлади харчової поведінки не оцінюються ADIS-IV. Наше дослідження показує, що значна кількість жінок, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, мають розлади харчової поведінки, і що клініцисти не завжди виявляють ці розлади харчової поведінки, якщо вони покладаються виключно на ADIS-IV (Becker, DeViva, & Zayfert, 2004).*

24

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*Важливо оцінити фізичний стан пацієнтів. Поширені проблеми зі здоров'ям включають головний біль, синдром подразненого кишечника та хронічний біль. Багато з цих проблем взаємодіють із занепокоєнням і/або можуть мати серйозну основу занепокоєння. Наприклад, Стюарт, у якого розвинувся посттравматичний стресовий розлад після втрати руки під час нещасного випадку на виробництві, повідомив про хронічний біль. Його біль помітно посилювався під час сеансів впливу, а потім поступово зменшувався протягом курсу лікування. Терапевт Стюарта використовував когнітивну реструктуризацію, щоб поставити під сумнів переконання Стюарта: «Якщо лікування мого посттравматичного стресового розладу полегшує мій біль, це означає, що мій біль був «весь у моїй голові». Терапевт був уважний до можливості таких переконань, оскільки знав про хронічний біль Стюарта і розробив формулювання*

*випадку, яке передбачає зв'язок між посттравматичним стресовим розладом Стюарта та його хронічним болем.*

*Нарешті, важливо оцінити фактори, які можуть або ускладнити, або полегшити лікування. Наприклад, оцініть постійні насильницькі стосунки, життєві проблеми (наприклад, сімейні, правові, житлові, фінансові, робочі проблеми) і життєві потреби (робота, діти, літні батьки тощо), а також системи підтримки та ресурси. Гарне розуміння як стресів, так і сильних сторін, які пацієнти привносять у лікування, допоможе вам структурувати лікування та вирішувати проблеми, коли ви стикаєтеся з перешкодами.*

### **Чому корисні структуровані клінічні інтерв'ю**

#### **в клінічній практиці**

*Структуровані клінічні інтерв'ю, такі як ADIS-IV і CAPS, зазвичай не використовуються в клінічній практиці. Якщо ви не звикли до структурованих інтерв'ю, спочатку вам може бути незручно їх використовувати. Тим не менш, точне оцінювання закладає основу для правильного формулювання ситуації, і ці інструменти можуть підвищити точність вашого оцінювання. Крім того, вони допомагають вам не відволікатися на розповіді пацієнтів настільки, що ви не зможете оцінити все, що потребує оцінки.*

*Якщо ви не знайомі з ADIS-IV і CAPS, може бути корисно надати їх колегам або іншим пацієнтам, щоб отримати навички їх використання. Чим зручніше вам буде формулювати запитання, тим легше вам буде зберігати співчуття та налагоджувати стосунки під час інтерв'ю. Деякі клініцисти вважають, що структурована оцінка шкодить налагодженню стосунків. Зазвичай ми пояснюємо пацієнтам, що ми використовуємо ці інтерв'ю, тому що ми хочемо переконатися, що ми повністю розуміємо їхні труднощі, щоб ми були максимально підготовлені, щоб допомогти їм. Ми виявили, що більшість пацієнтів поважають ретельне обстеження і що воно в більшості випадків допомагає, а не шкодить налагодженню стосунків.*

## ***Додаткові заходи та процедури оцінки***

*Якщо вас цікавлять інші інструменти ПТСП, Національний центр ПТСП підтримує список таких інструментів і способів їх отримання ([www.ncptsd.va.gov/publications/assessment/](http://www.ncptsd.va.gov/publications/assessment/)). На додаток до використання ADIS-IV для оцінки супутніх захворювань, вам може бути корисним використання Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988; доступний на [www.harcourtassessment.com](http://www.harcourtassessment.com)), який можна застосовувати неодноразово під час лікування контролювати коморбідну депресію. Тест харчової поведінки (EAT; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) — це простий, короткий скринінговий інструмент, який може бути корисною відправною точкою для оцінки розладів харчової поведінки (інформацію про отримання EAT можна знайти на сайті [www.river-centre.org](http://www.river-centre.org)). Підвищений бал підкреслює необхідність подальшої оцінки розладу харчової поведінки. Андерсон, Лундгрен, Шаніро та Паулоскі (2004) мають*

### ***Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 25***

*зібрає додаткову інформацію про клінічну оцінку розладів харчової поведінки. Інструмент структурованого оцінювання, такий як Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; доступний на [www.appi.org](http://www.appi.org)), також є цінним для раннього виявлення розладів Axis II. Таким чином, ми рекомендуємо завершити початкову оцінку за допомогою CAPS для посттравматичних стресових розладів, ADIS-IV для коморбідних розладів і будь-яких додаткових підтверджених опитувальників, які ви віддаєте перевагу.*

### ***Постійна оцінка протягом усього лікування***

*Ми використовуємо постійну оцінку, щоб визначити, чи лікування проходить належним чином.*

*Поточне оцінювання має бути зосереджене на двох або трьох основних проблемних областях, визначених у вашому початковому оцінюванні. Ми також рекомендуємо повторно застосувати CAPS, коли ви розглядаєте припинення лікування, щоб переконатися, що*

*ваше враження про покращення (на основі вашої поточної оцінки) підтверджується, і щоб більш чітко визначити залишкові симптоми (наприклад, безсоння, гнів, ангедонія, оніміння/відчуження), які може вимагати подальшого специфічного втручання.*

*Поточна оцінка ПТСР може бути складною. КПТ орієнтована на зменшення уникання пацієнтів, оскільки уникання є поганою довгостроковою стратегією для управління посттравматичними реакціями. Однак уникання не є абсолютно неефективним. Таким чином, деякі пацієнти відчують посилення симптомів на початку лікування, оскільки вони стають менш уникаючими.*

*Такі пацієнти часто реагують на лікування, і посилення симптомів не обов'язково означає, що лікування відхилено. Оцінка проміжних показників хорошої та поганої відповіді може допомогти вам визначити, чи лікування прогресує, як очікувалося. Наприклад, постійна оцінка ступеня, до якого пацієнти демонструють очікуване зниження тривоги під час сеансів експозиції, а також загальне зниження поведінки уникнення є важливим показником прогресу. Докази цього походять із відстеження тривоги під час контакту, рівнів тривоги під час домашньої практики та специфічної поведінки уникнення (наприклад, початок використання мила, яке використовував кривдник, означатиме зниження уникнення). Багато прикладів такого типу оцінювання наведено в розділах 6 і 7.*

*Також корисно оцінити ступінь провини, гніву, сорому тощо, викликаних стимулами та спогадами, пов'язаними з травмою. Докази змін або відсутності змін можна отримати з форм когнітивної реструктуризації, шляхом оцінки емоцій без тривоги після сеансів впливу та спостереження за поведінкою пацієнтів. Також може бути корисно, щоб пацієнти з важкою депресією підтримували щоденні оцінки настрою та/або регулярно вводили BDI для відстеження рівня депресії. Найважливішим компонентом поточного оцінювання є його конкретність. Наявність чітких поведінкових цілей допомагає оцінити покращення (наприклад, коли пацієнт, якого пошматувала собака, відвідує друга з маленькими собаками та поступово відчуває менше тривоги).*

## **ВИКОРИСТАННЯ НОМОТЕТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ РОЗРОБКИ ІДІОГРАФІЧНІ ФОРМУЛЮВАННЯ НА ОСНОВІ ДОКАЗІВ**

### **Що таке номотетична модель і чому вона корисна?**

*Номотетична модель (або формулювання) використовується для концептуалізації проблеми шляхом висування гіпотези про загальну причину проблеми в окремих осіб. Номотетичне формулювання*

26

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*ПТСР (детально описаний у Розділі 2) розглядає симптоми ПТСР як зрозумілу реакцію на травматичний досвід на основі того, що відомо про розвиток нормального страху. Симптоми здебільшого зберігаються завдяки уникненню та нездатності повністю обробити травматичний досвід.*

*Наскільки вони підтверджені дослідженнями, номотетичні моделі посттравматичних стресових розладів у розділі 2 мають покращити вашу точність у розумінні конкретного пацієнта, окрім опори на моделі без емпіричної підтримки. Проте номотетичні формулювання ПТСР не позбавлені обмежень. Номотетичне формулювання схоже на компас, оскільки воно вказує загальний напрямок, але не вказує на конкретний шлях. Наприклад, номотетичне формулювання не визначає конкретних стимулів, думок і поведінки, які підтримують симптоми ПТСР у конкретного пацієнта. Крім того, номотетичні препарати представляють різноманітність можливих причинних факторів, які можуть або не можуть відігравати роль для окремого пацієнта (Haynes & O'Brien, 1990). Таким чином, хоча номотетичні формули забезпечують впевненість наукової підтримки та вказують на конкретні стратегії лікування, індивідуалізовані (тобто ідіографічні) формули необхідні для адаптації стратегій лікування до ідіосинкратичних посттравматичних реакцій пацієнтів, для розробки планів моніторингу прогресу лікування та внесення змін до стратегії лікування, коли все йде не за планом.*



## **Створення доказових ідіографічних формулювань для пацієнтів з ПТСР**

*Під час побудови формулювання випадку головна мета полягає в тому, щоб запропонувати пояснення різноманітних проблем вашого пацієнта, що вказує на чіткий, заснований на доказах план лікування (Persons, 1991). Для складних випадків посттравматичних стресових розладів об'єднання масиву інформації, яку ви зібрали про свого пацієнта, в організований та узгоджений спосіб може бути складним завданням. Часто ви будете висловлювати численні гіпотези про причини страждань вашого пацієнта, і жодне єдине пояснення не пояснить усі аспекти справи. Дотримання наступних кроків у створенні формулювання вашого випадку може спростити процес (Persons, Davidson, & Tompkins, 2001). Ми надаємо огляд кроків, а потім досліджуємо їх детально.*

*Ваш перший крок передбачає організацію інформації про оцінювання в зручному форматі. Далі ви формулюєте робочі гіпотези, які є наріжним каменем формулювання вашого випадку. Робочі гіпотези — це попередні пояснення, які ви генеруєте про свого пацієнта на основі як ваших спостережень, так і відповідних номотетичних моделей.*

*Потім ви створюєте план лікування на основі вашої формули. Зрештою, ви реалізуєте свій план за допомогою постійної оцінки, яка допомагає визначити, чи лікування проходить успішно, чи потрібні зміни в рецептурі та плані лікування.*

*Після більш детального обговорення кожного з цих компонентів ми продемонструємо реалізацію цих кроків на двох прикладах, описаних на початку цього розділу.*

### **Упорядкування інформації про оцінювання**

*З багатьох способів організації оціночної інформації ми рекомендуємо включити такі компоненти (Persons et al., 2001):*

*Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 27*

*1. Ідентифікаційна інформація. Включає ім'я, вік, стать, етнічну приналежність, сімейний стан, життєву ситуацію, професію, статус зайнятості тощо.*

*2. Список проблем. Детальний перелік проблем включає проблеми, з якими стикається пацієнт у таких сферах: психологічні симптоми, міжособистісні та професійні відносини, медичні умови, фінансовий і правовий статус. Під час оцінювання ви зібрали інформацію, необхідну для створення детального списку проблем. Важливо визнати, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом іноді спочатку не сприймають свій посттравматичний стресовий розлад як «проблему». Таким чином, ваш список проблем може включати проблеми, спочатку не схвалені пацієнтом.*

*3. Діагнози. Перелічіть усі діагнози, за якими пацієнт відповідає критеріям. Деякі пацієнти відповідають частковим критеріям ПТСР. У таких випадках перерахуйте симптоми посттравматичного стресового розладу, щоб мати їх на увазі під час створення своїх гіпотез. Уникнення може приборкати активні симптоми посттравматичного стресового розладу та інших тривожних розладів. Наприклад, пацієнт, який добре когнітивно та поведінково вміє уникати травмуючих подразників, може не повідомляти про значне повторне переживання симптомів; таким чином, він або вона може не відповідати всім критеріям посттравматичного стресового розладу. Перелік симптомів ПТСР може бути нагадуванням про те, що кілька життєздатних гіпотез можуть пояснити симптоми вашого пацієнта. Випадок Моргана демонструє це.*

*4. Сильні сторони та активи. Враховуючи складну природу КІТТ для ПТСР, корисно визначити сильні сторони, на які ваші пацієнти можуть покладатися під час лікування.*

### ***Розвиток ваших робочих гіпотез***

*Ви захочете мати на увазі кілька факторів, створюючи свої гіпотези формулювання випадку. По-перше, заснування ваших робочих гіпотез на емпірично підтверджених номотетичних моделях допоможе вам звести до мінімуму помилки клінічного судження (Wilson, 1996;*

*Persons, 2005). Наприклад, гіпотези для пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які спираються на номотетичні моделі посттравматичного стресового розладу, описані в розділі 2, матимуть міцну емпіричну підтримку. Коли інші розлади супутні ПТСР, ми рекомендуємо вам інтегрувати номотетичні моделі для коморбідних розладів, які мають емпіричну підтримку (наприклад, номотетичне формулювання панічного розладу; Barlow, 2002), BPD (Linehan, 1993a), булімії (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993), і так далі. Випадок із Софі є прикладом цього процесу.*

*Можливо, вам буде корисно перерахувати всі релевантні номотетичні моделі, перш ніж генерувати свої робочі гіпотези. Як зазначалося раніше, першим джерелом для визначення відповідних номотетичних формулювань є ваш список діагнозів. Проте відповідні номотетичні моделі не обов'язково обмежуються розладами, критеріям яких відповідають пацієнти. Наприклад, біосоціальна модель БЛД (Linehan, 1993a) часто є дуже корисною для лікування пацієнтів із ускладненим ПТСР, навіть якщо такі пацієнти не відповідають достатнім критеріям для діагностики БЛД. Таким чином, список просто каталогізує моделі, які можуть бути корисними для створення ідіографічного формулювання.*

*Розробляючи формулювання випадку ПТСР, ми вважаємо корисним розглянути основну гіпотезу, яка зосереджується на наслідках травми. Іншими словами, коли у пацієнта є кілька проблем, усі з яких виникли після травматичної події або розвинулися з часом у зв'язку з кількома травматичними подіями, ми розглядаємо формулювання випадку, яке ставить у центр посттравматичний стресовий розлад і травму. Концептуалізація, у певному сенсі, закріплена або заснована на ПТСР, і реакції на травматичну подію відіграють центральну роль у нашому розумінні різних проблем. Ця стратегія допомагає організувати справу*

концептуалізація. Замість того, щоб розглядати пацієнта як пацієнта з двома, трьома, чотирма або п'ятьма окремими розладами чи проблемами, ми концептуалізуємо багато проблем як такі, що виникають через спроби уникнути пов'язаних із травмою подразників, думок чи емоцій та/або інших зусиль впоратися з когнітивні, поведінкові та емоційні наслідки травми. Наприклад, пацієнти часто мають депресивний настрій на додаток до ПТСР. Депресивний настрій може бути концептуалізований як результат уникнення пацієнтів, враховуючи, що вони обмежили свої соціальні взаємодії, щоб обмежити тривогу. Або це може бути концептуалізовано як результат переконань пацієнтів про безнадійність одужання від ПТСР або про те, що вони ніколи не зможуть налагодити стосунки, тому що вони вважають себе пошкодженими.

Так само розлад харчової поведінки, який починається незабаром після травматичної події, можна концептуалізувати як спробу жінки, яка вважає свою самооцінку зниженою через цю подію, підвищити самооцінку за допомогою ваги втрата, культурно встановлений метод самовдосконалення для жінок (Fairburn та ін., 1993). Або розлад харчової поведінки може бути концептуалізований як стратегія уникнення, якщо дані свідчать про те, що поведінка пацієнта, пов'язана з розладом харчової поведінки, дозволяє їй уникати травмуючих сигналів, таких як спогади про травматичну подію.

У деяких пацієнтів травматичний досвід виникає після появи інших розладів. Очевидно, що в цих випадках травматичний досвід не викликав інших розладів. Проте розлад, що виник раніше, міг спричинити у людини розвиток посттравматичного стресового розладу

після травми. Зокрема, модель уникнення подолання, встановлена як частина іншого розладу, може сприяти розвитку ПТСР. Наприклад, у Клари розвинувся посттравматичний стресовий розлад після важкої автомобільної аварії, коли їй було 30 років. У Клари була 10-річна історія обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) із помітною поведінкою уникнення, пов'язаною з її одержимістю забрудненням.

Таким чином, Клара навчилася використовувати уникання як свою основну стратегію для подолання тривоги. Після аварії Клара використала таку саму стратегію для свого тривоги, пов'язаного з травмою. Вона уникала їзди в автомобілі та використовувала когнітивні стратегії, щоб витіснити спогади про травми зі свого розуму. Подібним чином Сара, чия соціальна фобія сягає дитинства, мала усталену модель уникати ситуацій, які її тривожили. Після того, як її пограбували, вона застосувала цю стратегію уникнення, щоб впоратися з нападом; таким чином, вона робила все можливе, щоб уникнути вулиці, де на неї напали, одягу, який вона носила того дня, і чоловіків, які нагадували їй про нападника, і вона уникала говорити про це зі своєю родиною.

ПТСР також може сприяти підтримці існуючих розладів. Наприклад, Роджер багато років страждав від депресії до того, як вижив у залізничній катастрофі. Після аварії він почав уникати соціальної активності, щоб уникнути питань про аварію. Це сприяло його ізоляції та погіршувало його депресію. Грузія була

"Сором'язливий" у дитинстві. У дорослому віці вона уникала ситуацій, пов'язаних з публічними виступами. Хоча страх обмежував її професійний розвиток, він не турбував її до 36 років, коли її зґвалтували. Після зґвалтування її соціальна тривога зросла та поширилася на ситуації, які раніше не викликали у неї тривоги, такі як початок і підтримка розмов, використання громадських туалетів. Вона також повідомила, що відчуває сором у ситуаціях, коли вона думала, що увага інших була зосереджена на ній — якісна відмінність від її соціальної тривожності до зґвалтування.

У таких випадках ми зазвичай спочатку зосереджуємося на посттравматичному стресовому розладі, якщо це основний діагноз (тобто розлад, який викликає найбільше страждань і функціональних порушень) і, здається, він впливає на інші розлади. Успішне вирішення посттравматичного стресового розладу часто призводить до

Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 29

суттєве покращення в інших сферах життя пацієнтів. Крім того, може бути важко досягти прогресу з іншими розладами без лікування ПТСР. Однак, якщо основним діагнозом є інше захворювання, воно може бути початковим напрямком лікування. Наприклад, у випадку з Морган (див. опис на початку розділу), її травматичні події виникли після розладу харчової поведінки, який був основним діагнозом. У її випадку (докладніше див. нижче) терапевт вирішив спершу зосередитися на розладі харчової поведінки.

Пам'ятайте, що ваші робочі гіпотези формують основу вашого орієнтовного початкового ідіографічного формулювання. Використовуйте постійне оцінювання, щоб перевірити точність своїх гіпотез і переглянути їх за необхідності на основі цих даних.

### ***Розробка вашого плану лікування та тестування***

#### ***Ваші робочі гіпотези з поточним оцінюванням***

Ваш ідіографічний план лікування має ґрунтуватися на протоколах номотетичного лікування, які мають емпіричну підтримку, в ідеалі – з рандомізованих контрольованих досліджень. Дослідники рідко перевіряли ефективність застосування номотетичних методів лікування індивідуально (або ідіографічно) (Persons, 1991). З цієї причини ми виступаємо за якнайточніше дотримання як номотетичної формули, так і лікування. Іншими словами, для пацієнтів, чия презентація проста, ви можете застосувати номотетичну формулу безпосередньо. У таких випадках вашою найефективнішою стратегією є створення гіпотез, які дуже нагадують номотетичну формулу, і проведення лікування у спосіб, який дуже нагадує той, який використовувався в клінічних випробуваннях (наприклад, проведення простого психонавчання з подальшим прямим впливом). Однак в інших випадках від початку лікування необхідний більший ступінь ідіографічного формулювання.

Крім того, щоб покладатися на номотетичні дані для складання плану лікування, ми рекомендуємо вам також прийняти науковий підхід до лікування ваших окремих пацієнтів, як описано багатьма дослідниками (наприклад, Hayes, Barlow, & Нельсон-Грей, 1999; Особи,

2005). Це передбачає регулярний збір структурованих даних протягом лікування (тобто постійне оцінювання) і використання цих даних для визначення ефективності лікування. Якщо це не працює, ви критично переглядаєте вихідну формулу, а не ігноруєте відсутність удосконалень або виходите з думки, що більше того ж краще.

Корисно розділити ваш план лікування на такі розділи: заявлені цілі, які є загальними цілями, сформульованими пацієнтом; початкові цілі лікування, які є конкретними ранніми кроками, які пацієнт може погодитися виконати; і довгострокові цілі, які пацієнт може або не може підтримувати на початку лікування. Різниця між початковими та довгостроковими цілями лікування часто не потрібна при інших захворюваннях.

Проте багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які звертаються за лікуванням, не знають, що вони мають посттравматичний стресовий розлад. Вони також можуть бути готові вирішувати лише пов'язані проблеми. Більшість пацієнтів, однак, піддаються психонавчанню або початковому плану лікування, який включає вивчення рішення продовжити лікування, орієнтоване на травму. Таким чином, початкові цілі лікування часто спрямовані на усунення перешкод для продовження лікування, орієнтованого на травму, включаючи розвиток базових навичок регуляції емоцій, якщо пацієнти мають дефіцит у цій сфері. Наприклад, Адріана потрапила на лікування від бойових розбратів і не бажала звертатися до своїх помітних симптомів посттравматичного стресового розладу, хоча вони сприяли її проблемам у шлюбі. Її початкові цілі лікування включали навчання навичкам управління негативним впливом (включаючи гнів) і психонавчання при ПТСР. Терапевт

30

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

вказав обробку травматичних подій Адріани як довгострокову мету. Довгострокові цілі, як правило, ті, які ми пов'язуємо з поточним оцінюванням.

*Тепер ми повернемося до двох випадків, представлених на початку цієї глави, щоб продемонструвати стратегії розробки формулювання випадку та відповідного плану лікування.*

*Можливо, вам буде корисно переглянути випадки, перш ніж переходити до наступного розділу. У розділі «Робочі гіпотези» ми включаємо номотетичне формулювання (в дужках), яке підтверджує кожен ідіографічну гіпотезу.*

## **ФОРМУЛЮВАННЯ ВИПАДКУ: СОФІ**

### **Ідентифікаційна інформація**

*Ім'я: Софі*

*Вік: 50*

*Стать: Жінка*

*Етнічна приналежність: афроамериканець*

*Сімейний стан: одружений, третій шлюб*

*Освіта: закінчив середню школу*

*Діти: одна дочка, 20 років*

*Місце проживання: проживає з чоловіком*

*Фінансовий стан: Помірні фінансові ресурси Юридичний статус: Жодних судових розглядів*

*Статус зайнятості: повний робочий день і неповний робочий день*

*Відпочинок: раніше Софі насолоджувався вишиванням і прогулянками, але відмовився від більшості дозвілля. Більшу частину вільного часу вона проводить на самоті.*

### **Список проблем**



- Повторне переживання симптомів, зокрема нав'язливі думки та спогади
- Важко довіряти людям, зокрема чоловікові
- Небажання їхати далеко від дому через почуття небезпеки
- Почуття параної. Софі скаржиться на те, що відчуває настороженість навколо інших, і витрачає багато часу на хвилювання про те, чи варто довіряти іншим, і чи захищені її комп'ютерні файли, медичні записи, телефонні дзвінки тощо від інших, які можуть спробувати отримати до них доступ, щоб завдати шкоди. їй.
- «Перепади настрою»
- Самотність. У Софі «немає друзів» і вона відчувається відірваною від чоловіка. Вона вважає, що небезпечно дружити з іншими жінками, тому що вони зрадять їй, наприклад, пліткуючи про неї або не будучи доступними, коли вони їй потрібні.
- Дратівливість і спалахи гніву

## **Діагнози**

*Вісь I:*

*ПТСР, соціальна фобія*

*Вісь II:*

*BPD*

*Вісь III:*

*Жодного*

*Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 31*

*Вісь IV:*

*Жодного*

*Вісь V:*

60

### ***Відповідні номотетичні склади***

- *Біосоціальна модель БЛД від DBT (Linehan, 1993a)*
- *Когнітивно-поведінкові моделі ПТСР (Resick & Schnicke, 1992; Foa et al., 1989)*
- *Когнітивно-поведінкова модель соціальної фобії (Beidel & Turner, 1998)1*

### ***Робочі гіпотези***

*Терапевт висунув гіпотезу, що нерозкрита дитяча травма Софі була пов'язана зі значним соромом і провиною (КПТ для посттравматичного стресового розладу), тому вона не хотіла це обговорювати. Вона також висунула гіпотезу про те, що Софі могла відчувати недійсну реакцію на попередні розкриття, що сприяло її небажанню розголошувати (DBT для BPD). Терапевт припустив, що уникнення думок, спогадів і стимулів, пов'язаних із травматичними подіями, лежить в основі повторного переживання симптомів і гіпернастороженості (КПТ для ПТСР).*

*Терапевт також висунув гіпотезу про те, що негативні думки, включаючи самозвинувачення та негативну оцінку власної гідності, пов'язані з травматичними подіями, лежать в основі соціальної тривоги (КПТ для ПТСР, КПТ для соціальної фобії) і сприяють уникненню (і, отже, обробка) спогадів про травму (КПТ для ПТСР). Грунтуючись на скаргах Софі на те, що вона відчувала, що її емоції вийшли з-під контролю, терапевт висунув гіпотезу про те, що порушення регуляції емоцій виникло через недійсне домашнє*

*середовище дитинства (DBT для BPD). Недійсне сімейне середовище могло сприяти виникненню сорому та самозвинувачення у відповідь на ранню травму. Терапевт припустив, що параноя виникла внаслідок взаємодії між підвищеною настороженістю, пов'язаною з травмою, і попередніми уявними зрадами. Терапевт також висунув гіпотезу, що уникання поїздок далеко від дому є наслідком відчуття загальної небезпеки (КПТ для посттравматичних стресових розладів), враховуючи, що Софі не повідомляла про неконтрольовані панічні атаки.*

*Терапевт переглянув формулювання разом із Софі, наголошуючи на ролі недійсних реакцій інших у сприянні її дистресу (DBT для BPD). Терапевт пояснив, що через те, що в дитинстві траплялися «погані речі», які Софі не була готова обговорювати, цілком зрозуміло, що вона відчувала себе в безпеці та не довіряла іншим, особливо якщо люди в її житті створювали у неї враження, що вона повинна подолати це (КПТ для ПТСР). Терапевт пояснив, що погані речі, які стаються на початку життя, можуть викликати сильні емоційні реакції. Якщо ви не почуваетесь у безпеці, розповідаючи про свої емоційні реакції, і якщо люди не навчать вас справлятися з ними, ці емоційні реакції триватимуть і призведуть до екстремальних злетів і падінь, так що ви почуватиметеся, ніби перебуваєте на емоційних гірках. . Терапевт і Софі погодилися на план лікування, який наголошував на згладжуванні емоційних гірок, а також дізнавався більше про посттравматичний стресовий розлад, щоб зрозуміти, чи має сенс включати посттравматичний стресовий розлад.*

*лікування в її плані. Терапевт припустив, що соціальна фобія Софі була опосередкована почуттям провини та сорому, пов'язаними з ПТСР (КПТ для ПТСР). Таким чином, вона мала вагомі підстави очікувати I ноту. Щоб надати вказівки щодо використання номотетичних формулювань для створення робочих гіпотез, ми включаємо скорочену назву наведених вище формулювань після розділів, які спиралися на зазначені номотетичні формулювання (наприклад, DBT для BPD).*

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*що соціальна фобія буде реагувати на втручання для ПТСР, тому лікування соціальної фобії (КПТ для соціальної фобії) було відкладено до повторної оцінки після лікування ПТСР.*

### ***Сильні сторони та переваги***

*Незважаючи на рівень занепокоєння та труднощі з довірою, Софі вдавалося працювати як повний, так і неповний робочий день і підтримувати свій поточний шлюб протягом 8 років.*

*Вона успішно вийшла зі свого попереднього жорстокого шлюбу та влаштувалася на роботу, незважаючи на відсутність попередньої роботи. Вона також доглядала свою маленьку доньку самотійно протягом кількох років, перш ніж вийти заміж повторно. Вона висловила значну мотивацію покращити своє соціальне та емоційне функціонування. Вона також змогла розвинути довіру до свого попереднього лікаря-психолога і продовжувала відвідувати її протягом кількох місяців, демонструючи свою готовність піти на певний ризик у пошуках бажаних змін.*

### ***План лікування***

*Нагадуємо, що під час лікування посттравматичних стресових розладів корисно розглядати це як три типи цілей. Перший набір цілей складається з цілей, сформульованих Софі під час оцінки, коли її терапевт запитав: «Чого ви хочете від лікування?» Наступний набір містить первинні цілі лікування, які Софі та її терапевт сформулювали разом на основі оцінки, робочих гіпотез і того, що Софі була готова впоратися. Сюди також входять навички, які можуть допомогти Софі просуватися до довгострокових цілей.*

*Ми перераховуємо відповідні стратегії лікування з цими цілями, щоб ви могли бачити, як стратегії лікування пов'язані з цілями. Якщо ви не знайомі зі стратегіями лікування супутніх захворювань, вам може бути корисно звернутися до розділу 9.*

*Кінцеві довгострокові цілі – це ті, які, на думку терапевта, необхідно досягти на основі робочих гіпотез. Пацієнти відрізняються за своєю готовністю погоджуватися на довгострокові цілі на початку лікування. Часто згода щодо довгострокових цілей досягається під час досягнення короткострокових цілей. Довгострокові цілі – це ті, які ми найчастіше пов'язуємо з поточним оцінюванням. Таким чином, ми включаємо метод оцінки прогресу разом із відповідними стратегіями лікування.*

### ***Проголошені цілі Софі під час оцінювання***

- *Щоб менше відчувати параноїк*
- *Бути готовим їздити наодинці під час походів по магазинах або в триваліші поїздки з чоловіком*
- *Щоб почуватися менш самотнім*
- *Щоб краще контролювати емоції (зокрема гнів)*

### ***Початкові цілі лікування та відповідні стратегії лікування***

#### *Цілі*

#### *Відповідні стратегії*

#### *1. Софі зрозуміє, як*

#### *1. Психосвіта: біосоціальна модель,*

*емоції виходять з-під контролю*

*баланс емоцій і розуму,*

*і навчиться краще контролювати емоції.*

*мета емоцій (від DBT;*

*Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 33*

*Linehan, 1993a); вивчити базові навички для управління емоціями (від DBT); самостійно перевірка, уважність, прийняття, відволікання та самозаспокоєння, планування приємних заходів та так далі (від DBT).*

*2. Софі зрозуміє, що таке ПТСР*

*2. Психологічна освіта при ПТСР (від СBT для і чому це продовжується, так що ПТСР; Фoa & Ротбаум, 1998).*

*вона може вирішити, чи продовжувати з лікуванням ПТСР.*

*3. Софі довірить терапевту*

*3. Індивідуальні та групові заняття подальше розкриття інформації щодо неї зосереджено на освіті, перевірці та історія травми.*

*конкретні навички, пов'язані з поточним дистрес (від DBT і СBT для ПТСР).*

## *Довгострокові цілі терапії (методи постійної оцінки)*

### *і відповідні стратегії лікування*

#### *Цілі*

#### *Відповідні стратегії*

##### *1. Покращити соціальне функціонування*

##### *1. Когнітивна реструктуризація навколо довіри-*

*(оцінка: відстежуйте дозвілля,*

*пов'язані переконання (з СВТ для посттравматичного стресового розладу).*

*кількість друзів і*

*задоволення дружбою)*

##### *2. Збільшити можливості для соціальних мереж*

##### *2. Планування діяльності (поведінкова терапія*

*контакт шляхом збільшення дозвілля*

*для депресії; Hoberman &*

*(оцінка: відстежувати дозвілля).*

*Lewinsohn, 1985; Особи та ін.,*

*2001).*

##### *3. Зменшити страждання через минулі травми*

##### *3. Уявна експозиція (з СВТ для*

*(оцінка: після визначення; графік*

ПТСР), вплив *in vivo* (від СBT  
звикання до стимулів *in vivo* та  
для ПТСР), когнітивна реструктуризація  
спогади) .

думки про провину та сором  
(з КПТ для ПТСР).

4. Підвищення мобільності (оцінка: трек

4. Вплив водіння *in vivo* (з СBT  
кількість хвилин, проведених за кермом на  
при тривожних розладах; Barlow &  
тиждень і пов'язане з ним занепокоєння).  
Craske, 2000).

## **ФОРМУЛЮВАННЯ ВИПАДКУ: МОРГАН**

### **Ідентифікаційна інформація**

Ім'я: Морган

Вік: 29

Стать: Жінка

Етнічна приналежність: європеоїд

Сімейний стан: незаміжня, у нових стосунках із 33-річним чоловіком



## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*Освіта: ступінь бакалавра економіки*

*Діти: немає*

*Резиденція: проживає з сусідкою по кімнаті*

*Фінансовий стан: Помірні фінансові ресурси Юридичний статус:  
Жодних судових розглядів*

*Статус зайнятості: повна зайнятість*

*Дозвілля: догляд за собакою, читання, їзда на велосипеді **Список проблем***

- *Надмірна турбота про форму та вагу, незважаючи на децю недостатню вагу*
- *Нездатність їсти нормальну кількість їжі без блювання*
- *Міжособистісні труднощі з (1) сусідом по кімнаті, оскільки вона була засмучена тим, що Морган блювала в їхній спільній ванній кімнаті та не їла після запоїв, і (2) новим хлопцем, який почав тиснути на Морган, щоб набрати вагу через стан здоров'я після того, як вона знепритомніла під час катання на гірському велосипеді.*
- *Почуття «стресу» та тривоги. Турбування про вагу, роботу, міжособистісні проблеми з сусідом по кімнаті, звільнення, фінансове майбутнє, сім'ю тощо.*
- *Депресивний настрій*
- *Не може кататися на гірському велосипеді, згідно з розпорядженням терапевта, через потребу збільшити вагу та тому, що вона покладається на добавки калію, щоб виправити свій електролітний дисбаланс.*

- Неможливість отримати задоволення від сексу через оніміння під час інтимної близькості; таким чином, відсутність сексу з хлопцем заважає стосункам.
- Неможливість/небажання відвідати Нью-Йорк, незважаючи на бажання побачити друзів, які все ще там живуть.
- Уникнення всіх меблів і речей із квартири в Нью-Йорку (тобто об'єктів на складі; Морган не бажає розпаковувати та використовувати речі).

## *Діагнози*

*Вісь I:*

*Нервова булімія*

*Генералізований тривожний розлад (ГТР)*

*Сильна депресія, легка*

*Виключіть ПТСР*

*Вісь II:*

*Немає діагнозу*

*Вісь III:*

*Останній дисбаланс електролітів*

*Вісь IV:*

*Міжособистісні суперечки з сусідом по кімнаті та хлопцем*

*Вісь V:*

## ***Відповідні номотетичні склади***

- Когнітивно-поведінкова модель нервової булімії (Fairburn et al., 1993)
- Когнітивно-поведінкова модель ГТР (Roemer, Orsillo, & Barlow, 2002)
- Когнітивно-поведінкова модель ПТСР (Foa et al., 1989)
- Когнітивно-поведінкова модель депресії (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

*Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 35*

## ***Робочі гіпотези***

*Терапевт висунула дві гіпотези, якими згодом поділилася з Морган.*

*Перший був зосереджений на двох фактах: (1) що розлад харчової поведінки Морган виник перед її першою травматичною подією, і (2) що вона не повідомила про значне повторне переживання симптомів, пов'язаних зі зґвалтуванням. Ці факти свідчать про те, що нервова булімія Морган спочатку розвинулась незалежно від її ПТСР. Терапевт також зазначила, що більша частина опису Морган її розладу харчової поведінки дуже збігалася з номотетичною моделлю нервової булімії (див. Розділ 9, щоб дізнатися більше про КПП при нервовій булімії), і вона припустила, що Морган вірила, що зміна її ваги та форми покращить її самооцінку (КПП при булімії). Згідно з номотетичною моделлю, її терапевт припустив, що надмірна турбота про вагу та форму була рушійною силою дієтичного обмеження Морган, і це обмеження призвело до переїдання. Терапевт розглядав блювоту Моргана як стратегію, яка спочатку почала компенсувати переїдання, але тепер також служила для управління негативними емоціями в цілому. Дослідження показують, що багато пацієнтів із коморбідною депресією та тривогою реагують на КПП для лікування нервової булімії, а також часто відчують зниження депресії та тривоги після лікування. Таким чином, терапевт припустив, що депресія та тривога Морган зменшаться, навіть якщо лікування буде зосереджено на її розладі харчової поведінки. Якщо*

*тривожність і депресія не зменшилися після успішного лікування розладу харчової поведінки, тоді буде потрібно переформулювання (КПТ для ПТСР, КПТ для депресії). Ця гіпотеза, яка не постулювала центральної ролі згвалтування в поточних стражданнях Моргана, була найбільш економною та породила найпростіший план лікування.*

*Друга гіпотеза пов'язувала розлад харчової поведінки з травматичними подіями та тривогою, хоча, здавалося, розлад харчової поведінки розвинувся до першої травми.*

*Ця гіпотеза ґрунтувалася на спостереженні, що Морган повідомила про дуже високий рівень уникнення, пов'язаного з її травматичними подіями (КПТ для посттравматичних стресових розладів), включаючи оніміння під час сексу та уникнення сексу; і уникнення розмов про Нью-Йорк, подорожі до Нью-Йорка та предмети з її квартири в Нью-Йорку. Таким чином, терапевт розглянув можливість того, що високий рівень уникнення обмежує повторне переживання симптомів, які могли б бути присутніми в іншому випадку та сприяти діагностиці ПТСР. Терапевт висунув гіпотезу, що надмірна турбота про вагу та форму, обмеження в їжі, переїдання та очищення були встановленими стратегіями боротьби із загрозами для самооцінки та негативними емоціями під час згвалтування (КПТ для булімії; КПТ для ГТР), і що Морган покладалася на ті самі стратегії, щоб керувати емоціями (наприклад, тривогою, провинною та соромом), пов'язаними з її першою та наступними травматичними подіями (КПТ для булімії, КПТ для ПТСР). Точніше, зосередженість Моргана на вазі та формі сприяла когнітивному уникненню стимулів травми (тобто спогадів і думок) і протидіяла низькій самооцінці, пов'язаній із згвалтуванням (КПТ для ПТСР). Ймовірно, Морган також використовував обмеження їжі, переїдання та очищення, щоб зменшити тривогу, викликану стимулами, пов'язаними з травмою.*

*Як частину другої гіпотези, терапевт також припустив, що якщо Морган використовувала свою поведінку, пов'язану з перепиванням, як стратегію подолання, то їй могло бути важко переносити зростання тривоги, пов'язане з припиненням невпорядкованого харчування поведінки. Крім того, терапевт припустив, що зменшення уникнення*

стимулів згвалтування (через зменшення уваги до ваги та фігури та обговорення згвалтування як частини лікування травми) призведе до збільшення повторного переживання симптомів, пов'язаних із згвалтуванням (КПТ для ПТСР). Ця складніша гіпотеза створила б складнішу

36

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

план лікування. Це також поставило травму в центр концептуалізації; отже, оскільки Морган не відповідав повним критеріям ПТСР, це здавалося менш імовірним сценарієм.

Терапевт представив Моргану першу гіпотезу та скорочену версію другої гіпотези (зосереджуючись на тривозі проти сорому, тому що Моргану було важко обговорювати згвалтування). Морган погодився розпочати з плану лікування, заснованого на першій гіпотезі, але переглянути другу гіпотезу, якщо лікування не прогресуватиме, як очікувалося.

### **Сильні сторони та переваги**

Морган працював повний робочий день і був фінансово стабільним. Здавалося, що її новий хлопець підтримував її та заохочував її шукати лікування розладу харчової поведінки. Морган також висловила сильне бажання змінити свою поведінку.

### **План лікування**

#### **Проголошені Морганом цілі під час оцінювання**

- Щоб менше турбуватися про форму та вагу
- Щоб зупинити блювоту
- Щоб відчувати більший контроль над їжею та мати можливість їсти більш різноманітну їжу

- *Щоб відчувати менше стресу*
- *Відновити катання на гірському велосипеді з хлопцем*

- Щоб покращити стосунки з сусідом по кімнаті

### *Початкові цілі лікування та відповідні стратегії лікування*

Цілі

Відповідні стратегії

1. Морган зрозуміє, як її

1. Психоосвіта когнітивно-

виник розлад харчової поведінки та чому він

поведінкова модель нервової булімії

продовження.

(з СBT для нервової булімії;

Fairburn та ін., 1993).

2. Морган висловить більше

2. Аналіз рішень (Ahijevych &

готовність «кинути» їсти

Петрушка, 1999; Кларк та ін., 1998; Яніс

розлад .

& Манн, 1977).

3. Морган зрозуміє функцію

3. Самоконтроль (від СBT для

самоконтролю та демонстрації більше

нервова булімія).

обізнаність про поточну харчову поведінку.

### ***Довгострокові цілі терапії (методи постійної оцінки)***

#### ***і відповідні стратегії лікування***

Цілі

Відповідні стратегії

1. Зменшіть обмеження в харчуванні та

1. Встановіть регулярний режим прийому їжі

переїдання (оцінка: самооцінка

призначення триразового харчування плюс планове

моніторинг, а також побудова графіків

закуси на день (безпосередньо взяті з

окрема кількість днів на тиждень

КПТ для нервової булімії); стимул

дієтичні цілі були досягнуті).

стратегії контролю (від КПТ для булімії

nervosa); створювати заборонені продукти

Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 37

ієрархію та знову введіть продукти

дієта з певними поведінковими завданнями



(з СВТ для нервової булімії); збільшити загальна кількість калорій, споживаних за день (з СВТ для нервової булімії); когнітивна реструктуризація (від СВТ для нервова булімія).

2. Зменшити блювоту (самоконтроль

2. Затримка та альтернативи (від СВТ для та графіки).

нервова булімія); когнітивна реструктуризація (з СВТ для нервової булімії).

3. Зменште надмірну стурбованість вагою

3. Когнітивна реструктуризація (від СВТ для та форма (оцінювання: відстежувати через нервова булімія).

коментарі щодо самоконтролю).

*Примітка.* Після значного покращення (тобто зменшення блювоти до одного-трьох разів на тиждень, зменшення переїдання, встановлення регулярного режиму харчування) прогрес Морган зупинився, і вона втратила вагу внаслідок зменшення переїдання та нездатності регулярно збільшувати загальну калорійність страв. . Морган також повідомила, що відчуває, що в лікуванні чогось не вистачає. Вона та її терапевт переглянули формулювання та вирішили, що тепер докази підтверджують другу гіпотезу. Вирішивши продовжити лікування посттравматичних симптомів, Морган зізналася, що вони зі своїм

хлопцем почали займатися сексом, і що їй це важко. Вона намагалася припинити оніміння під час сексу, і тепер знову відчувала симптоми. Ця нова інформація підтвердила другу гіпотезу.

Заявлені цілі Моргана змінилися на цьому етапі лікування.

## **План лікування 2**

### *Проголошені цілі Морган*

- Щоб менше турбуватися про форму та вагу
- Щоб зупинити блювоту
- Щоб зменшити обмеження в їжі та набрати вагу
- Щоб менше хвилюватися та хвилюватися
- Відновити катання на гірському велосипеді з хлопцем
- Щоб отримати задоволення від сексу
- Припинити так важко працювати, щоб уникнути нагадувань про травму
- Щоб мати можливість їхати до Нью-Йорка без страху

### *Початкові цілі лікування та відповідні стратегії лікування*

Цілі

Відповідні стратегії

1. Морган зрозуміє природу

1. Психологічна освіта ПТСР (КПТ для ПТСР);

посттравматичних реакцій, чому

використовуйте психологічну освіту для виявлення ПТСР

вони зберігаються, і як вони можуть

зв'язок між розладом харчової поведінки та

пов'язані з її розладом харчової поведінки, так що

ПТСР (наприклад, зменшення ваги

вона може вирішити, чи є ПТСР

вторинні статеві ознаки, які

лікування має сенс для неї.

зменшує занепокоєння щодо подальшого статевого життя

38

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

напади; створити список розладів харчової поведінки

стратегії, які були найбільш корисними,

і перегляньте плюси та мінуси запуску

сеанс зі стратегіями ПТСР проти

стратегії розладів харчової поведінки.

### *Довгострокові цілі терапії (постійна оцінка)*

Цілі

Відповідні стратегії

1. Зменшити страждання навколо минулого

1. Уявна експозиція та *in vivo* (КПТ для травми (оцінка: графік ПТСР); когнітивна реструктуризація безпеки-звикання до травми пов'язані думки, а також почуття провини та стимули та спогади). думки, пов'язані зі соромом (після визначення) (КПТ для ПТСР).

2. Збільште споживання калорій і вагу

2. Продовжуйте щотижневі завдання щодо харчування, (оцінювання: самоконтроль, плюс огляд самоконтролю та вербальний графік кількості днів на підсилення для збільшення калорійності конкретні цілі щодо дієти на тиждень були споживання (від СВТ для нервової булімії); досягнуто; щотижневе зважування стратегії контролю стимулів (від СВТ для сеанс і графік).

нервова булімія); когнітивна реструктуризація

(з СВТ для нервової булімії).

3. Усунути блювоту (самостійно

3. Затримка та альтернативи (КПТ для булімії

моніторинг і побудова графіків).

nervosa); когнітивна реструктуризація

думки, пов'язані з прийомом їжі,

блювання та форма/вага тіла (КПТ

для нервової булімії).

4. Зменште надмірну стурбованість вагою

4. Когнітивна реструктуризація (КПТ для булімії

та форма (оцінювання: відстежувати через

nervosa).

коментарі щодо самоконтролю).

## **ВИКОРИСТАННЯ ФОРМУЛЮВАННЯ ВІДМІНУ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ**

### **НА ФОКУСІ ЛІКУВАННЯ: З ЧОГО ПОЧАТИ?**

Якщо ваші пацієнти мають численні проблеми, ви повинні вирішити, з чого почати лікування та як замовити стратегії лікування як під час, так і між сеансами, щоб лікування не стало неорганізованим або непосильним для пацієнта. Багатошаровий підхід часто працює добре. Ви представляєте початкові стратегії втручання та репетируєте їх протягом кількох сеансів, а потім зменшуєте кількість часу, який ви приділяєте цим стратегіям, додаючи нові стратегії до попередніх. Наприклад, терапевтам може знадобитися присвятити один, два або

навіть три цілі сеанси самоконтролю на початку, щоб представити обґрунтування, виявити та вирішити проблеми пацієнта, переглянути результати моніторингу та навчити пацієнта, як використовувати моніторинг, оцінювати перешкоди та усувати перешкоди. Однак після того, як самоконтроль запроваджено, для перегляду самоконтролю потрібно значно менше часу, і можна додавати нові завдання. Подібним чином, вплив *in vivo* може займати значну частину сеансу на початку лікування, але після того, як ваш пацієнт

### Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 39

знає, що робити, вам може знадобитися лише посилити підхід до поведінки, висвітлити успіхи та коротко розв'язати проблеми.

Кілька факторів впливають на те, які проблеми ви вирішите вирішити першочергово. Спочатку розглянемо представлену проблему. Часто основною скаргою пацієнтів із ПТСР є щось інше, ніж ПТСР (наприклад, соматичні скарги, такі як головний біль, запаморочення, шлунково-кишкові проблеми; втрата інтересу до сексу; панічні атаки; депресія) або аспект ПТСР, який не має чіткого зв'язку до травми (наприклад, проблеми з концентрацією, дратівливість, ангедонія, безсоння). Часто критично важливо звернути увагу на деякі аспекти основного занепокоєння, оскільки на початку лікування, коли пацієнти погано розуміють ПТСР, їм може бути важко почути, що їхні основні занепокоєння пов'язані з ПТСР. Натомість таке повідомлення може бути інтерпретовано як припущення про те, що основна скарга «все в їхній голові» або що інтерпретації пацієнтами своїх проблем недійсні. Прямо звертаючись до деяких аспектів скарг, ви підтверджуєте уявлення про джерела страждань. Це допоможе підвищити вашу довіру, зміцнити терапевтичний альянс і покращити дотримання плану лікування.

По-друге, подумайте про легкість виконання плану лікування. Як правило, пацієнти з більшою ймовірністю дотримуються та практикують простіші методи лікування. Крім того, деякі методи лікування за своєю суттю є більш складними та інтелектуально складними, ніж інші, тому важливо враховувати інтелектуальні здібності пацієнта при плануванні лікування. Багато пацієнтів із

посттравматичним стресовим розладом відчують порушення концентрації та пам'яті, що також може ускладнити когнітивне лікування. По-третє, розгляньте ймовірний вплив втручань на функціонування, або, іншими словами, яке лікування, ймовірно, принесе найбільшу «видачу грошей».

У випадку Моргана перша формула мала перевагу в тому, що безпосередньо стосувалася заявлених цілей пацієнта, уникаючи при цьому ускладнень і тягаря, пов'язаних із одночасним лікуванням ПТСР і розладу харчової поведінки. Крім того, емпірична література свідчить про те, що тривожність і депресія зменшуються при лікуванні розладу харчової поведінки, тому терапевт Моргана передбачив, що цей підхід матиме широкий вплив на функціонування.

У випадку Софі терапевт розглядав можливість лікування соціальної фобії, оскільки соціальна ізоляція була основною скаргою. Незважаючи на відносну простоту лікування соціальної фобії (на відміну від лікування БЛД і ПТСР), було мало підстав очікувати, що БЛД або ПТСР реагуватимуть на таке лікування. Більше того, були підстави сумніватися, що лікування соціальної фобії може бути ефективним для соціальної фобії, тоді як БЛД і ПТСР залишаються активними (Zayfert, DeViva, & Hofmann, 2005); таким чином, вплив на функціонування може бути обмеженим. У результаті терапевт обрав більш складний план лікування, описаний раніше, оскільки він був націлений на заявлені скарги Софі і просував програму повного залучення Софі до лікування ПТСР.

На відміну від цього, у випадку Стюарта, 32-річного чоловіка з посттравматичним стресовим розладом, соціальною тривожністю та зловживанням алкоголем, терапевт вирішив почати з соціальної фобії. Стюарт розповів про довгу історію соціальної фобії, яка змусила його кинути коледж і покладатися на алкоголь, щоб впоратися зі своєю тривогою. Протягом цього часу Стюарт пережив емоційно насильницькі стосунки, які переросли в насильство, коли він спробував їх розірвати. Звернувся на терапію через 10

роки утримання від алкоголю, пошук лікування соціальної тривожності та депресії.

Оцінка також показала, що він відповідав критеріям посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з жорстокими стосунками. Дистрес і функціональні порушення Стюарта, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, були оцінені як легкі порівняно з надзвичайною оцінкою його соціальної тривожності та депресії. Його гіпотеза терапевта-

40

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

вважав, що посттравматичний стресовий розлад розвинувся в результаті тих самих унікаючих стратегій подолання, які він використовував для подолання тривоги в соціальних ситуаціях. Таким чином, початковий план лікування був націлений на соціальну тривогу одночасно з лікуванням депресії. Терапевт також планував контролювати посттравматичний стресовий розлад і повторно оцінити Стюарта після завершення початкових компонентів лікування.

Ще одна причина для вибору розладу, відмінного від посттравматичного стресового розладу, як початкової мішені лікування полягає в тому, що цей розлад є таким, що легко реагує на лікування. Наприклад, Тімоті, 40-річний професор коледжу, був направлений на лікування ОКР, початок якого стався в дитинстві. Він також відповідав критеріям ГТР, панічного розладу, соціальної фобії, депресії та посттравматичного стресового розладу внаслідок подій 11 вересня. Його терапевт запропонував почати з лікування його панічного розладу, оскільки це лікування має високу ймовірність успіху. У цьому випадку, оскільки Тімоті був деморалізований низкою проблем, з якими він зіткнувся, його терапевт сподівався, що початковий успішний досвід зміцнить довіру Тімоті до КПТ і дозволить йому впевнено рухатися вперед, щоб працювати над іншими проблемами.

## ПОСЛІДОВНЕ ПРОТИ ОДНОЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ

Якщо пацієнти мають кілька проблем, у вас є кілька варіантів, як діяти:

(1) спершу зосередьтеся на одній проблемі, а потім перейдіть до наступної проблеми (тобто надавайте лікування послідовно); (2)



уважно стежити за однією проблемою, лікуючи іншу; або (3) спробувати забезпечити лікування обох проблем одночасно, або шляхом подовження сеансів лікування, щоб дати час для кількох втручань, або шляхом чергування сеансів або фрагментів сеансів. Перша гіпотеза у випадку Морган ілюструє варіант (1), згідно з яким терапевт планував спочатку лікувати розлад харчової поведінки, а потім запропонувати лікування ГТР або великої депресії, якщо ці розлади не покращилися після першого етапу лікування.

План лікування Софі ілюструє поєднання одночасних і послідовних підходів. Її лікування було одночасним, оскільки початкові сеанси були зосереджені на обох БЛД

симптоми та психонавчання щодо ПТСР. Врешті-решт лікування переміститься до більшої уваги до ПТСР, хоча деякі компоненти, що стосуються БЛД, ймовірно, будуть включені повсюди. Лікування соціальної фобії буде запропоновано Софі послідовно, після завершення лікування посттравматичних стресових розладів, якщо соціальна фобія збережеться після усунення посттравматичних стресових розладів.

Кожен підхід має свої переваги та недоліки. Послідовний підхід є простішим. Однак, як продемонстрував Морган, простіший підхід не завжди працює, і може знадобитися одночасний підхід. Крім того, вам може знадобитися змінити порядок послідовних обробок. Наприклад, у Морган і її терапевта було кілька варіантів, коли вони прийняли другу гіпотезу: вони могли припинити лікування розладу харчової поведінки; вони могли стежити за розладом харчової поведінки, щоб переконатися, що Морган не втратить досягнутого; або вони могли (як вони робили) спробувати лікувати розлад харчової поведінки та посттравматичний стресовий розлад одночасно, чергуючи порції сеансів. Морган та її терапевт обрали одночасний підхід, оскільки боялися, що без постійного лікування Морган втратить позиції. Морган вірила, що притягнення до відповідальності перед її терапевтом допоможе їй утриматися від розладу харчової поведінки. Якщо вторинну проблему не можна ігнорувати з міркувань безпеки (наприклад, небезпечна харчова поведінка, зловживання

психоактивними речовинами), але лікування вторинної проблеми не принесло результату, тоді одночасний підхід виправданий.

Одночасний підхід є кращим із самого початку, якщо здається, що проблеми взаємодіють, або якщо пацієнт здатний вирішити обидві проблеми разом. Наприклад,

Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 41

Достатньо, Клара боялася крові, оскільки вона нагадувала їй про її автокатастрофу та була потенційним зараженням (тобто страх ОКР). Таким чином, контакт із кров'ю означав наражати Клару на обидва страхи. У результаті терапевт Клари вирішив застосувати одночасний підхід. У випадку з Софі терапевт вирішив, що вона здатна вивчати як посттравматичний стресовий розлад, так і стратегії управління емоціями одночасно. Іноді ви також можете об'єднати психоосвітній матеріал для різних проблем, щоб можна було розробити більш повне обґрунтування лікування.

## **ПЛАНУВАННЯ СЕСІЇ: РОЗРОБКА ПОЧАТКОВОГО ШАБЛОНУ**

На початку лікування корисно скласти початковий шаблон щодо того, як будуть проведені перші кілька (приблизно п'ять) сеансів. Це корисно з кількох причин. По-перше, це полегшує впорядковане лікування та спонукає вас продумати порядок стратегій. По-друге, ви можете поділитися частинами початкового шаблону, щоб ваші пацієнти могли передбачити, як триватиме лікування, і дати інформовану згоду.

З огляду на те, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом дуже тривожні, надання шаблону лікування передає рівень організованості, компетентності та продуманості щодо лікування, що може зменшити тривогу пацієнтів щодо лікування. Нарешті, ви можете порівняти фактичний прогрес лікування з шаблоном. Лікування, яке протікає гладко, надає деякі додаткові докази, що підтверджують ваші формулювання та план лікування. Однак якщо ви зіткнетесь з перешкодами, це можуть бути перші ознаки того, що ви щось пропустили у своєму рецептурі.

## СКЛАДАННЯ ФОРМУЛИ РАЗОМ З ПАЦІЄНТОМ

### ТА ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Терапія проходить легше, якщо ви та ваш пацієнт узгоджуєте формулювання.

Дослідження також показують, що спільна формула може зменшити ризик відсіву (Epperson, Bushway, & Warman, 1983; Pekarik & Stephenson, 1988). Нарешті, спільна формулювання готує основу для того, щоб окреслити різні можливі підходи до лікування, щоб ваш пацієнт погодився на лікування як справді поінформована особа.

Кілька факторів є вирішальними в процесах формулювання та згоди. По-перше, подумайте про будь-які проблеми, які виникають у вашого пацієнта з рецептурою, і перевірте точку зору вашого пацієнта. По-друге, коли ви висуваєте кілька гіпотез, якщо це взагалі можливо, повідомте свого пацієнта про всі з них і залучіть його або її співпрацю для створення формулювання. Пацієнти, які співпрацюють у формулюванні та перевірці гіпотез, часто відчують більший контроль над рішеннями щодо лікування та не дивуються рішенням перенаправити лікування, якщо початкові гіпотези не підтверджуються. По-третє, надайте пацієнту інформацію щодо альтернативних підходів до лікування та відповідних досліджень, щоб згода була фактично поінформованою.

Попри те, що Софі схвалювала майже всі симптоми посттравматичного стресового розладу та отримала високі бали за CAPS, Софі не розуміла відповідності діагнозу посттравматичного стресового розладу для її скарг. Реакція Софі на те, що вона відповідає критеріям посттравматичного стресового розладу, демонструє труднощі, з якими деяким пацієнтам доводиться змиритися з діагнозом, і потенційну проблему створення спільної концепції. Як правило, вам не допоможе просто повторювати аргументи щодо того, як концептуалізація посттравматичного стресового розладу діє.

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

враховує симптоми пацієнтів. Натомість прислухайтесь до правди в поглядах пацієнтів на їхні власні проблеми, підтверджуйте їхню плутанину чи дискомфорт із моделлю ПТСР і запропонуйте підхід, який враховує проблеми пацієнтів. Наприклад, терапевт Софі сказав їй: «Зрозуміло, що ви почуваетесь збентеженим моїм обговоренням ПТСР.

Ви розповідали мені про те, як вас турбують ваші спалахи гніву та труднощі з довірою до людей, і важко зрозуміти, як це може бути пов'язано з поганими речами, які сталися так давно. »

Софі погодилася на план, який допоможе їй почуватися «менше наче на емоційних американських гірках». Початкові сеанси були спрямовані на її заявлені первинні скарги (тобто параною, дратівливість, перепади настрою), використовуючи «інтегрований DBT» (Becker & Zayfert, 2001). Перші п'ять занять були розроблені, щоб досягти прогресу в досягненні мети, яка мала сенс для Софі. Ці сеанси також сприяли зміцненню довіри до терапевта та посиленню відчуття контролю Софі над процесом терапії. Терапевт пояснив це Софі, сказавши:

«З огляду на те, що ви не впевнені, чи хочете продовжувати терапію, і ви не впевнені, що можете довіряти мені зокрема, ці перші кілька сеансів дадуть вам можливість побачити, чи ви думаю, я можу бути вам корисний. Я обов'язково зв'яжуся з вами наприкінці кожного заняття, щоб дізнатися, як ви ставитеся до нашої спільної роботи, і переконалися, що ми на правильному шляху, куди ви хочете піти».

Навчаючи Софі навичкам, які були б важливими для загальної регуляції емоцій і для підвищення її здатності брати участь у КПТ, терапевт також прагнув поступово навчати Софі про ПТСР, щоб зрештою переконати її займатися більш прямим ПТСР стратегії лікування.

Сказати пацієнту, що ви маєте намір переконати його чи її в чомусь, у що він зараз не вірить, не відповідає меті побудови довіри в терапевтичних стосунках. Таким чином, ця прихована мета збільшити

прийняття Софі концептуалізації посттравматичного стресового розладу та бажання брати участь у лікуванні посттравматичного стресового розладу поставила дилему для терапевта, який хотів встановити з Софі відверту співпрацю та довірливі стосунки. Найкраще бути максимально відвертим і прямим щодо цього. Таким чином, терапевт сказав Софі:

"Я розумію, що діагноз посттравматичний стресовий розлад викликав у вас оману. Я припускаю, що у вас є багато питань, і, ймовірно, є багато такого, що вам здається некоректним і все ще не має сенсу. Важко зрозуміти, чи підходить вам лікування ПТСР, якщо ви навіть не знаєте, що таке ПТСР і як він виникає. Це може бути корисно, якщо ми плануємо присвятити частину нашого сеансу детальнішому розгляду речей, а також відповісти на ваші запитання про ПТСР. Таким чином, ви зможете з'ясувати, чи лікування посттравматичних стресових розладів має сенс для вас у якийсь момент. Як ти гадаєш? Ви б хотіли це зробити?»

Це відкрило двері для планування сеансів, під час яких терапевт представив номотетичне формулювання посттравматичного стресового розладу з метою підвищення готовності Софі взяти на себе зобов'язання лікувати посттравматичний стресовий розлад.

Морган надає гарний приклад проблеми кількох гіпотез. Замість того, щоб передчасно сформулювати випадок, терапевт Моргана відкрито обговорив різні гіпотези. Наприклад, вона заявила:

Оцінка, концептуалізація випадку та планування лікування 43

«Переглянувши все, що ви мені сказали, у мене є дві різні гіпотези щодо того, що тут відбувається. Те, що я хотів би зробити, це представити вам обидва, сказати, який з них, на мою думку, більш вірогідний і чим будуть відрізнятися методи лікування, а потім дізнатися вашу думку щодо всього цього. Як це звучить для вас?»

Хоча відвертість кількох гіпотез, коли вони створюються, має багато переваг, є одна головна перевага: у вас буде менша ймовірність надмірного захоплення будь-якою гіпотезою. Відвертість заохочує вас і

пацієнта продовжувати науковий збір даних під час лікування, щоб визначити, чи діє лікування, засноване на гіпотезі. Якщо гіпотеза не спрацьовує, ви та ваш пацієнт можете переглянути докази, щоб побачити, чи лікування було проведено неправильно, чи початкова формулювання була неправильною. У випадку з Морган додаткова інформація вказувала на другу гіпотезу до того часу, коли вона та її терапевт вирішили змінити формулювання.

Ми рекомендуємо вам заохочувати та відкрито говорити про дослідження, які підтверджують запропонований план лікування та альтернативні шляхи. Однією з переваг використання номотетичних моделей і методів лікування з емпіричною підтримкою є те, що ми можемо дати надію, засновану на дослідженнях. Проте ми заохочуємо вас бути чесними зі своїми пацієнтами щодо того факту, що лікування для кожного пацієнта дещо відрізняється, і що дослідникам ще належить вивчити тип індивідуального лікування, яке вони отримуватимуть. Один із способів пояснити це — повернутися до метафори компаса. Іншими словами, дослідження дали нам дуже хороший компас щодо напрямку, у якому нам потрібно йти, але воно ще не проклало шлях навколо кожного дерева та струмка, які ми зустрінемо.

## **ВИСНОВОК**

Номотетичні формулювання ПТСР є основою КПТ для постраждалих.

Однак досить часто люди, які пережили травму, стикаються з низкою проблем, які вимагають ідіографічного формулювання, яке також об'єднує номотетичні формулювання для інших розладів. Наша мета в цьому розділі полягала в тому, щоб запропонувати деякі ідеї та приклади того, як можна побудувати номотетично засновані ідіографічні формулювання та плани лікування на практиці. У решті книги ми детально описуємо елементи лікування ПТСР.

## **Ч О Т И Р И**

### **Початок лікування**

## *Розчищення шляху до успіху*

Під час впровадження КПТ для ПТСР у клінічній практиці ви стикаєтеся з низкою проблем.

Більшість цієї книги зосереджена на одній проблемі — пристосуванні КПТ до індивідуальних клієнтів.

Однак потрібно вирішити й інші проблеми. Наприклад, з деякими пацієнтами з посттравматичним стресовим розладом може бути важко встановити довірливі стосунки, що є ключем до успішного лікування. Вам також потрібно пом'якшити будь-який дискомфорт, який ви відчуваєте через збільшення страждань ваших пацієнтів, навіть тимчасово. Крім того, під час лікування пацієнтів із ускладненим посттравматичним стресовим розладом ви стикаєтеся з низкою рішень, наприклад, чи готовий пацієнт почати вплив, чи починати з впливу чи когнітивної реструктуризації. Нарешті, ви можете виявити, що життєві проблеми або практичні проблеми (наприклад, обмеження страхування) створюють потенційні перешкоди для лікування. У цьому розділі ми розглянемо ці різні проблеми, які можуть виникнути, коли розпочинається КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу.

## **СТАТИ КОМАНДОЮ: ТЕРАПЕВТИЧНІ ВІДНОСИНИ**

Тільний терапевтичний зв'язок має вирішальне значення при КПТ при ПТСР. Ми помітили, що деякі слухачі спочатку настільки зосереджені на техніках КПТ, що забувають про важливість терапевтичних стосунків. Впроваджуючи КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів, ви просите своїх пацієнтів швидко внести значні зміни, зіткнувшись зі своїм минулим у складний спосіб. Ваші пацієнти будуть неохоче виконувати завдання, які застосовуються в КПТ, якщо вони не довірятимуть вам.

Наприклад, коли терапевт Стіва запропонував опромінення, він подивився їй прямо в очі та сказав: «Я б не зробив цього, якби хтось інший мене попросив. Ти будеш зі мною, правда? У мене таке відчуття, ніби я стрибаю зі скелі. Мені потрібно знати, що ти

збираєшся стрибати зі мною». Терапевт Стіва відповіла, що (метафорично) вона тримала б його руку, коли він стрибнув. Після завершення свого першого сеансу опромінення Стів зазначив, що єдиною причиною, чому він був готовий спробувати опромінення, була його глибока довіра до свого терапевта. Ми чуємо це часто.

44

Початок лікування

45

Так само міцні терапевтичні стосунки допомагають вам створити умови, які сприяють навчанню безпеки під час впливу. Наприклад, Юлія дуже не хотіла повного викриття. Її терапевт заохочував Джулію продовжити, ніжно сказавши: «Скажи мені, що саме сталося».

Пізніше, обговорюючи свою коротку думку про те, що терапевт був «підлим», Джулія також зазначила: «Хоча я думала, що ти був злий, я *знала*, що ти не будеш просити мене робити усе, що було не для мого блага; Я також знав, що якщо я скажу, що мені справді потрібно зупинитися, я зможу, і ти будеш поруч зі мною». Якби Джулія *не* довіряла своєму терапевту, її досвід міг би бути суттєво іншим, і вона могла б відчувати примус.

У багатьох випадках міцні терапевтичні стосунки розвиваються природним шляхом на етапі психоосвіти лікування (див. Розділ 5) і зміцнюються під час когнітивної реструктуризації та впливу, якщо ви використовуєте хороші клінічні навички. Однак в інших випадках ви можете виявити, що ваші пацієнти мають серйозні проблеми з довірою.

### **Зберігання неосудної позиції**

Вам може бути важко сподобатися деяким пацієнтам із ПТСР. Працюючи з іншими клініцистами (наприклад, психіатрами, лікарями первинної медичної допомоги або терапевтами, які прикривають нас, коли ми у відпустці), нам стало зрозуміло, що деякі клініцисти справді не люблять наших пацієнтів! Концептуалізація поведінки пацієнта з



найменшим засудженням є важливою стратегією для сприяння терапевтичним стосункам і розвитку позитивного погляду на пацієнтів (Linehan, 1993a). Щоб допомогти нам зберегти неосудну позицію, ми покладаємося на біосоціальну модель проблем регуляції емоцій (Linehan, 1993a), яка припускає, що труднощі регуляції емоцій розвиваються в результаті вродженої біологічної вразливості до емоційної чутливості в поєднанні з недійсним середовищем. Симптоми та дисфункціональна поведінка концептуалізуються як доказ того, що пацієнти не мають адекватних навичок керувати своїми емоційними реакціями.

Дуже легко концептуалізувати поведінку пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом за допомогою суджень. Наприклад, Емі сердито вибігла з приймальні, ридаючи, коли її терапевт запізнився на прийом на 60 секунд. Інші клініцисти, які спостерігали таку поведінку, дійшли висновку, що Емі навмисно маніпулювала, і що вони не хотіли б мати справу з таким маніпулятивним пацієнтом. Терапевт Емі використовував біосоціальну модель, щоб підтримувати позицію неосудження. Вона інтерпретувала таку поведінку як вказівку на те, що Емі відчувала себе недійсною або відкинутою, коли її терапевт запізнювався, і що їй бракувало необхідних навичок, щоб належним чином передати своє страждання. Терапевт також припустив, що поведінка Емі вказує на те, що вона була поганим маніпулятором, оскільки вправні маніпулятори зазвичай досягають своїх цілей, не виглядаючи маніпуляторами.

Цей погляд зменшив будь-яке розчарування, яке міг зазнати терапевт Емі. Важка або «маніпулятивна» поведінка стає менш драгівливою, коли її сприймають як некваліфіковані спроби задовольнити дійсні потреби. Таким чином, легше продовжувати подібатися своїм пацієнтам, навіть якщо вони поведуться так, що може викликати негативну реакцію.

Збереження позиції без засудження також може допомогти вам і вашим терапевтичним стосункам кількома іншими способами. По-перше, ви будете менше розчаровані поведінкою уникнення. По-друге, вам буде легше терпіти неприйнятні особливості історії ваших пацієнтів,

особливо ті, які вони самі, здається, викликають. По-третє, дослідження показують, що неосудна позиція може сприяти зменшенню парасуїцидальних потягів (Shearin & Linehan, 1994).

46

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

Зрештою, дотримання позиції без засудження зменшує ризик випадкового *вигляду* осудливого, що може посилити почуття сорому у ваших пацієнтів. Таким чином, ви створюєте безпечніше середовище для вивчення функції поведінки ваших пацієнтів. Наприклад, Лінда була згвалтована після того, як пішла з вечірки з компанією чоловіків, тому що була зла на свого хлопця, який запізнився. Зберігання позиції, що не засуджує, дозволило психотерапевту допомогти Лінді сприйняти згвалтування та її поведінку, не видаючись критичним. Терапевт Лінди дотримувався цієї позиції, розглядаючи поведінку Лінди як некваліфіковану спробу впоратися з інтенсивним негативним впливом, викликаним поведінкою її хлопця (темпераментна вразливість). Вона також припустила, що Лінда почувалася недійсною через поведінку свого хлопця. При розгляді за допомогою біосоціальної моделі поведінка Лінди стає зрозумілою, якщо не функціональною.

**Використання валідації для зміцнення довіри та зменшення непорозумінь** Валідація є ще однією стратегією DBT, яка може бути корисною для встановлення та підтримки ваших терапевтичних стосунків, особливо з пацієнтами, які мають труднощі з довірою до інших (Linehan, 1993a). Багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом пережили недійсне середовище, як описано в біосоціальній моделі. Як такі, вони часто чудово налаштовані на потенційну недійсність. Крім того, як зазначає Лінехан, вони можуть відчувати, що їх не розуміють, якщо ви попросите їх внести зміни, які здаються нездійсненними. Валідація передбачає повідомлення вашим пацієнтам про те, що їхня поведінка цілком зрозуміла з огляду на їхні обставини. Точніше кажучи, під час валідації ви спостерігаєте за тим, що відбувається, відображаєте своє спостереження, а потім зауважуєте, що відповідь вашого пацієнта зрозуміла.

Перевірка відбувається на певному рівні в усій хорошій терапії. У DBT, однак, валідація є основним втручанням (Linehan, 1993a). Ми виявили, що явне використання валідації, як це пропагує Лінехан, часто запобігає непорозумінням і зміцнює довіру, необхідну до КПТ для ПТСР. Наприклад, після того, як Емі вибігла з кімнати очікування, терапевт зателефонував їй і зазначив: «Схоже, я справді засмутив вас своїм запізненням» (тобто спостереження та роздуми). Емі сердито підтвердила це і сказала, що завжди знала, що її терапевт справді не піклується про неї. Її терапевт продовжив: «Я, очевидно, вас дуже засмутив, і я справді можу зрозуміти, чому ви так почуваетесь і думаєте, що мені байдуже» (тобто кажучи, що відповідь Емі зрозуміла). Терапевт Емі спочатку не оскаржував інтерпретацію Емі, сказавши, що їй *також* байдуже. Швидше, вона перевіряла точку зору Емі, поки не стало зрозуміло, що Емі зареєструвала перевірку. У той момент Емі зазначила, що вона могла придумати деякі причини, чому її терапевт міг мати законні причини для запізнення, і що телефонний дзвінок, ймовірно, означав, що її терапевт дійсно піклувався. Тоді Емі погодилася перенести час; згодом, коли її терапевт трохи запізнився, Емі не втекла з кімнати очікування.

## ВИРІШЕННЯ ВЛАСНИХ ПРОБЛЕМ

На лікування може впливати низка факторів терапевта. Наприклад, якщо ви боїтеся, що лікування, орієнтоване на травму, «повторно травмує» ваших пацієнтів, ви навряд чи скористаетесь цим підходом. Експерти з ПТСР також зосередили увагу на необхідності постійного нагляду та підтримки менш досвідчених терапевтів (наприклад, Фоа, Зелнер, Фіні, Хембрі та

Початок лікування

47

Альварес-Конрад, 2002). Виходячи за рамки експертних питань, інші зауважили, що успішне впровадження КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів вимагає, щоб терапевти вірили в лікування (тобто вірили, що лікування не завдасть шкоди вашим пацієнтам, і були впевнені, що воно спрацює), і терпіли інтенсивне

збудження під час лікування. (Litz, Blake, Gerardi, & Keane, 1990).  
Нижче ми надаємо інформацію, яка допоможе вам вирішити можливі занепокоєння щодо КПТ при ПТСР.

### **Спочатку не нашкодь: «Чи КПТ «повторно травмує» моїх пацієнтів?»**

Якщо ви схожі на багатьох клініцистів, ви можете мати занепокоєння щодо того, що КПТ для посттравматичного стресового розладу може

«повторно травмувати» деяких ваших пацієнтів. Очевидно, що вам буде важко призначати лікування, якщо ви вважаєте, що воно становить значний ризик заподіяння шкоди. Термін «повторна травма» використовується для вказівки на те, що пацієнт відчуває різке погіршення симптомів і погіршення функціонування, в даному випадку в результаті самого лікування (Chu, 1998). Сеанс можна вважати «повторним» травматизуючим, якщо спогади про минулу травматичну подію викликані таким чином, що постійно посилюють страх і безпорадність, а не сприяють новому навчанню про безпеку. Докази ретравматизації при КПТ важко інтерпретувати, оскільки КПТ іноді призводить до *тимчасового* посилення симптомів, навіть якщо воно протікає добре. Наприклад, приблизно у 25% пацієнтів спостерігається тимчасове посилення інтрузивних симптомів (наприклад, кошмари, спогади) після початку впливу (Фоа та ін., 2002). Тим не менш, дослідження вказують на те, що ці пацієнти отримують користь від експозиції з такими ж показниками, як і пацієнти, які не відчувають цього загострення.

Тим не менш, ми знаємо пацієнтів, які, здається, пережили більш глибоку та тривалу негативну реакцію на лікування, орієнтоване на травму. Наприклад, Гаррієт, самотня 50-річна жінка, завершувала уявне враження від зґвалтування. За словами Гаррієт, вона почала спалахувати у відповідь і неодноразово «благала» припинити, але її терапевт сказав, що їй «треба продовжувати». Схоже, Гаррієт не відчувала, що у неї є вибір щодо продовження або припинення впливу, і вона не відчувала почуття безпеки під час впливу. Вона зазначила: «Він сказав, що я мушу продовжувати, і це було схоже на моє зґвалтування. Я вийшов з-під контролю». За декілька днів після цього

сеансу Гаррієт почала відчувати кошмари та перестала їсти. Невдовзі після цього у неї стався повний рецидив розладу харчової поведінки, який раніше лікувався. Гаррієт також почала зловживати алкоголем і не бажала відновлювати лікування посттравматичного стресового розладу навіть після того, як змінила терапевта. Слід зазначити, що переважна більшість пацієнтів, які завершують опромінення як у дослідницьких дослідженнях, так і в клінічних умовах, не відчують довгострокових негативних наслідків. Таким чином, ми вважаємо, що при належному лікуванні ризик повторної травматизації від КПТ для ПТСР мінімальний.

Стійкі негативні реакції на терапію, орієнтовану на травму, виникають за відсутності певних терапевтичних умов. Як ми зазначали в розділі 2, щоб отримати користь від впливу, пацієнти повинні відчувати як активацію своєї мережі страху, так і коригуючий досвід безпеки. Пацієнти, які відчують тривалі негативні реакції, не змогли відчувати та інтегрувати коригувальну інформацію (тобто, безпеку) щодо своєї травматичної пам'яті. Здається, це те, що сталося з Гаррієт. Умови, які, здається, сприяють цій невдачі, - це відсутність довіри до терапевта та відчуття відсутності контролю над процесом впливу. Іншими словами, якщо пацієнти відчують, що втрачають контроль під час опромінення (тобто не вірять, що у них є вибір продовжувати або зупинитися щомиті-

48

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

moment basis) або не вірять, що їхній терапевт справді дбає про їхні інтереси, вони з меншою ймовірністю відчують коригуючий досвід безпеки та ризикують негативними реакціями.

Підсумовуючи, пацієнти можуть не бажати продовжувати опромінення через свій страх і можуть потребувати значного заохочення для опромінення. Однак у них менше шансів отримати виправний досвід, якщо вони почуваються неконтрольованими та не довіряють вам. Таким чином, ви повинні знайти баланс між заохоченням їх до продовження експозиції та забезпеченням умов, необхідних для

коригувального досвіду безпеки (тобто справжньої безпеки, контролю та довіри). З нашого досвіду, коли ці умови присутні, пацієнти надзвичайно стійкі у продовженні впливу.

### **Впевненість: життєво важливий компонент КПТ для ПТСР**

Клініцисти навчаються полегшувати страждання, але КПТ для посттравматичних стресових розладів вимагає, щоб ви заохочували пацієнтів брати участь у завданні, яке за своєю суттю є тривожним. На жаль, пацієнти схильні виявляти амбівалентність і брак впевненості, що може призвести до змови між вами та вашими пацієнтами, щоб уникати складних завдань. Щоб застосувати когнітивну терапію для посттравматичних стресових розладів, ви *повинні* бути готовими обережно підштовхнути пацієнтів зіткнутися зі своїми травматичними подіями. Ви також повинні терпіти можливість того, що пацієнти іноді можуть *на короткий час* відчувати, що ви «злі».

Наприклад, під час уявного впливу терапевт заохочував Джулію детально описати своє зґвалтування, а не казати: «Потім він зняв мої трусики і зґвалтував мене».

Плачучи, Джулія заявила: «Я не думаю, що хочу». Терапевт підтвердив це бажання, сказавши

"Це зрозуміло", а потім лагідно запитав: "Чи можете ви сказати мені, що саме сталося?" Пізніше Джулія зазначила, що в той час вона думала, що її терапевт був злим.

Вона також подумала: «Я не можу повірити, що вона змусить мене це зробити». Однак після контакту Джулія відчувала, ніби втратила «50-фунтовий вантаж», і була вдячна, що її терапевт це зробив

"підштовхував мене робити те, що я мав робити". Джулія також була вдячна за те, що її терапевт міг знати «кожну жахливу деталь» і все одно «дивитися на мене так само й піклуватися про мене». Якби терапевту не вистачило впевненості, Джулія могла б зупинитися і не принесла б користі. Вона також могла втратити довіру до свого терапевта. Підводячи підсумок, КПТ для ПТСР вимагає, щоб ви твердо

вірили в те, що короткострокові завдання, що викликають відразу, призводять до довгострокового поліпшення функціонування, і що довготривале полегшення варте короткочасного болю.

## **Розвиток впевненості**

Ви можете розвинути впевненість, звертаючись за наглядом до досвідченого терапевта з КПТ, відвідуючи семінари з підвищення кваліфікації та/або переглядаючи літературу. Якщо ви спочатку навчалися іншим підходам, можливо, ви не звикли покладатися на наукову літературу для впевненості. Однак дослідження, що підтверджують КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу, можуть бути корисними. Коли одна з нас вперше застосувала експозицію (С.В.В.), їй довелося говорити собі знову і знову під час сеансу: «Дослідження стверджують, що це працює, дослідження стверджує, що це працює». Навіть після багаторічного досвіду дослідження все ще допомагають нам направляти пацієнтів через лікування.

Іншим потужним засобом розвитку впевненості є отримання успішних результатів під час використання КПТ із собою чи своїми пацієнтами. Тому подумайте про те, щоб випробувати вплив і когнітивну реструктуризацію у своєму власному житті. Особистий досвід роботи з екс-

## **Початок лікування**

49

поза є особливо переконливою та корисною для розвитку впевненості. Наприклад, ви можете вирішити поширені страхи (наприклад, страх тварин, висоти, закритого простору або публічних виступів), запровадивши вплив самотійно (дотримуючись процедур, наведених у розділі 6) або за допомогою досвідченого поведінкового терапевта (ви можете знайти його за допомогою Асоціація поведінкової та когнітивної терапії, [www.abct.org](http://www.abct.org)). Ви також можете виявити наслідки впливу в ситуаціях, які викликають лише помірну тривогу. Наприклад, багаторазове катання на одних і тих самих американських гірках може

продемонструвати, як фізичні відчуття та тривога зменшуються у відповідь на повторний вплив. Деякі метро мають дуже круті ескалатори, і багато людей спочатку відчувають тривогу, коли їдуть на них. Багаторазова їзда на них також продемонструє наслідки впливу з перших вуст.

Зрештою, ви можете підвищити свою впевненість, запровадивши експозицію для більш простого тривожного розладу. Експозиційна терапія панічного розладу, специфічної фобії та деяких випадків обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) включає конкретні завдання, які сприяють швидкому зниженню тривоги. Ці форми впливу також часто більш зрозумілі, ніж ті, що стосуються ПТСР, оскільки страхи, які лікуються, явно ірраціональні. Таким чином, якщо ви ніколи не застосовували опромінення клінічно, ви можете виявити, що почати з опромінення інших розладів легше та комфортніше.

### **Здатність переносити збудження**

КПТ для посттравматичного стресового розладу також вимагає, щоб ви терпіли тривогу та інші негативні емоції. Очевидно, що чим впевненіше ви відчуваєтеся, тим менше тривоги відчуваєте. Тим не менш, жодне лікування не є 100% успішним, а це означає, що деякі з ваших пацієнтів можуть не отримати користі.

Таким чином, іноді, коли ви заохочуєте пацієнта до викриття, ви можете відчувати занепокоєння та запитувати себе: «Чи це спрацює для цієї людини?»

Наприклад, ви можете відчувати занепокоєння, якщо вирішите використати вплив на пацієнта, який не є ідеальним кандидатом, але для якого немає інших хороших варіантів лікування.

Наприклад, у дитинстві Стів зазнав сексуального насильства з боку своєї няні. Після тривалої психодинамічної терапії та багатьох випробувань ліків його направили на КПТ

в крайньому випадку. Стів був дуже суїцидальним, дуже ворожим і тримав під подушкою два заряджених револьвери. Стів відмовився



назавжди відмовитися від своїх револьверів, а його схильність до самогубства та депресія не реагували на нові ліки чи КПТ від депресії.

Терапевт Стіва та його психіатр вирішили, що оскільки нічого іншого не спрацювало, здається, немає причин не пробувати вплив, доки були вжиті заходи безпеки. Наприклад, Стів погодився віддати револьвери другові на 1 тиждень, але не хотів віддавати їх довше. Його психіатр також переконався, що вона готова госпіталізувати Стіва до лікарні, якщо його схильність до суїциду загостриться. Під час першого сеансу опромінення досвідчений терапевт Стіва відчув значне занепокоєння та спонукання уникати опромінення.

Стів отримав величезну користь від свого першого сеансу експозиції, і наступні сеанси викликали набагато менше тривоги у терапевта. Цей приклад, однак, підкреслює реальність того, що вплив може вимагати від вас протистояти власному занепокоєнню. Викриття також може вимагати від вас терпіти інші негативні емоції, які можуть бути викликані особливо жахливими подіями. Наприклад, слухаючи, як Келлі детально описує надзвичайно жорстоке групове зґвалтування, її терапевт відчув жах і глибокий сум. Пізніше терапевт обробив власний досвід слухання досвіду Келлі під час конфіденційної консультації з іншим травматологом.

50

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### **"Я ПОЧУВАЮСЯ ВПЕВНЕНО: ЯКИМИ МЕТОДАМИ МЕНІ СЛІД ВИКОРИСТОВУВАТИ?"**

Здебільшого ваше рішення використовувати певні методи КПТ залежатиме від формулювання вашого випадку. Однак часом ви можете бути не впевнені, чи варто починати з когнітивної реструктуризації чи впливу, чи ваш пацієнт є хорошим кандидатом для будь-якого втручання. У цьому розділі розглядаються ці питання лікування.

### **"Чи готовий мій пацієнт до опромінення?"**

Ми вважаємо, що експозиція використовується вкрай недостатньо, і що її розгортання часто відкладається набагато довше, ніж ідеально. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом регулярно переживають свій травматичний досвід у неконтрольований спосіб, і вплив дає їм дуже хороші шанси на одужання, часто напролюд швидко. У той же час пацієнти з ПТСР часто мають низку ускладнюючих факторів, які зрозуміло викликають занепокоєння. На даний момент немає чітких емпіричних вказівок щодо того, яким пацієнтам на якому етапі терапії слід розпочинати лікування посттравматичних стресових розладів, і немає консенсусу щодо клінічних настанов (Frueh, Mirabella, & Turner, 1995; Litz та ін., 1990). Таким чином, рішення щодо впливу вимагають балансування конкуруючих проблем.

Якщо посттравматичний стресовий розлад є основним діагнозом, почніть із припущення, що вплив є найефективнішим і швидким засобом полегшення симптомів, і його слід застосовувати якомога швидше. Визначення «якомога швидше» передбачає розгляд кількох інших факторів, окрім основного посттравматичного стресового розладу, включаючи безпеку, бажання та здатність. Ви почнете оцінювати ці фактори на початку лікування та продовжуватимете оцінювати їх під час лікування. Наприклад, після початкового визначення того, що пацієнт є хорошим кандидатом на опромінення, ви можете повторно оцінити здатність цього пацієнта завершити опромінення, якщо все піде не за планом. Крім того, зазвичай ви можете оцінити готовність лише після того, як представите свою справу для викриття (див. Розділи 5, 6 і 7).

## ***Безпека***

Схильність до суїциду, агресія/вбивство, зловживання психоактивними речовинами, обмеження в їжі, самоушкодження та імпульсивна або необачна поведінка (наприклад, нерозважливе водіння) є прикладами поведінки, яка може становити небезпеку для ваших пацієнтів або інших. Щоразу, коли пацієнт із посттравматичним стресовим розладом повідомляє про таку поведінку в анамнезі, сформулюйте план керування цією поведінкою. План може включати направлення на інше лікування або тимчасове зосередження на встановленні безпеки.

Наприклад, Білл повідомив, що вживав кокаїн щовечора, і оцінка показала, що він відповідає критеріям залежності від психоактивних речовин. Враховуючи ризики, пов'язані з кокаїновою залежністю, і ймовірність того, що вживання кокаїну може перешкодити Біллу отримати користь від лікування посттравматичних стресових розладів, терапевт направив Білла на детоксикацію та лікування від токсикоманської залежності перед тим, як продовжити КПТ для лікування посттравматичних стресових розладів. Амалія повідомила про часті спалахи гніву, під час яких вона кидала в інших небезпечні предмети, такі як ножі, ножиці або сковорідки; її терапевт вирішив, що це становить неприйнятний рівень ризику, і відклав терапію, орієнтовану на травму, на користь навчання Амалії навичкам керування гнівом.

Альтернативно, план може включати моніторинг небезпечної поведінки під час лікування або створення плану підвищення безпеки (наприклад, Стів віддає свою зброю своїм

Початок лікування

51

друг). У таких випадках вплив може відбуватися відносно швидко. Лі Мін мав помітно недостатню вагу та зізнався, що раніше мав надзвичайно низьку вагу (40 фунтів нижче нормальної ваги дорослої людини). Її терапевт погодився продовжити лікування посттравматичного стресового розладу після того, як Лі Мін погодилася стежити за споживанням їжі та вагою тіла. Подібним чином у Беккі були спроби самогубства, але вона не була суїцидальною протягом тривалого часу. Враховуючи її історію попередніх спроб самогубства та зростання суїцидальних нахилів у періоди сильного стресу, Беккі та її терапевт вирішили продовжити експозицію, запроваджуючи щоденний моніторинг суїцидальних потягів під час лікування.

У деяких випадках загрози для пацієнтів можуть походити від інших. Оцінка обґрунтованості та неминучості таких загроз може бути складною, оскільки пацієнти з посттравматичним стресовим розладом,

враховуючи характер розладу, упереджено сприймають загрозу. Наприклад, Кендра повідомила, що залишалася пильною та на сторожі свого колишнього чоловіка, який фізично знущався над нею аж до їхнього розлучення. Вона заявила, що бачила його в місті і відчувала загрозу від нього. Ретельний допит показав, що Кендра ніколи його не бачила, але бачила автомобілі, схожі на його. Насправді Кендра не була впевнена в тому, де він насправді, і чи представляв він загрозу. Подібним чином Памела повідомила, що її колишній чоловік, винуватець фізичного насильства протягом 25 років, продовжував проїжджати повз її будинок і повідомляти їй про свою присутність. Хоча вона була впевнена в його ідентичності, вона також зазначила, що він не порушував межі відстані, встановлені їхнім рішенням про розлучення, не погрожував протягом 3 років і фактично зараз одружений з іншою жінкою. В обох випадках жінки-терапевти вирішили продовжити лікування, продовжуючи періодично оцінювати загрози.

І навпаки, деякі пацієнти з ПТСР недооцінюють або нехтують загрозою.

Наприклад, Грегорі продовжував відвідувати свою матір щотижня, незважаючи на періодичні напади вітчима, які залишали його в синцях і кровотечі. Його терапевт зосередився на допомозі Грегорі у вирішенні проблем, як підтримувати стосунки з матір'ю, не терплячи побиття вітчима.

Вирішуючи, як діяти далі, враховуйте давність такої поведінки, рівень загрози та умови, за яких ця поведінка має тенденцію до зростання.

КПТ для ПТСР

часто потрібно буде відкласти, поки ризик, спричинений дуже небезпечною поведінкою, не стане неминучим. Однак «часто» не означає «завжди». Наприклад, значна суїцидальність зазвичай вважається протипоказанням для впливу. Але, як зазначалося раніше у випадку Стіва, терапевт успішно запровадив вплив після організації кількох заходів безпеки. Подібним чином Люсі повідомила, що вона регулярно дряпається, аж до крові. Її терапевт визначив, що така поведінка не становить безпосереднього ризику серйозної шкоди та

пов'язана з її посттравматичним стресовим розладом. Таким чином, лікування ПТСР

імовірно зменшить самоушкодження. Терапевт вирішив продовжити КПТ для посттравматичних стресових розладів, спостерігаючи за поведінкою подряпин, і розглянути поведінку подряпин під час лікування.

### ***Бажання***

Пацієнти з ПТСР шукають лікування з багатьох причин; часто ПТСР не входить до їх числа.

Для багатьох людей концептуалізація, яка пов'язує їхню скаргу з травмою, є несподіваною та незручною. Такі пацієнти можуть не бажати розпочинати лікування, орієнтоване на травму, особливо якщо вони відчують, що мали справу з

52

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

успішно, або якщо вони побоюються, що вплив може порушити незначний рівень функціональної стабільності, якого вони досягли. Може знадобитися деякий час, перш ніж такі пацієнти захочуть продовжити опромінення.

Деякі пацієнти можуть не бажати брати участь у опроміненні, якщо під час опромінення у них посилюються симптоми. Вони також можуть кинути навчання, якщо вважають, що ви не схвалюєте їхнє рішення або що немає інших варіантів лікування. Наприклад, після свого першого сеансу експозиції Емма заявила: «Я не можу продовжувати це — я не можу повернутися до того, як я була 10 років тому. Ми з чоловіком обговорювали це, і я розумію, що не можу ризикувати». Для таких пацієнтів важливо спочатку підтвердити побоювання щодо порушення функціонування.

Далі нагадайте пацієнтам, що посилення симптомів на початку лікування не передбачає результату. Нарешті, повідомте пацієнтам, що вони контролюють прийняття рішень щодо лікування. Деяким пацієнтам корисно зважити всі «за» і «проти» експозиційного лікування (див. «Аналіз рішень» у розділі 9). Під час цього процесу дотримуйтеся балансу між нагадуванням пацієнтам, що їхні шанси на користь хороші, та визнанням того, що ви не можете з упевненістю передбачити, що станеться. Єдиний спосіб дізнатися це спробувати. З нашого досвіду, коли валідація збалансована з чесною освітою щодо варіантів лікування, пацієнти відчують підтримку та контроль над своїми рішеннями щодо лікування. У відповідь вони часто готові продовжити лікування і не відчують примусу.

Пацієнти, які продовжують сподіватися, що вони зможуть виправити свій посттравматичний стресовий розлад, не думаючи про травматичну подію, можуть не бажати думати про те, що сталося, або можуть брати участь у добре відпрацьованих дисоціативних реакціях, які, хоча й очевидно автоматичні, тим не менш, є формою небажання. Наприклад, коли її спонукали розпочати уявний огляд спогадів про насильство, Ізабелла зазвичай починала трясти ногою, дивитися не моргаючи та сповільнювати свою мову до такої міри, що майже не реагувала. Обговорюючи свою реакцію на завдання викриття, вона сказала, що вирішила

"порожній". Для таких пацієнтів готовність поглядати подію може включати не лише прийняття рішення охоче брати участь у експозиції, але й старанну практику переживання спогадів, емоцій, думок і відчуттів, які супроводжують спогади (тобто здатність пацієнта; див. нижче).

Легко помітити дисоціативну поведінку, оскільки пацієнти можуть вміти її маскувати. Наприклад, пацієнти можуть здаватися повністю залученими в дискусію, але не пам'ятати про це наступного дня, що вказує на те, що вони, ймовірно, дисоціювали під час дискусії. Можливо, ви не зможете виявити дисоціацію у таких пацієнтів, доки не визнаєте їх достатньо добре, щоб розпізнати ледь помітні зміни в афекті, відсутність реакції на гумор або сплосчений вираз обличчя, які

можуть сигналізувати про її виникнення. Однак навіть коли ви виявите таку дисоціацію, ви можете виявити, що як тільки вона почалася, ви мало що можете зробити, щоб її зупинити. Спроби запобігти дисоціації шляхом навчання вашого пацієнта підтримувати поточне усвідомлення часто більш успішні, ніж переривання дисоціативного епізоду, коли він почався.

Інша поведінка також може вказувати на відсутність бажання брати участь у викритті. Наприклад, неохочі пацієнти можуть відмовитися від лікування або спробувати переконати вас, що терапія не спрацює. Пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом часто важко повірити, що тривога зменшиться в результаті лікування — незалежно від того, наскільки логічним це було б обґрунтування. Багато пацієнтів вважають, що наближення до спогадів про травму та стимулів погіршить ситуацію.

Таким чином, вони можуть спробувати переконати вас, що припинення їх уникнення є смішним і небезпечним. Така поведінка свідчить про те, що пацієнти не повністю прийняли обґрунтування.

Початок лікування

53

У деяких випадках в основі небажання може лежати сором. Пацієнти, які вважають свою травму дуже ганебною, бояться втратити стосунки з вами, оскільки вони стають для них важливішими. У таких випадках, коли терапевтичний альянс зміцнюється, ваші пацієнти, як це не парадоксально, виявляються менш, а не більшими, готовими брати участь у втручаннях, орієнтованих на травму.

Розгляд готовності включає два кроки. По-перше, вам потрібно оцінити готовність, що може полягати в тому, щоб просто запитати пацієнтів: «Чи готові ви це зробити?» Іншими словами, враховуючи наявну інформацію та їхні особисті цілі, чи вони (1) переконані, що вплив допоможе їм досягти своїх цілей, і (2) чи готові відчувати сильні емоції заради обіцянки остаточного полегшення симптомів. Однак, як зазначалося раніше, небажання також може потребувати додаткової

оцінки (наприклад, щоб визначити, що сором є рушійною силою небажання).

Якщо ви визначите, що пацієнт не бажає пробувати опромінення, почніть із перегляду обґрунтування опромінення. Можливо, ваш пацієнт неправильно зрозумів обґрунтування, не зміг його запам'ятати або мав запитання без відповіді. По-друге, ви можете вивчити пацієнтів

занепокоєння щодо відсутності контролю над процесом впливу або побоювання, що ви будете «примусово»

їх, щоб завершити експозицію. По-третє, якщо ви підозрюєте, що сором може лежати в основі небажання, вам може бути корисно спочатку запровадити когнітивну реструктуризацію (див. Розділ 8).

Це дає вам змогу звернути увагу на думки, що лежать в основі сорому, і думки про наслідки розголошення, яке може перешкоджати готовності пацієнтів викритися. Крім того, ви можете дослідити плюси та мінуси участі у викритті (див. «Аналіз рішень» у Розділі 9).

Збільшення контролю пацієнта над впливом є ще однією корисною стратегією підвищення готовності. Як і у випадку з будь-яким іншим терапевтичним завданням, опромінення має відбуватися добровільно, і ви повинні пом'якшити будь-яке занепокоєння вашого пацієнта, що «ви змусите мене подумати про це». Добровільна участь у опроміненні є як етичною, так і практичною, оскільки контроль над опроміненням може бути важливим для його успіху. Наприклад, одна точка зору щодо того, чому вплив діє (Mineka & Thomas, 1999), стверджує, що зниження тривоги під час впливу значною мірою відбувається завдяки посиленню сприйняття контролю. Крім того, як обговорювалося в розділі 2, теорії ПТСР передбачають втрату контролю над загрозою в етіології ПТСР. Дослідження не вивчали роль контролю пацієнтів серед осіб з ПТСР. Кілька досліджень, однак, продемонстрували його цінність у лікуванні специфічних фобій та ОКР. Наприклад, два дослідження показали, що самоконтрольоване опромінення є кращим від опромінення під контролем терапевта для специфічних фобій (Hepner & Cauthen, 1975) і ОКР (Emmelkamp & Kraanen, 1977).



Опромінювальну терапію, звичайно, можна проводити лише тим хворим, які готові її проводити.

— MARKS (1987, стор. 458)

Визначна роль уявної втрати контролю при ПТСР підкреслює важливість підвищення у пацієнтів відчуття контролю над своїм життям. З цього випливає, що терапевтичне втручання буде контрпродуктивним, якщо пацієнти не вірять, що контролюють його.

Справді, як зазначалося раніше, відчуття втрати контролю над впливом може бути фактором ризику для негативної реакції. Тому ми пропонуємо надати пацієнтам якомога більше можливостей контролювати процес терапії. Наприклад, ми чітко нагадуємо пацієнтам, що контакт є абсолютно добровільним. Коли Джулі повідомила про занепокоєння щодо початку викриття,

54

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

її терапевт сказав: «Не забувайте, ви контролюєте це. Я не можу і не буду змушувати вас викриватися. Це ваш вибір і під вашим контролем». Джулі відповіла: «Ви маєте рацію. Але я думаю, що зможу це зробити. Я думаю, що мені потрібно це зробити».

### *Здібності пацієнта*

Іноді пацієнти готові спробувати опромінення, але, здається, їм бракує навичок, необхідних для успішного завершення цього. Пацієнти, яким не вистачає навичок переживати тривогу та зважати на неї, виключаючи інші емоції, рідко добре справляються з експозицією. Проте вони можуть успішно продовжувати вплив після розвитку навичок уважності, як це передбачено в DBT (Linehan, 1993a). Уважність передбачає увагу до поточних переживань, включаючи емоційні стани. Тому навички уважності можуть полегшити взаємодію з тривогою, необхідну для успішного викриття. У розділах 6 і 7 ми докладніше обговорюємо навички, пов'язані з експозицією.

## **"Чи варто починати з експозиції чи когнітивної реструктуризації?"**

Після того, як ви вирішите використати експозицію, вам потрібно вирішити, починати з експозиції чи когнітивної реструктуризації. Як правило, ми починаємо з викриття, якщо немає вагомих причин для цього. Найпоширенішою причиною для початку когнітивної реструктуризації є те, що ваша оцінка вказує на те, що ваш пацієнт відчуває сильне почуття провини та/або сорому у зв'язку з травматичною подією. Ці відчуття можуть перешкоджати бажанню брати участь у опроміненні або вони можуть перешкоджати звикання під час опромінення та призвести до зменшення користі для вашого пацієнта (докладніше обговорюватиметься далі в розділі 8).

Якщо ви плануєте включати вплив і когнітивну реструктуризацію одночасно під час лікування, також може бути доцільно розпочати когнітивну реструктуризацію спочатку, оскільки думки, які виникають під час впливу, інколи не вирішуються лише впливом. У таких випадках ви використовуєте когнітивну реструктуризацію, щоб вирішити ці думки відразу після опромінення, якщо ваш пацієнт уже навчився цій навичці.

Наприклад, Карлос, який пережив сексуальне насильство в дитинстві, висловив великий сором за насильство під час оцінювання та отримав високі бали в Переліку провини, пов'язаної з травмою (Kubany et al., 1996). Передбачаючи визначну роль когнітивної реструктуризації в його лікуванні, терапевт навчив Карлоса когнітивної реструктуризації одразу після психоосвіти. Спочатку Карлос кинув виклик таким страшним думкам, як

"Небезпечно бути вдома одному" та безнадійні думки на зразок "Мені ніколи не буде добре". Згодом терапевт Карлоса зазначив, що думки, пов'язані зі соромом і провинною, висловлювалися під час уявного впливу. Наприклад, Карлос сказав: «Я дозволив цьому статися, тому я був співавтором» і «Це означає, що я гей — я менший чоловік». Після 60-хвилинної експозиції терапевт зміг негайно перейти до когнітивної реструктуризації, і Карлос досяг значного прогресу, кидаючи виклик першій думці протягом решти 15 хвилин сеансу. Таким чином, коли ви

досить впевнені, що вам потрібно використовувати когнітивну реструктуризацію, часто має сенс навчати цьому навику заздалегідь, щоб його можна було застосувати, коли це необхідно.

Ще одна причина, через яку ви можете запровадити когнітивну реструктуризацію перед впливом, пов'язана із супутніми захворюваннями (зокрема, депресією) та/або проблемами безпеки. Наприклад, якщо ваш пацієнт демонструє дуже важку депресію, що супроводжується суїцидальними думками та низьким рівнем

Початок лікування

55

Якщо

функціонує, але не потребує госпіталізації, ви можете витратити окремий період, зосередившись на депресії, зміцнюючи імпульс і довіру, перш ніж зосередитися безпосередньо на ПТСР. Когнітивна реструктуризація є емпірично підтвердженим втручанням для лікування депресії, тому має сенс використовувати його в цьому випадку. Це може включати інші когнітивно-поведінкові втручання для лікування депресії, такі як планування діяльності (див. Persons et al., 2001) або вирішення проблем (див. Розділ 9).

Як правило, ця фаза лікування дуже коротка (два-чотири сеанси) і зосереджена на збільшенні функціональної активності та піднесенні надії щодо потенціалу КПТ для ПТСР

щоб зменшити страждання. Подумайте про те, щоб перейти до експозиції, як тільки ви помітите зростання надії та помірне покращення функціонування, замість того, щоб чекати, поки депресія повністю вирішиться. Це малоймовірно без цілеспрямованого лікування ПТСР. Якщо покращення не досягнуто швидко, може знадобитися вищий рівень втручання, наприклад часткова лікарняна програма. Крім того, якщо депресія вашого пацієнта має чіткий зв'язок із життєвими проблемами поза посттравматичним стресовим розладом, такими як невдалий шлюб, хронічний біль або сімейні

проблеми, або якщо депресія є основним діагнозом (див. Розділ 3), тоді може знадобитися зосередитися на початковому план лікування для поліпшення настрою. Після повного курсу лікування депресії переоцініть посттравматичний стресовий розлад і визначте, чи показана КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу.

Когнітивна реструктуризація також може бути корисною для внесення змін у поведінку, які можуть підвищити фізичну безпеку або зменшити гнів. Наприклад, симптоми травми Глорії були пов'язані з втратою її чоловіка 11 вересня та фізичним насильством у дитинстві з боку її мачухи. Проте терапевт не хотів починати з викриття, тому що Глорія брала участь у розрізанні, яке відбулося після її частих контактів зі своїм літнім, емоційно жорстоким батьком. Терапевт використав когнітивну реструктуризацію, щоб відповісти на думки Глорії про те, що вона зобов'язана піклуватися про свого батька в старості. У результаті Глорія зменшила контакти з батьком, і її бажання скоротитись також швидко зменшилися.

Так само Ніхла, яка зазнала сексуального насильства з боку свого двоюрідного брата, продовжувала регулярно спілкуватися з ним на сімейних заходах і по телефону, навіть незважаючи на те, що під час цих зустрічей він часто був ледь помітно сексуальним. Ці контакти розпалювали гнів Ніхли, тому її терапевт почав із звернення до думок Ніхли про те, що вона зобов'язана підтримувати стосунки зі своїм двоюрідним братом. Подальші втручання також спрямовані на гнів.

Нарешті, рішення спочатку запровадити когнітивну реструктуризацію також стосується практичних питань часу. Якщо ви починаєте лікування нового пацієнта безпосередньо перед від'їздом у відпустку, то це може бути не вдалий час для початку опромінення. Таким чином, ви можете вирішити запровадити когнітивну реструктуризацію протягом кількох тижнів перед від'їздом. Це гарантує, що ви зможете контролювати свого пацієнта протягом перших тижнів опромінення, а також підтримує активні терапевтичні завдання протягом проміжного періоду. Хоча відкласти початок терапії до вашого повернення також є варіантом, перерва може збільшити ризик відсіву.

Існують також випадки, коли когнітивна реструктуризація може бути нерозумною. Наприклад, пацієнтам з явними когнітивними обмеженнями часто важко продуктивно брати участь у формальній когнітивній реструктуризації. Ви також можете зіткнутися з цим у пацієнтів без явного когнітивного дефіциту на початку. Якщо у вас є чітка інформація про те, що ваш пацієнт має когнітивні обмеження (наприклад, черепно-мозкова травма в анамнезі, порушення розвитку або деменція), подумайте про перехід безпосередньо до впливу, навіть якщо є інші ознаки когнітивної реструктуризації.

56

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### «Чи варто починати з *In Vivo* чи з Уявних Контактів?»

У багатьох випадках є вагомі причини почати з впливу *in vivo*. Пацієнтам часто легше зосередити свою увагу на конкретних спостережуваних подразниках *in vivo* впливу порівняно з абстрактним стимулом впливу (тобто спогади в їхній свідомості) уявного впливу. Спогади також зазвичай складніші, ніж *in vivo* подразники. Таким чином, на подразник впливу *in vivo* може бути легше стежити протягом тривалого періоду, ніж на спогад і вплив *in vivo* може призвести до швидкого зменшення страху, часто за 30 хвилин або менше. Досягнення швидкого зменшення страху є більш миттєвим підкріпленням для багатьох пацієнтів, які підозрюють початок контакту.

Початок з опромінення *in vivo* має додаткову перевагу, оскільки надає вам важливу інформацію перед тим, як приступати до уявного опромінення. З першого домашнього завдання *in vivo* ви дізнаєтеся, наскільки ваші пацієнти готові та здатні самостійно виконувати вправи з опроміненням, чи розуміють вони завдання та виконують інструкції щодо ведення записів, і як швидко зменшується їхнє занепокоєння. Ви повинні використовувати цю важливу інформацію для планування лікувальних заходів. Ігнорування таких спостережень може поставити під загрозу терапевтичний альянс та/або прихильність пацієнтів до лікувальної діяльності та потенційно призвести до зниження

прихильності до лікування та/або відсіву. Наприклад, якщо пацієнт не виконує завдання щодо опромінення *in vivo*, це може передвіщати погану прихильність, коли до завдання додається домашнє завдання з уявного опромінення.

## **УПРАВЛІННЯ ПРАКТИЧНИМИ ПРОБЛЕМАМИ ТА СИСТЕМНИМИ ПЕРЕШКОДАМИ**

### **Тривалість і частота сеансу**

На жаль, системи охорони психічного здоров'я іноді недостатньо пристосовані до КПТ

для ПТСР. Тим не менш, коли це можливо, ми виступаємо за впровадження КПТ у спосіб, який максимально відповідає дослідженням. Таким чином, ми рекомендуємо використовувати 90-хвилинні сеанси, якщо це можливо (тобто ви можете отримати відшкодування), оскільки КПТ для ПТСР

часто проводиться під час 90- або 120-хвилинних сеансів у дослідницьких дослідженнях (Bryant та ін., 2003; Foa та ін., 1991, 1999; Rauch та Ost, 2001; Resick та ін., 2002).

Так само розгляньте можливість використання сеансів двічі на тиждень, якщо це вказано та можливо. Ряд дослідників призначають КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу протягом більш короткого періоду часу, використовуючи сеанси двічі на тиждень (Foa та ін., 1991, 1999). Хоча незрозуміло, чи сеанси двічі на тиждень покращують результат лікування посттравматичних стресових розладів, дослідники КПТ в інших областях (наприклад, розлади харчування та депресія) виступають за сеанси двічі на тиждень на початку лікування, щоб заохотити ранній імпульс (Fairburn, Bohn, & Nutt, 2004). ). Більше того, навіть якщо ваш план передбачає щотижневі сеанси, деякі пацієнти з посттравматичним стресовим розладом можуть отримати користь від сеансів кожні два тижні під час важких фаз лікування. Наприклад, якщо пацієнт бореться з опроміненням, ви можете вирішити перейти на двотижневий графік. Подібним чином, коли пацієнт переживає кризу, ви можете

продовжити опромінення, зустрічаючись раз на два тижні, один раз на тиждень для опромінення та один раз для лікування кризи.

Однак якщо ви займаєтеся приватною практикою та покладаетесь на відшкодування від третьої сторони, ви можете вважати такі рекомендації проблематичними. Багато сторонніх платників відмовляються від платежу або створюють труднощі процедури затвердження для довших або більш частих сеансів.

Початок лікування

57

Таким чином, із самого початку ви можете зіткнутися з перешкодами, які завадять вам запровадити методи КПТ на основі доказів.

Ми виступаємо за докладення зусиль, необхідних для подолання цих перешкод, оскільки СВТ

для ПТСР може значно зменшити страждання ваших пацієнтів. Іншими словами, не здавайтеся. Системні бар'єри, як правило, можна подолати з певною творчістю. Наприклад, сеанси впливу часто можна скоротити до 50 хвилин після того, як ваш пацієнт відчув зниження тривоги під час першого або двох сеансів. Крім того, деякі плани пільг дозволяють довші або частіші сеанси, хоча вони можуть не дозволяти обидва. Таким чином, деяких пацієнтів можна запланувати двічі на тиждень по 50 хвилин під час ранніх сеансів опромінення.

На щастя, страхові компанії починають знайомитися з емпірично підтвердженими рекомендаціями щодо лікування. У таких випадках демонстрація того, що ви знайомі з дослідницькою літературою та розумна розмова про КПТ, допомагає встановити вашу клінічну компетентність, що полегшує авторизацію. Якщо ви зіткнулися з керівниками медичних закладів, які не знайомі з КПТ при посттравматичному стресовому розладі, вам може бути корисно розпочати обговорення досліджень, які підтримують КПТ. Це може включати надсилання факсом менеджера з догляду переліку посилань, що підтверджують ефективність КПТ при ПТСР (див. Розділ 1),

пропозицію також надіслати факсом копії деяких оригінальних звітів про дослідження та запрошення менеджера з догляду поділитися дослідженнями щодо альтернативних методів лікування, які страхова компанія хоче, щоб ви використовували. Не бійтеся використовувати дослідницьку літературу для захисту своїх пацієнтів. Літератури, що підтверджує когнітивну терапію при посттравматичному стресовому розладі, є значною, і хороший результат зменшує довгострокові витрати. Крім того, більшість рецензентів приймуть вашу точку зору, а не прив'яжуть свій факс сторінкою до сторінки оригінальних звітів про дослідження.

На додаток до інших обмежень, багато планів обмежують кількість сеансів на рік, що є потенційною проблемою для будь-якої форми терапії. Проте, якщо ви боїтеся, що передчасне припинення лікування призведе до того, що ваш пацієнт перебуватиме у стані підвищеного дистресу, ви можете не захотіти починати терапію, орієнтовану на травму. Це зрозуміло, і ви, безсумнівно, побачите деякі випадки, коли немає сенсу починати вплив, коли терапія обмежена (наприклад, у деяких пацієнтів із серйозними суїцидальними думками). Проте дивовижне коло пацієнтів може отримати користь від просування вперед із КППТ, яка була розроблена як короткострокова.

Багато пацієнтів відчують значну користь лише від кількох сеансів впливу та/або когнітивної реструктуризації. Якщо нічого не допомагає, ви можете відкласти лікування на пізніший квартал року, що зменшить ефект річних обмежень виплат. Нарешті, деякі уряди прийняли закони про паритет психічного здоров'я, які забороняють обмеження медичних послуг для конкретних психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад. Відповідно до таких законів, обмеження сеансів часто не допускаються. Вам слід ознайомитися із законами про рівність психічного здоров'я в юрисдикції, у якій ви працюєте. Бувають випадки, коли вам потрібно тактовно нагадати менеджеру з догляду про закон.

## **Недостатня підтримка**

Одною системною проблемою, з якою ви можете зіткнутися, є неадекватна підтримка для лікування складних пацієнтів. Багато



пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом переживають значну кількість кризових ситуацій під час лікування, включаючи схильність до самогубства, міжособистісні суперечки, фінансові та юридичні проблеми. Крім того, прикордонні симптоми не є рідкістю навіть серед пацієнтів із ПТСР, які не відповідають усім критеріям прикордонного розладу особистості

58

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

(BPD). Наприклад, пацієнти з посттравматичним стресовим розладом можуть проявляти стресову поведінку (наприклад, самоушкодження) і підтримувати вас у проведенні неефективної терапії (наприклад, заохочуючи вас уникати лікування, орієнтованого на травму; Linehan, 1993a, стор. 425). Таким чином, лікування великої чи навіть помірної кількості цих пацієнтів може бути складним завданням.

Терапія, орієнтована на травму, також вимагає, щоб ви знову і знову прослуховували жахливі події в наочних деталях. Незважаючи на те, що ви звикли до цього, прослуховування іншого типу події, особливо жахливої події або такої, що нагадує вам особистий досвід, може час від часу залишати вас дещо приголомшеними, навіть якщо ви дуже досвідчені.

Описуючи лікування BPD, Linehan (1993a) наголошує на необхідності постійного спостереження та консультацій. Як зазначалося раніше, терапевти, які лікують ПТСР, і ті, хто лікує БЛД, стикаються з подібними стресовими факторами. Таким чином, поради Лінехана здаються актуальними для терапевтів посттравматичних стресових розладів. Консультація з колегами може допомогти підвищити моральний дух, надати альтернативні перспективи, коли терапія здається застряглою, і забезпечити безпечну, конфіденційну обстановку для обробки ваших власних реакцій. Якщо ви займаєтеся індивідуальною приватною практикою, подумайте про створення консультаційної групи з іншими терапевтами, які регулярно лікують посттравматичний стресовий розлад, в ідеалі використовуючи КПТ

або інші види терапії, орієнтовані на травму. Якщо ви запроваджуєте КПТ, ви, ймовірно, виявите менш корисним участь у консультаційній групі з терапевтами, які не бажають безпосередньо звертатися до історії травм своїх пацієнтів.

## **ВИСНОВОК**

Коли ви розпочинаєте КПТ із пацієнтом із ускладненим посттравматичним стресовим розладом, вам потрібно розглянути широкий спектр різнорідних питань. Ми спробували надати вказівки щодо вирішення деяких із цих проблем. Зрештою, ваша ефективність у лікуванні посттравматичних стресових розладів залежить від вашої здатності збалансувати структуру та завдання КПТ і відповідати індивідуальним потребам вашого пацієнта.

## **П'ЯТЬ**

### **Психоосвіта**

Кейт — 50-річна жінка, яка пережила численні травматичні події. У дитинстві вона була свідком того, як батько бив її брата. У дорослому віці Кейт піддавалася фізичному насильству з боку свого першого чоловіка, який неодноразово погрожував їй застрелити. Через три роки після розлучення з ним Кейт почала зустрічатися з Марком, за якого вийшла заміж через 3 роки. Під час медового місяця Марк почав знущатися над Кейт фізично та сексуально. Відчуваючи поразку, Кейт дійшла висновку, що жертва насильства — це вона.

«багато в житті». Вона прожила в шлюбі з Марком 10 років, часто терплячи щоденне фізичне та/або сексуальне насильство. Нарешті за допомогою притулку для постраждалих Кейт покинула Марка й подала на розлучення. Під час вступу Кейт продемонструвала виражений переляк і повідомила про надзвичайне занепокоєння щодо оцінювання. Вона заявила, що попередній терапевт сказав їй, що їй потрібне лікування посттравматичного стресового розладу, але їй знадобилося понад 6 місяців, щоб набратися сміливості звернутися за спеціалізованим лікуванням. Кейт мала обмежені контакти зі своїми дорослими дітьми, які віддалилися від неї під час другого шлюбу. Вона

також практично не мала соціального життя і більшу частину часу відчувала депресію. Вона регулярно відчувала напади паніки. Звичайний день складався з того, що вона йшла на роботу, де їй було важко зосередитися та впоралася зі спогадами та настирливими спогадами, а потім поверталася додому. Більшість вечорів вона проводила, обіймаючи маленьку собачку та прислухаючись до шуму за межами квартири, бо боялася, що Марк переслідує її. Кейт ще не розлучилася, і в неї було мало фінансових ресурсів чи особистих речей, оскільки вона залишила майже всі свої речі, коли розлучилася з Марком. Крім того, вона надто боялася його, щоб боротися за своє майно чи гроші. У той же час, залишивши свого першого чоловіка лише без одягу на спині, вона відчувала пригніченість через необхідність «знову починати» і дорікала собі за те, що вона була

"курка і невдаха". Кейт також вважала, що вона «божеволіє» і що її симптоми посттравматичного стресового розладу виправдовували таку інтерпретацію її самої.

## **ОБГРУНТУВАННЯ ТА ІНФОРМАЦІЯ**

Психоосвіта виконує кілька важливих функцій у КПТ. Для початку, ділячись інформацією про посттравматичний стресовий розлад, ви починаєте формувати очікування пацієнтів щодо процесу терапії, роблячи лікування більш передбачуваним і менш тривожним. Крім того, па-59

60

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

Пацієнти часто мають очікування щодо терапії, яка може точно збігатися з КПТ, а може й ні. Наприклад, пацієнти можуть очікувати, що терапія буде зосереджена на розвитку розуміння, а не на розвитку нових навичок. Вони також можуть розраховувати на відчуття заспокоєння та розслаблення під час терапевтичних сеансів, і не очікують, що терапія включатиме будь-який дискомфорт.

Демонстрація тим, хто пережив травму, того, що ви розумієте, що вони відчувають, також зміцнює довіру пацієнтів до вас і лікування, що є важливим для успіху лікування. Нарешті, надаючи чітке та послідовне обґрунтування лікування, ви допомагаєте пацієнтам стати освіченими співавторами у власному лікуванні та зменшуєте ієрархічну різницю між вами та вашими пацієнтами. Таким чином, ви готуєте пацієнтів діяти спільно та бути більш активними учасниками процесу змін.

Крім того, психонавчання передає важливу інформацію, яка закладає основу для переробки травматичних спогадів. Інформація, представлена в психоосвіті, допомагає пацієнтам зрозуміти, що їх реакції на травматичні події є нормальними, і що існують логічні пояснення того, чому їхні симптоми зберігаються. Пацієнти вважають це заспокійливим. Вони також заспокоюються, коли дізнаються, що існують логічні, хоча іноді й суперечливі, стратегії для зміни їхніх симптомів. Насправді нормалізація реакцій на травму — це когнітивне втручання, яке кидає виклик тривожним думкам про значення симптомів посттравматичного стресового розладу та можливість змін (наприклад, «Мої реакції означають, що я божеволію» або «Це безнадійно; мені ніколи не стане краще»). Досить часто пацієнти негайно використовують нову інформацію, щоб змінити свої інтерпретації, що призводить до негайного зменшення страждань. Наприклад, дізнавшись, що її пильність була частиною природної реакції на те, що вона пережила ситуацію, яка загрожувала життю, Кейт зауважила:

"Тож я не збожеволію!" Інформація, представлена під час психоосвіти, також сприяє формальній когнітивній реструктуризації пізніше під час лікування.

Наш підхід до психоосвіти використовує метафори та сократівські запитання для передачі матеріалу з різних джерел про лікування тривоги (Фоа та Ротбаум, 1998; Ротбаум та Фоа, 1999; Барлоу та Краске, 2000). Психонавчання охоплює дві основні сфери: коротку орієнтацію на КПТ (тобто огляд компонентів лікування) та обговорення загальних реакцій серед постраждалих. Як правило, ви представляєте короткий огляд КПТ перед обговоренням загальних

реакцій. Однак спочатку доцільно представити загальні реакції пацієнтів, які не вирішили лікувати посттравматичний стресовий розлад.

Психоосвіта допомагає побудувати переконливі аргументи або обґрунтування для впливу та когнітивної реструктуризації, що допомагає придушити зрозумілу тривогу, яку відчують пацієнти. У цьому розділі ми надаємо детальну інформацію про впровадження основних компонентів психоосвіти. Ви спираєтесь на це, надаючи більш чітке обґрунтування для впливу та когнітивної реструктуризації, коли кожен з них представлений. Ця книга містить додаткові конкретні пропозиції щодо посилення обґрунтування впливу (розділи 6 і 7) і когнітивної реструктуризації (розділ 8).

## **ОРІЄНТАЦІЯ НА КПТ**

Ознайомлення пацієнтів із КПТ не потребує багато часу. Часто достатньо простого опису, такого як наведений нижче. У цьому прикладі терапевт коротко описує як вплив, так і когнітивну реструктуризацію. Грунтуючись на формулюванні вашого випадку, ви можете вирішити розпочати одне з цих втручань спочатку, і в цьому випадку може знадобитися лише обговорити це втручання на початку.

Психоосвіта

61

### **Приклад: Кейт**

*Примітка.* Додаткові коментарі щодо того, чого терапевт намагається досягти в кожному пункті, позначаються матеріалом, виділеним курсивом, у дужках.

ТЕРАПЕВТ: Кейт, давайте трохи поговоримо про те, чого ви можете очікувати від лікування.

КЕЙТ: Добре.

ТЕРАПЕВТ: Мета лікування полягає в тому, щоб ви навчилися нових навичок справлятися зі страхом, тривогою та іншими формами страждань, пов'язаних із вашим травматичним досвідом, щоб ви могли жити легше та щасливіше.

КЕЙТ: ( *Киває.* )

ТЕРАПЕВТ: Ви можете очікувати кілька речей під час лікування. По-перше, я завжди хочу наголошувати, що ми збираємося підійти до вирішення цієї проблеми як команда. Ми обоє вносимо певний досвід у цю проблему, і ми вирішимо її найефективніше, працюючи разом як команда. Я знаю дещо про посттравматичний стресовий розлад та стратегії та навички для зменшення симптомів. Ви знаєте себе. Ніхто інший не має такого ж рівня досвіду, коли справа доходить до того, ким ви є, і ваших власних реакцій. Отже, по суті, ми працюємо разом, і нам знадобиться активна робота з обох сторін, щоб змінити речі для вас.

КЕЙТ: Добре, це має сенс.

ТЕРАПЕВТ: По-друге, лікування триває понад час, який ви проведете зі мною в цьому кабінеті. Домашнє завдання є важливою частиною цього лікування. Деякі домашні завдання включають дії, які потрібно виконувати протягом дня, наприклад, стежити за своїми реакціями на тривожні ситуації. Інші вимагатимуть від вас виділення часу для виконання завдання або відпрацювання навичок. Для отримання користі від лікування необхідна щоденна практика.

Наша мета полягає в тому, щоб допомогти вам почуватися краще якомога швидше, і використання часу поза сеансом справді допомагає нам рухатися вперед до нашої мети. Згадуючи те, що ми щойно розглянули, чи має це сенс для вас? У вас є які-небудь питання?

КЕЙТ: Це має сенс. Я не думаю, що в мене є якісь запитання.

ТЕРАПЕВТ: Добре, тепер давайте поговоримо про деякі конкретні навички та стратегії, на яких ми зосередимося під час лікування. Наше перше завдання полягатиме в тому, щоб навчити вас способам реагування більшості людей на травматичний досвід. Зокрема, ви

дізнаєтесь, що симптоми посттравматичних стресових розладів є засвоєними реакціями, які можна відучити. Решта програми лікування передбачає навчання способам зміни цих вивчених реакцій.

Напевно, це матиме більше сенсу, коли ми почнемо, але чи є у вас запитання?

КЕЙТ: ( *киває головою.* )

ТЕРАПЕВТ: Лікування також зазвичай передбачає навчання визначати, а потім оскаржувати або змінювати думки, які сприяють дистресу. Ми часто називаємо цю навичку «когнітивною реструктуризацією». Ви навчитесь звертати увагу на те, що ви думаєте, щоб краще усвідомлювати думки, які призводять до страждань. Тоді ви навчитесь розпізнавати моделі свого мислення, які сприяють виникненню тривожних почуттів. Ви також дізнаєтесь, як кинути виклик своїм моделям мислення та «відповісти» їм таким чином, щоб зменшити ваше страждання. Тепер, можливо, інші сказали вам подумати

«позитивно», і те, що я щойно описав, може звучати дещо так. Отже, якщо це так

62

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

У випадку

дозвольте запевнити вас, що ми не будемо використовувати тут «полліанівський» підхід. Натомість когнітивна реструктуризація допомагає вам систематично змінювати спосіб мислення дуже значущим чином. Когнітивна реструктуризація діє разом з іншими стратегіями, щоб допомогти вам переробити травматичний досвід у вашій свідомості, щоб ви менше страждали від нього. Це матиме більше сенсу, коли ми почнемо, але чи є у вас запитання?

КЕЙТ: Ні, я думаю, що я сліdkую.

ТЕРАПЕВТ: Крім того, ми будемо використовувати стратегію під назвою «експозиція», яка виявилася дуже корисною для зменшення страху та уникнення, пов'язаного з травматичним досвідом.

Лікування посттравматичних стресових розладів зазвичай включає два види впливу. Але перш ніж я поясню це, якщо ви не заперечуєте, я зупинюся на хвилину та задам вам запитання. Я думаю, ви зрозумієте, чому, за секунду-дві. Чи є у вас домашні тварини?

КЕЙТ: Так, у мене є маленька собачка. Я не знаю, що б я робила без нього.

ТЕРАПЕВТ: Чудово. Отже, уявімо, що я боюся собак, але мені справді потрібно подолати цей страх, тому що наступного місяця я збираюся залишитися у друга, у якого є собака.

Як би ви допомогли мені подолати мій страх?

КЕЙТ: Я не знаю. Думаю, я б порадив вам провести час із собакою — для початку маленькою, доброзичливою собакою на повідку. Якщо ви проведете час із маленькою доброзичливою собакою, як мій Чарлі, ви побачите, що собаки не такі вже й страшні. Тоді ви можете перейти до більшої собаки.

Але лише тоді, коли ви будете готові.

[ Коментар: Терапевт дозволяє Кейт описати вплив, замість того, щоб розповідати їй про це. Ця стратегія підвищує залученість пацієнтів і робить процес більш спільним.]

ТЕРАПЕВТ: Чудово! Насправді ми маємо назву саме для того, що ви описали. Ми називаємо це *in vivo* експозицією, що в основному означає «живу експозицію». Вплив *in vivo* передбачає ретельно структурований вплив на реальні життєві ситуації, яких ви уникали, щоб зменшити страхи, пов'язані з травматичними подіями. Тож так само, як ви допомогли б мені підійти до маленької собаки, а потім до більшої собаки, я допоможу вам підійти до ситуацій, яких ви уникали,



оскільки вони нагадують вам про травму, але які, як ви знаєте, не завдадуть вам шкоди.

Ми також будемо використовувати другий тип експозиції, який називається уявною експозицією. Ви коли-небудь дивилися фільм із заплутаним, заплутаним сюжетом? Наприклад, можливо, фільм, у якому ви не можете повністю зрозуміти, що сталося під час фільму. Можливо, ви думали про фільм протягом тривалого часу після того, як фільм закінчився, і, можливо, ви навіть мріяли про фільм.

КЕЙТ: Я пам'ятаю кілька таких фільмів.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте подумаємо про те, що може статися після перегляду такого фільму. Це майже так, ніби ваш мозок має зрозуміти те, що ви бачите під час фільму, до того, що він не може відпустити, доки всі частини не зійдуться воедино. Тож ми можемо сказати, що ваш мозок має обробити фільм, зібрати всі частини разом і осмислити цей досвід.

КЕЙТ: *(Киває.)* Це має сенс. Я ніби не можу перестати думати про це, поки все це не з'єднається.

Психоосвіта

63

ТЕРАПЕВТ: Саме так. І багато в чому травматичні переживання трохи схожі на справді складний фільм. Наш мозок повинен осмислити або обробити травматичні спогади.

Тільки важко обробити ці спогади, тому що, здебільшого, ми хочемо уникнути цих спогадів. Що відбувається, коли у вас раптово з'являються спогади про ваш травматичний досвід? Що ти робиш?

КЕЙТ: Я намагаюся викинути їх із пам'яті.

ТЕРАПЕВТ: І це цілком сенс! Цілком зрозуміло, що ви не хочете думати про свої спогади. Як ви думаєте, що трапилося б після

складного фільму, якби ви продовжували виганяти фільм із голови?

КЕЙТ: Я не знаю. Здається, мій розум не міг би зрозуміти це, якби я продовжував відштовхувати це.

ТЕРАПЕВТ: Так, ми повинні дати нашому розуму трохи часу, щоб опрацювати фільм, і те саме стосується травматичних переживань. І коли ми відкидаємо спогади, наш мозок не отримує можливості робити те, що йому потрібно. Це обґрунтування уявного впливу. Уявне опромінення передбачає повторне пригадування своїх травматичних спогадів протягом тривалого періоду часу. Мета цього лікування – допомогти вам обробити спогади, пов'язані з травмою, і зменшити вашу тривогу з приводу спогадів. Залишатися з цими спогадами, а не уникати їх, спочатку може бути дуже неприємно. Це нормальна реакція на ці ненормальні та шкідливі події. Але з часом ця терапія допоможе зменшити тривогу та страх, пов'язані зі спогадами. Це допоможе вам позбутися реакції тривоги, яка виникла в результаті травматичного досвіду.

Основні моменти, які ви повідомляєте своєму пацієнту, досить прості. Проте варто згадати кілька моментів. По-перше, одним із найважливіших аспектів психоосвіти є те, що вона має сенс для пацієнтів з точки зору їхнього власного способу розуміння світу. Ваше завдання — по-справжньому надати інформацію своїм пацієнтам і підтвердити, що вони розуміють. Одне спостереження, яке ми зробили під час нагляду за новими терапевтами з КПТ, полягає в тому, що потреба передати зміст за допомогою КПТ, здається, відволікає деяких терапевтів від практики їхніх «неспецифічних» терапевтичних навичок. Наприклад, під час нагляду за одним психіатричним лікарем ми виявили, що вона швидко, але поверхнево, переглянула інформацію зі своїм пацієнтом і сказала своєму пацієнту віднести показання додому, щоб переконатися, що вона «зрозуміла». Пізніше мешканець сказав: «Це було дуже легко, швидко та нудно».

Не дивно, що пацієнтка повернулася на наступний сеанс, сказавши, що загубила папери та справді не розуміла, що відбувається. Тому ми заохочуємо вас використати свої терапевтичні навички та знайти

власний стиль презентації. Навички загальної терапії є важливими для ефективної КПТ.

Також важливо зробити матеріал значущим для ваших пацієнтів. Як було показано раніше, використання метафор може допомогти оживити інформацію. Подібним чином використовуйте гумор, наскільки це працює для вас і ваших пацієнтів. Хоча ця порада є основною, ми включили її, оскільки *те, як* ви проводите психоосвіту, є таким же важливим, як і *те, що* ви повідомляєте. Терапевтичні стосунки є такими ж життєво важливими для КПТ, як і інші форми терапії, і сухий підхід «Ось правила — ось що ми збираємося робити» може не сприяти цьому стосунку. Під час психоосвіти ви закладаєте основу ваших стосунків. Компоненти подальшої обробки значною мірою покладаються на цю основу, тому вона має бути якомога міцнішою та стабільнішою. Нарешті, важливо пам'ятати про підтримку діалогу з пацієнтом. Мало кому подобається читати лекції, але кількість інформації

64

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

представлений у психоосвіті підвищує ризик читання лекцій. Нижче наведено деякі загальні терапевтичні інструменти, які можуть допомогти вам підтримувати діалог.

- Використовуйте мову, якою користуються ваші пацієнти, щоб описати проблеми та реакції. Уникайте розмовляти зі своїми пацієнтами принизливо або використовувати настільки витончену мову, що це може налякати їх. Використання їхніх слів допомагає створити спільну мову.

«Коли ми вперше зустрілися, ви сказали мені, що більшу частину свого життя зберігали ці спогади та почуття «в коробці». Цілком логічно, що ви не хотіли думати про те, що сталося, тому що ти завжди відчував себе «огидним», коли тобі нагадували про той час у твоєму житті».

- Часто перевіряйте, щоб переконатися, що ваші пацієнти розуміють. Витягування пацієнта «з кишені» (тобто «Деякі пацієнти кажуть мені...») також може безпечно для пацієнтів визнати, що вони не розуміють.

«Деяких людей бентежить, коли я говорю про усвідомлення думок, які викликають страждання. Для вас це має сенс чи це збиває з пантелику?»

- Вислухайте та обґрунтуйте проблеми.

"Зрозуміло, що ви не хочете "йти туди". Ви так довго тримали це в коробці. Цілком природно боятися, що гребля може прорватися, і що якщо ви дозволите собі думати про це, ви будете повністю поглинені своїм стражданням».

- Будьте чуйними та підтримуючими, заспокоюючими та водночас чесними. Це лікування іноді буде складним, тому ви не хочете приховувати цей факт.

"Як ви сказали мені, ви вирішили отримати мою допомогу, оскільки зрозуміли, що спосіб, яким ви справлялися, насправді не працює — що ви відчували, що ваше життя стає кращим.

«все менше й менше». Ви прийшли сюди, хоча вам було дуже важко зважитися на це. Щоб протистояти своїм страхам, потрібна велика мужність. Незважаючи на те, що попереду нас чекає важка робота, ви показали, що маєте мужність і бажання мати краще життя».

## **НАВЧАННЯ ПОШИРИХ РЕАКЦІЙ**

### **ДО ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ**

Пацієнтам із ПТСР часто важко обговорювати свій травматичний досвід, особливо на ранніх етапах лікування. Обговорення такого досвіду є важливою частиною КПТ для ПТСР. Пам'ятайте, однак, що мета психоосвіти не полягає в тому, щоб наражати пацієнтів на травматичні спогади та стимули. Швидше, під час психоосвіти ви

надаєте інформацію з метою підвищення обізнаності пацієнтів і розуміння їхніх переживань.

На жаль, досягнення останньої цілі (повідомлення інформації) іноді ненавмисно включає вплив, а зміни в когнітивних процесах можуть погіршити *деякі* па-

## Психоосвіта

65

здатність пацієнтів навчатися. Наприклад, коли матеріал, який обговорюється під час психоосвіти, викликає спогади, пов'язане з цим збудження може призвести до зміни уваги та фокусу, що призводить до порушення здатності зосередитися на психоосвіті. Це може заважати як зберіганню, так і подальшому відкликанню психоосвітнього матеріалу. Порушення концентрації може бути особливо проблематичним для пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які сильно збуджені і, таким чином, схильні до когнітивного перевантаження (тобто вони «закриваються» або «налаштовуються»). Пацієнти, які схильні до дисоціації, також можуть дисоціювати під час психоосвіти. Таким чином, іноді ви можете виявити, що пацієнт зберіг мало інформації з першого сеансу, незважаючи на те, що здавалося, що він розуміє інформацію під час початкової презентації.

Оскільки важко заздалегідь передбачити, кому буде важко зосередитися, вам може бути корисно підходити до психоосвіти як до навчального процесу, а не як одноразової лекції. Навчання інформації часто відбувається найкраще, якщо воно відбувається поступово — спочатку представлення концепцій широкими мазками з подальшим уточненням і повторенням на наступних заняттях. Кілька модальностей також можуть забезпечити корисне повторення.

Наприклад, ми часто надаємо інформацію усно, малюємо малюнки на дошці чи блокноті, надаємо роздаткові матеріали з оглядом ключових ідей і навіть надаємо аудіозаписи психопедагогічних обговорень для домашнього перегляду. Останнє часто особливо корисно для пацієнтів, які дисоціюють або «закриваються» під час психоосвіти.

Надання можливостей для навчання через активну обробку та відкриття, а не через пасивне заглиблення, також може зробити речі цікавими та допомогти пацієнтам навчатися. Коли інформація подається назустріч і в технічних термінах, для багатьох людей не тільки втрачається релевантність «реальному житті», але також стає важче ознайомитися з інформацією. З нашого досвіду використання метафори полегшує обговорення посттравмових реакцій, забезпечуючи дистанцію від власного досвіду постраждалих від травми та посилюючи взаємодію з матеріалом. Здається, що відстань допомагає багатьом постраждалим зберігати зосередженість, а ця метафора може стати мовою для легкого позначення досвіду під час лікування. Крім того, метафори природно вносять гумор у психоосвітній процес. Таким чином, якщо метафори працюють для вас і ваших пацієнтів, використовуйте їх і трохи розважайтеся.

Визначність реакції «бій-втеча» в розумінні реакцій тривоги та страху фахівцями з тривоги схиляє нас до використання метафор, пов'язаних із небезпечними тваринами (левами, тиграми, ведмедями тощо). Таким чином, замість того, щоб почати із загального обговорення страху як зрозумілої реакції на травматичний досвід постраждалих, ми беремо наших пацієнтів на уявне сафарі. Якщо сафарі не відповідає вашому клінічному стилю, виберіть і розробіть власну аналогію (пожежа в будівлі; божевільний, великий собака на задньому дворі тощо) або скористайтесь більш прямою презентацією. Проте багатьом нашим пацієнтам подобається подорож до Африки, і це зменшує їхню тривогу щодо обговорення власних симптомів і досвіду. Зразок діалогу подано нижче. Роздатковий матеріал 5.1 є прикладом роздаткового матеріалу «Поширені реакції на травматичний досвід». Ми радимо вам скопіювати або адаптувати роздатковий матеріал для власних потреб.

Підсумовуючи, ваша мета на цьому етапі психоосвіти полягає в тому, щоб (1) навчити ваших пацієнтів, що лякаючі та непереборні відчуття страху, які вони відчувають, є частиною нормальної людської функції (тобто втеча–боротьба–відповідь на зависання); (2) навчити їх типовим людським реакціям на травматичний досвід, включаючи фізичні, поведінкові та когнітивні компоненти; (3) допоможіть їм визначити їхні власні специфічні реакції та розділіть їх на категорії,

перелічені в роздатковому матеріалі, щоб вони могли відступити від своїх симптомів.

66

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

томи; (4) допомогти їм побудувати власне обґрунтування (на основі представленої інформації) щодо того, чому лікування передбачає підхід до викликаючих страх, але безпечних стимулів і спогадів; і (5) покажіть їм, що ви розумієте, через що вони проходять, і не перевантажені їхніми симптомами. Як зазначалося раніше, багато пацієнтів вважають психонавчання дуже заспокійливим. Це демонструє, що їхні симптоми зрозумілі, і надає деякі докази того, що лікування може змінити ситуацію.

### **Приклад: Кейт**

У розділі нижче демонструється навчання реакції «бій–втеча–завмирання» у сократівський та підтверджуючий спосіб, а також показано, як психонавчання вчить Кейт досліджувати функцію своїх реакцій (тобто мислити як біхевіорист).

ТЕРАПЕВТ: Зараз ми поговоримо про те, чому ви реагуєте на речі так, як ви реагуєте, і чому так багато тривожних почуттів продовжує вас турбувати. Я думаю, що наприкінці цього процесу ви побачите, що краще зрозумієте, що відбувається, і причини, які ви відчуваєте так. Наші стратегії лікування також повинні мати більше сенсу. Зараз деяким людям важко зосередитися, коли вони думають про свою особисту ситуацію. Тому я хотів би запропонувати нам підійти до цього дещо іншим шляхом. Якщо ви згодні і ви погоджуєтесь трохи терпіти мене, я хотів би взяти нас у уявну подорож до Африки. Ви готові спробувати це?

КЕЙТ: Добре, мабуть так.

ТЕРАПЕВТ: Чудово. Добре, ми зараз в Африці. Давайте просто припустимо, що метою нашої подорожі є сафарі, ми встановили намет

і готуємося обідати.

Я не знаю, чи багато ви таборували, але ви, мабуть, здогадалися, що одна з перших речей, які нам потрібні, коли ми розбиваємо табір, — це взяти трохи води. Оскільки ти хороший спорт, ти зголосився спуститися на водопій. Тепер, коли ви наповнюєте наші глечики водою, ви дивитеся вгору і розумієте, що лев прийшов до водопію. (Левам також потрібна вода!) Він величезний і гарчить. Він такого жовто-коричневого кольору. Якого кольору ти б назвав лева?

КЕЙТ: Іржаве золото?

ТЕРАПЕВТ: Звучить добре. Він іржавого золота з великою пухнастою гривною, але що справді привертає вашу увагу, так це його великі гострі зуби та кігті. А тепер як ти відчуваєшся?

[ Коментар: Терапевт заздалегідь визначив, що це буде інтерактивне обговорення а не лекція. Вона підсилює участь пацієнта та підтверджує його образи. ]

КЕЙТ: Налякана, це лев!

ТЕРАПЕВТ: Я б злякався! То як ти реагуєш? Що вам потрібно зробити, щоб вижити?

КЕЙТ: Я б бігла.

ТЕРАПЕВТ: Я теж! Що б ви відчули у своєму тілі, коли готувались тікати від лева?

КЕЙТ: Адреналін?

Психоосвіта

67

ТЕРАПЕВТ: Ви праві. Адреналін є однією з хімічних речовин у вашому тілі, яка впливає на вашу реакцію в цей момент. Як визначити, що стався викид адреналіну? Що ти помічаєш у своєму тілі?



*[ Коментар: Терапевт докладає всіх зусиль, щоб підтримувати обговорення оптимістично, і використовує будь-яку інформацію, яку надає пацієнт, щоб підвести її до інформації, яка є центральною для обговорення. ]*

КЕЙТ: Ну, моє серце калатає.

ТЕРАПЕВТ: Б'юся об заклад, що так! Як ти думаєш, чому твоє серце калатає? Як це допомагає тобі втекти від лева?

*[ Коментар: Терапевт заохочує пацієнта пов'язувати відповідь із функцією. ]*

КЕЙТ: Емм, він качає кров.

ТЕРАПЕВТ: Так. Чому це корисно?

КЕЙТ: Гмм, я не дуже впевнена.

ТЕРАПЕВТ: Ну, якщо ваші ноги будуть бігати, що потрібно вашим м'язам?

КЕЙТ: Енергія?

ТЕРАПЕВТ: Так. Енергія надходить з їжі, яка перетравлюється і розсилається по всьому тілу у вигляді цукру або глюкози. Коли ваше серце б'ється сильніше, посилюється кровообіг, що приносить більше енергії вашим м'язам, щоб ви могли швидко бігати. Що ще потрібно вашим м'язам, щоб спалити це паливо?

КЕЙТ: Хм, можливо, кисень?

ТЕРАПЕВТ: Так! Вам потрібно більше кисню, щоб спалити це паливо, щоб ви могли швидко бігати. Кров також приносить кисень, але як його отримати?

КЕЙТ: Гадаю, я важко дихаю.

ТЕРАПЕВТ: Саме так! Тож одразу ж ваше дихання прискорюється, а серце б'ється швидше, щоб забезпечити до ваших м'язів більше крові, що переносить паливо та кисень. Що ще ви помічаєте?

КЕЙТ: Я тремчу, гаряча й спітніла.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож чому ти думаєш, що тремтиш?

КЕЙТ: Ну, мої м'язи набирають обертів!

ТЕРАПЕВТ: Правильно, напруга у ваших м'язах допомагає вам почати діяти, коли підходить час. А потовиділення?

КЕЙТ: Ну, я не впевнена. Це було б для того, щоб я охолоджувався під час бігу?

ТЕРАПЕВТ: Це має сенс.

КЕЙТ: О, я розумію. Це як бій-втеча?

ТЕРАПЕВТ: Так. Усі фізичні відчуття страху, які ви відчуваєте, є результатом того, що ваше тіло готує вас до бігу та боротьби. Хоча іноді вони можуть бути незручними, вони є реакцією виживання, розробленою, щоб допомогти вам у ситуації, яка загрожує життю. Реакція «бійся-втекай» захищає нас від пошкодження або навіть смерті, коли ми стикаємося з небезпекою. Усі ми маємо реакцію «бійся–втікай» — вона потрібна нам, щоб вижити, — і це ні-

68

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

шкідливо, насправді здорово, реагувати таким чином, коли ми стикаємося з небезпекою. Здається, ви вже стикалися з цим терміном, тому ви розумієте, що я маю на увазі.

[ Коментар: Терапевт продовжує перевіряти відповіді пацієнта та конкретизує їх. ]

КЕЙТ: Так.

ТЕРАПЕВТ: Чи помічаєте ви ще щось, коли стикаєтеся з левом і ваша реакція «бійся-втікай» активується?

КЕЙТ: Ну, я зазвичай відчуваю нудоту та запаморочення. Як це може бути корисним?

ТЕРАПЕВТ: Що ж, слід пам'ятати, що коли на карту поставлено виживання, ваше тіло спрямовує всі свої ресурси на те, щоб допомогти вам утекти, і відволікає ресурси від нетермінових справ, таких як травлення та зберігання їжі для майбутньої енергії, мислення, вирішення проблем або планування майбутнього. Коли ви збираєтеся обідати, не найкращий час перетравлювати обід! Коли ваша травна система зупиняється, вас може нудити. І коли вам доведеться битися з левом або тікати від нього, вам потрібен кисень, тому ви дихаєте швидко, щоб отримати більше кисню. Але коли ви дихаєте швидше, ви також викидаєте більше вуглекислого газу. Це надсилає сигнал кровоносним судинам у вашому мозку звужуватися, в результаті чого до клітин мозку фактично потрапляє менше кисню. Це не небезпечно, але може викликати запаморочення. Але всі зміни, які ви зазнаєте, дуже ефективні для того, щоб допомогти вам пережити вашу зустріч з левом. Ваші реакції також включають зміни у вашому мисленні. У той час як раніше ви були зосереджені на тому, щоб отримати воду, тепер ваша єдина думка: «Мені потрібно забратися звідси!» або "Я помру!" Важливо залишатися зосередженим на загрозі. Якби ви постійно думали про те, щоб отримати воду, ви б ніколи не пережили поїздку до водопою.

КЕЙТ: Я розумію, це має сенс.

ТЕРАПЕВТ: Може бути корисно розглядати свою реакцію страху як три частини: ваші фізичні відчуття, ваші страшні думки та вашу поведінку, пов'язану зі страхом (біг, відсіч або, як ми будемо говорити пізніше, заморожування). Кожен з них рухає інший. Серце, що сильно б'ється, сигналізує вам про те, що щось відбувається, і це змушує вас подумати: «Небезпека близько!» Ця думка викликає бажання бігти. Незалежно від того, з чого ви починаєте цю петлю, вона переростає у

страх, причому кожен компонент страху спонукає наступний. Чи є якісь інші відчуття, які ви відчуваєте, коли спрацьовує ваш страх, про які ми ще не розповідали?

КЕЙТ: Ну, іноді я відчуваю поколювання в пальцях.

ТЕРАПЕВТ: Так, багато людей кажуть, що відчувають це. Ваше тіло робить дивовижну річ.

Малі кровоносні судини ваших рук і ніг звужуються (стають звуженими), що зменшує кількість доступної в них крові. Як ви думаєте, чому це буде корисно?

КЕЙТ: Я не дуже впевнена.

ТЕРАПЕВТ: Ну, ваші руки та ноги є частинами вашого тіла, які найімовірніше пораняться, тому ваше тіло гарантує, що ви втратите трохи крові, лише якщо леву вдасться подряпати вас, коли ви втекти на дерево. Побічним ефектом цього є поколювання, яке ви відчуваєте!

Як я зазначав раніше, ви можете думати, що страх складається з трьох компонентів. Ми просто

Психоосвіта

69

обговорили компонент фізичних відчуттів, тож давайте приділимо кілька хвилин розгляду двох інших компонентів, страшних думок і поведінки. Які думки виникають у вас у голові, коли ви бачите лева?

КЕЙТ: «Я помру — я мушу тікати звідси!»

ТЕРАПЕВТ: Ці думки є частиною циклу страху та посилюють уявлення про те, що ви в небезпеці. Ви можете зрозуміти важливість думок страху, якщо подумаєте про те, щоб їх позбутися. Уявіть, що ви побачили лева і подумали: «Це просто великий кіт, давай його погладимо». Що б сталося, якби ти так подумав?

КЕЙТ: Я могла б його погладити, і він мене з'їв би.

ТЕРАПЕВТ: Саме так! Замість того, щоб захистити себе, ви можете стати обідом для лева! Ваші думки про страх показують, що ви розумієте, що може зробити з вами лев.

КЕЙТ: Це здається дуже важливим.

ТЕРАПЕВТ: Нарешті, є поведінка страху. Як впливає з назви «боротьба-втеча», двома найпоширенішими проявами страху є біг і боротьба. Зазвичай ми біжимо перед боєм, якщо можливо і те, і інше. Але іноді бігти неможливо. Уявіть, що ви не можете втекти від лева, тому що великі валуни опинилися в пастці. Що б ти зробив?

КЕЙТ: Я не впевнена. Гадаю, я б воював.

ТЕРАПЕВТ: Так. Цілком імовірно, що ви билися, особливо якщо б у вас було чим битися, наприклад великою палицею. Але що, якби у вас не було зброї? Що ти міг би тоді зробити? Як ви, мабуть, здогадалися, є третя поведінка, до якої ви могли б звернутися, якщо у вас не було інших варіантів — заморожування. Вам може бути корисно розглядати реакцію «бій-втеча» як реакцію «бій-бій-завмирання», тому що коли ви не можете бігти чи битися, ви завмрете. Що може статися, якщо ви замерзнете на водопої? Якщо вам пощастить, лев вас не побачить. Рух привертає увагу, і, завмерши, ви можете просто залишитися непоміченим.

КЕЙТ: Я розумію.

ТЕРАПЕВТ: Добре, тож для вас зрозуміло, що ваша реакція «боротьба–втеча–завмирання» спрацює, коли ви зіткнетесь з левом. Але впевнений, що ви дійсно хотіли б знати: «Чому це не зупиняється?»

КЕЙТ: Однозначно.

ТЕРАПЕВТ: А тепер повернемося до того лева. На щастя, ти втік від лева. Але протягом наступних кількох днів ви помічаєте, що все

інакше, ніж тоді, коли ви вперше прибули до Африки. Ви не хочете повертатися до водопою. Коли ви нарешті повертаєтесь назад, ви відчуваєте страх і тривогу. Ви на сторожі з «піднятими антенами»

спостерігаємо за поверненням лева. Ваша остання зустріч з левом постійно відтворюється у вашій голові — образ зубів і кігтів лева, звук його рику вриваються у вашу пам'ять. Ви бачите щось золотого кольору праворуч від вас (це тварина, схожа на золотого оленя), але замість того, щоб зупинитися, щоб перевірити, чи воно небезпечне, ви повертаєтесь до табору, думаючи: «Краще перестрахуватися, ніж шкодувати!» Коли ви повертаєтесь додому з Африки, ви помічаєте, що нервуєте щовечора в сутінках, у той самий час, коли ви зустріли лева на водопій. Ви навіть маєте напад паніки, коли помаранчевий смугастий кіт ходить перед вами; просто вид помаранчевої пухнастої істоти викликає у вас страх. Ці ситуації та об'єкти стали *тригерами* або *підказками*, які відновлюють

70

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

зверніть увагу на те, що лев активує ваш страх. Давайте подумаємо, чому це може статися.

Як ви думаєте, чому ми відчуваємо страх, коли нам нагадують про травматичний досвід? Чому було б добре боятися біля водопою чи в сутінках?

КЕЙТ: Добре, я не хочу, щоб за мною знову переслідувався лев.

ТЕРАПЕВТ: Звичайно! І, як ви правильно зрозуміли, водопій є звичайним місцем для відпочинку левів. І леви можуть бути більш активними в сутінках в Африці. У таких ситуаціях вам вигідно бути «насторожі», тому що ви, ймовірно, зіткнетесь з іншим левом. Ось чому тригери та сигнали нагадують вам про напад лева та насторожують. Ваше тіло і розум намагаються запобігти повторенню небезпечної ситуації. Але як бути, коли ти повернешся додому? Ви частіше зустрічаєте левів у сутінках у вашому місті?

КЕЙТ: Ні, у моєму місті немає левів.

ТЕРАПЕВТ: Чи смугастий кіт такий же небезпечний, як лев?

КЕЙТ: (*киває головою.*)

ТЕРАПЕВТ: Незважаючи на те, що ви навряд чи зустрінете лева в цих ситуаціях, ви все одно відчуваєте страх. Сутінки, можливо, сигналізували про присутність левів в Африці, але це не пов'язано з тим, чи зустрінете ви лева в регіоні, де ніхто не живе. І коли ви в Африці біля водопою, щось помаранчеве та пухнасте може бути левом, але навряд чи він буде ним удома. Коли ви переживаєте травматичну подію, з'являється багато ознак, які ви навчитеся асоціювати з небезпекою. Ці сигнали є вашими ранніми сигналами про небезпеку. Вони можуть включати широкий спектр речей, таких як запахи, шуми, певний час доби, люди та кольори. Ваша реакція на ці сигнали може стати проблемою та тривогою для вас, якщо вони продовжуватимуть відбуватися навіть після того, як небезпека минула. На жаль, багато з цих тригерів служать помилковими тривогами. Замість того, щоб захистити вас, вони заважають вам насолоджуватися життям. Часто вони активізують ваше занепокоєння, навіть не усвідомлюючи тригера. Може здатися, що ваш страх виник зненацька.

КЕЙТ: Хм. Це дійсно має сенс. Знаєш, інколи моя тривога з'являється зненацька. Ви хочете сказати, що є тригери, а я просто цього не знаю?

ТЕРАПЕВТ: Саме так. Отже, давайте тепер повернемося до ваших реакцій і почнемо визначати ваші тригери та ваші страшні реакції. Якщо ми подивимося на цей роздатковий матеріал, ви побачите, що є місця, де ви можете записати деякі з ваших тригерів. Давайте почнемо тут, на сесії, потім ви можете закінчити самостійно. Ви також побачите, що включено багато з того, що ми сьогодні обговорювали. Я закликаю вас прочитати роздатковий матеріал, можливо, навіть кілька разів, щоб переконатися, що ви все розумієте. Сьогодні ми розглянули багато матеріалу.

КЕЙТ: Звичайно.

ТЕРАПЕВТ: Ось чому цей роздатковий матеріал включає все, щоб ви могли переглядати його неодноразово. Отже, давайте розглянемо цей перший розділ. Чи можете ви згадати місця та/або речі, які викликають у вас тривогу?

КЕЙТ: Одного разу мені довелося повернутися до своєї старої квартири, щоб взяти документи, які я залишила. Я знав, що Марка не було в місті, і я домовився, щоб менеджер впустив мене. Незважаючи на це, я тремтів і був дуже наляканий, коли був у

Психоосвіта

71

квартира. Я також злякався днями в магазині, коли побачив рибальську шапку, схожу на ту, яку носив Марк.

ТЕРАПЕВТ: Це чудові приклади. Тож чому б вам не написати тут «квартиру» та «капелюх», а потім запам'ятати свої реакції страху, наприклад «трясти» з іншого боку. Чи були у вас інші реакції страху?

[ Коментар: терапевт закріплює правильну відповідь Кейт і переконується, що вона розуміє, як заповнювати кожен розділ, перш ніж перейти до наступного розділу роздаткового матеріалу. Як правило, корисно, щоб пацієнти почали заповнювати кілька пунктів кожного розділу під час сеансу, щоб ви переконалися, що ваші пацієнти дійсно розуміють, що вони повинні робити з роздатковим матеріалом. ]

Кількість часу, необхідного для психоосвіти, залежить від пацієнта.

Загалом ми завершуємо основні елементи психоосвіти за два-три заняття.

Наша перевага полягає в тому, щоб проходити через психоосвіту якомога швидше, щоб не вступати в змову з пацієнтами щодо відстрочки контакту. Однак ми завжди залишаємося напоготові щодо ознак того, що пацієнт перевантажується або не зберігає інформацію.



Ознаки, на які слід звернути увагу, включають твердження, які вказують на те, що пацієнт насправді не розуміє понять, дисоціацію під час сеансу та/або невиконання роздаткового матеріалу про загальні реакції між сеансами. Коли ми зустрічаємо такі ознаки, ми сповільнюємо презентацію та збільшуємо повторення. Як зазначалося раніше, прослуховування сеансів, записаних на магнітофонну плівку, може бути особливо корисним для перевтомлених або дисоційованих пацієнтів. Ми також можемо попросити пацієнта заповнити роздатковий матеріал під час сесії з допомогою терапевта. Це поведінково демонструє вашим пацієнтам, що ви розумієте, що вони мали труднощі самостійно, і готові підтримати їх у виконанні завдання. Це також демонструє, що вас не завадить уникати.

Ми не припускаємо, що будь-яка з цих проблем обов'язково означає, що пацієнт не зможе завершити лікування, орієнтоване на травму. Пацієнти, які дисоціюють або стають перевантаженими, зазвичай роблять це через тривогу. Таким чином, ми намагаємося використати психоосвіту, щоб продемонструвати, що обережний підхід до стимулів або ситуацій, що викликають тривогу (у цьому випадку, психоосвіти), призведе до зниження тривоги.

## **ВИСНОВОК**

Психоосвіта є основою лікування. У деяких випадках, виходячи з формулювання вашого випадку, ви можете вибрати проведення КПТ для ПТСР без когнітивної реструктуризації. В інших випадках ви можете знайти небагато можливостей для використання експозиції *in vivo*. Однак практично у всіх випадках ви покладаетесь на психоосвіту, щоб підготувати основу для того, що буде далі.

Мета психоосвіти — нормалізувати симптоми та мотивувати пацієнтів до наступного етапу терапії. Приклади та роздатковий матеріал, запропоновані в цьому розділі, є відправною точкою. Найімовірніше, ви досягнете цих цілей, якщо адаптуєте свій підхід до різних стилів навчання та особливого досвіду ваших пацієнтів.

## **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 5.1. Поширені реакції на травматичний досвід ВСТУП**

Травматичні події, які ви пережили, надовго вплинули на ваше життя. Цілком природно мати багато тривожних емоцій щодо пережитої травми. Іноді може здатися, що ваші почуття виходять з-під контролю. Іноді ви можете бути настільки приголомшені, що «вимикаєте» свої почуття або «заціпенієте». Однією з цілей лікування є допомогти вам зрозуміти свої реакції, щоб ви могли зупинити спіраль і отримати контроль над своїми емоціями.

Давайте поговоримо про те, чому ви реагуєте на речі так, як ви реагуєте, і чому стільки тривожних почуттів продовжують вас турбувати навіть після того, як травма позаду. Ви можете виявити, що роздуми про власну особисту ситуацію ускладнюють концентрацію. Багатьом людям легше дізнатися про реакцію на травму, думаючи про ситуацію, відмінну від їх власної. Тож ми збираємося здійснити подорож до Африки. . .

Ласкаво просимо до Африки. Що ми робимо тут, в Африці? Ми на сафарі. Це наша перша ніч на природі. Ми щойно встановили наш намет і підготували все, щоб піти сьогодні на вечерю. Все, що нам потрібно, це трохи води, тому ви зголоситесь спуститися до водопою. Коли ви наповнюєте наші глечики водою, ви дивитеся вгору й бачите, як наближається фігура. Переглянувши багато епізодів *Wild Kingdom*, ви швидко впізнаєте в ньому лева. Він дуже великий, з густою помаранчевою гривною, дивиться прямо на вас і гарчить. Ви бачите його великі зуби та гострі пазурі. Він так близько, що навіть відчуваєш його запах.

Як ви відреагуєте? Ви відчуваєте страх? Швидке серце? Бажання бігти? У вас є думка

"Я помру!" Такі реакції є частиною природної реакції на небезпечну ситуацію, відомої як реакція «бийся–втікай». Реакція «бийся-втекай» захищає нас від пошкодження або навіть смерті, коли ми стикаємося з небезпекою. Ключовим моментом є те, що всі ми маємо реакцію «бийся–втікай» (вона нам потрібна, щоб вижити!), і це нормально, насправді *здорово*, реагувати так, коли ми стикаємося з небезпекою.

Ці реакції можуть стати проблематичними та тривожними, однак, якщо вони продовжують відбуватися навіть після того, як небезпека минула. Перш ніж ми пояснимо, чому вони тривають, важливо, щоб ви визнали свої власні реакції такими, якими вони є, і зрозуміли, чому вони відбуваються. Цей роздатковий матеріал допоможе вам визначити вашу реакцію на травму та зрозуміти, чому ці реакції виникають. Ми будемо часто повертатися до Африки, щоб допомогти вам осмислити свій щоденний досвід тут, удома. Цей роздатковий матеріал допоможе вам визначити реакції, які є центральними для ПТСР. До них належать збудження страху та тривоги, уникнення та повторне переживання травми. Ви також визначите речі, які викликають у вас посттравматичний стресовий розлад

симптоми.

*(продовження)*

Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

72

## Поширені реакції на травматичний досвід *(стор. 2 із 6)* **СТРАХ І ТРИВОГА**

Повернемося до того водопою в Африці. (Ви вже там? Якщо ні, знайдіть хвилинку, щоб по-справжньому *уявити* себе біля водопою.) Що ви відчуваєте, коли бачите, як цей лев, що гарчить, підкрадається до вас? Швидше за все, ви відчуваєте певний страх. Страх має багато назв: слова, які спадають вам на думку, можуть бути «паніка», «страх», «страх» або «переляк». Цілком природно відчувати тривогу та страх, коли ти стикаєшся з потенційно небезпечною для життя небезпекою. Тривога та страх можуть здаватися непереборними, тому, щоб зрозуміти, що відбувається, корисно поглянути на їхні компоненти. Давайте спочатку подивимося на загальну картину; потім ми розглянемо кожен компонент детально. Коли ви відчуваєте страх, ви,

ймовірно, відчуваєте **відчуття в своєму тілі** (наприклад, тремтіння, пітливість, прискорене дихання або «серцебиття» ) Ви також можете мати страшні думки . . .

## **Я помру!**

І бажання втекти. . . (Це **поведінка страху**) Отже, ви бачите, вашу реакцію страху можна розбити на ці три частини: ваші фізичні відчуття, ваші страшні думки та вашу поведінку страху (біг , відбиваючись, або, як ми поговоримо пізніше, заморожування). Кожен з них підживлює інші. Серце, що б'ється, сигналізує вам про те, що щось відбувається, що спонукає вас *подумати* про небезпеку, тому ви можете піддатися своєму бажанню втекти. Незалежно від того, з чого ви починаєте цей цикл, він переростає у страх, причому кожен компонент страху викликає наступний.

## Фізичні відчуття

### СТРАХ

#### Поведінка

#### Думки

Давайте розглянемо фізичні відчуття, пов'язані зі страхом. Що ви відчуваєте, коли бачите лева, що йде до вас біля водопою? Ви відчуваєте, як калатає серце? Ви дихаєте важко і прискорено? Як щодо тремтіння чи тремтіння? Ці реакції є частиною реакції «бійся-втікай», яка є способом підготовки організму до впорання з небезпечною ситуацією. Реакція «бій-втікай» — це твоя реакція на виживання, і вона допоможе тобі втекти від лева. А тепер уявімо на мить, що біля водопою стоїть велике дерево, і ви думаєте, що можете на нього залізти. Ви вирішили втекти до дерева, оскільки випадково знаєте з *Дикого королівства* , що леви зазвичай не лазять по деревах.

На щастя, ваше тіло вже готове до спринту та підйому. У той момент, коли ви впізнаєте лева, виділяється адреналін, який сигналізує вашому тілу готуватися до бігу чи бою. Отже, за кілька дорогоцінних секунд,

які знадобилися вам, щоб вирішити підбігти до дерева, різні частини вашого тіла готувалися виконувати свою роботу. Наприклад, ваше серце почало битися сильніше і швидше, а частота дихання прискорилося. Ваше серце збільшило потік крові по всьому тілу, щоб ваші м'язи мали достатньо кисню, щоб висунути його від лева або бити лева великою палицею. Прискорене дихання (*продовження*)

73

Загальні реакції на травматичний досвід (*стор. 3 із 6*) допомагає, оскільки велика кількість повітря, яке ви ковтаєте, гарантує, що ваша кров містить багато кисню. Якщо вашим м'язам не вистачає кисню, у них може з'явитися судома, і це сповільнить вас — чого б ви не хотіли, щоб сталося, коли ви втікаєте від лева!

Ваше тіло також робить багато інших дивовижних речей. Наприклад, кровоносні судини на ваших руках і ногах звужуються, що зменшує доступ крові. Ваші руки та ноги є частинами вашого тіла, які найімовірніше пораняться, тому ваше тіло гарантує, що ви втратите лише трохи крові, якщо лев вдасться подряпати вас, коли ви втечете на дерево. Можливо, ви не помітили, але поки ви сиділи біля водопою, ваші м'язи настільки напружилися, що ви почали тремтіти. Це для того, щоб ви могли швидко відреагувати, якщо лев почне вас атакувати. Напруга у ваших м'язах допомагає вам почати діяти, коли настане відповідний час. І ви, можливо, помітили, що сильно потієте. Це допоможе вам охолодитися, щоб ви не перегрілися під час втечі. Усі фізичні відчуття страху, які ви відчуваєте, є результатом того, що ваше тіло готує вас до бігу та боротьби. Хоча іноді вони можуть бути незручними, вони є реакцією виживання, розробленою, щоб допомогти вам у ситуації, яка загрожує життю.

Як зазначалося раніше, ви можете думати, що страх складається з трьох компонентів. Ми щойно обговорювали компонент фізичних відчуттів, тож давайте подивимося на інші компоненти, думки про страх і поведінку, пов'язану зі страхом. Які думки виникають у вас у голові, коли ви бачите лева? "Я збираюсь померти?" "Це мене дістане??" Ці думки є частиною циклу страху і зміцнюють уявлення про те, що ви в небезпеці. Ви можете зрозуміти важливість думок

страху, якщо подумаєте про те, щоб їх позбутися. Уявіть, що ви побачили лева і подумали: «Це просто великий кіт, давай його погладимо». Замість того, щоб захистити себе, ви можете стати обідом для лева! Ваші думки про страх показують, що ви розумієте, що може зробити з вами лев.

Нарешті, є поведінка страху. Як вказує назва «боротьба-втеча», дві найпоширеніші форми страху — це біг і бійка. Зазвичай ми біжимо перед боєм, якщо можливо і те, і інше. Але іноді бігти неможливо. Уявіть, що ви не можете втекти від лева, тому що великі валуни потрапили в пастку. Що б ти зробив? Цілком ймовірно, що ви билися, особливо якщо б у вас була зброя. Але що, якби у вас не було зброї? Що ти міг би тоді зробити? Як ви вже здогадалися, існує третя поведінка, до якої ви можете звернутися, якщо у вас немає інших варіантів. Це називається реакцією заморожування. Вам може бути корисно перейменувати реакцію «бій-втеча» і назвати її реакцією «бій-бій-завмирання», тому що коли ви не в змозі бігти і битися, ви часто завмираєте. Що може статися, якщо ви замерзнете на водопої? Якщо вам пощастить, лев вас не побачить. Рух привертає увагу, і, завмерши, ви можете просто залишитися непоміченим. Ось чому ми іноді завмираємо в небезпечних або страшних ситуаціях.

Тепер повернемося до того лева. На щастя, ти хороший альпініст і заліз на дерево. Ви змогли втекти, навіть якщо лев атакував вас. Але протягом наступних кількох днів ви помічаєте, що все інакше, ніж тоді, коли ви вперше прибули до Африки. Ви не хочете повертатися до водопою. Коли ви нарешті повертаєтесь, ви відчуваєте страх і тривогу, і ви залишаєтесь на сторожі.

Повертаючись додому, ви помічаєте, що запах тварин у місцевому контактному зоопарку викликає у вас сильне занепокоєння, навіть якщо ви знаєте, що в контактному зоопарку немає лева. І ви нервуєте кожного вечора в сутінках, у той самий час, коли ви зустріли лева біля водопою. У вас навіть була атака паніки, коли помаранчевий смугастий кіт йшов перед вами вдома; лише вид помаранчевої пухнастої істоти викликав у вас страх. Ці ситуації та предмети стали **тригерами** або

**підказками** , які нагадують вам про лева, активізують ваш страх. Давайте подумаємо, чому це може статися.

Як ви думаєте, чому ми відчуваємо страх, коли нам нагадують про травматичний досвід? Чому було б добре боятися біля водопою чи в сутінках? Як ви вже здогадалися, водопій може бути звичайним місцем для відпочинку левів. І леви можуть бути більш активними в сутінках, якщо *(продовження)*

74

Поширені реакції на травматичний досвід *(стор. 4 із 6)* ви в Африці. У таких ситуаціях вам може бути вигідно бути занепокоєними та «насторожі», тому що ви, швидше за все, знову зустрінетеся з левом у таких ситуаціях. Ось чому тригери та сигнали викликають у вас тривогу. Ваше тіло і розум намагаються запобігти повторенню небезпечної ситуації.

А як щодо поїздки до зоопарку, сутінок удома чи смугастого кота? У цих ситуаціях ви взагалі навряд чи зустрінете лева, і ви все одно відчуваєте страх. Запах лева може бути корисним сигналом, якщо ви знову вирушили на сафарі, але в зоопарку він був марним сигналом. І напад паніки кожного разу, коли ви зустрічаєте помаранчевого кота, безумовно, є проблемою. Коли ви переживаєте травматичну подію, у вас зазвичай виникає багато тригерів страху. На жаль, багато з цих тригерів не захищають вас; замість цього вони заважають вам насолоджуватися життям. Наприклад, вам, мабуть, не сподобалося відвідувати зоопарк, і ви можете припинити відвідувати його, хоча раніше вам подобався зоопарк. Ці тригери можуть активізувати ваше занепокоєння, навіть не помічаючи тригера. У таких ситуаціях може здатися, що ваш страх виник «зненацька». Тригерами можуть бути запахи, шуми, певний час доби, люди, кольори, ситуації стосунків (наприклад, сварка) або місця. Тригери також можуть включати певні думки чи образи у вашій голові або навіть певні емоції.

У розділі нижче запишіть будь-які тригери, які вам спадають на думку. Оскільки інколи важко визначити тригери, вам може бути корисно подумати про свої страхи, а потім про ситуації, які викликають ці

реакції. Часто ми відчуваємо бажання уникати ситуацій або тригерів, які змушують нас тривожитися. Тому вам також може бути корисно подумати про місця, людей або інші нагадування про травми, яких ви намагаєтеся уникати.

## **Речі, які викликають мій страх**

### **Мої реакції на страх**

*Місця та речі:*

*Відчуття тіла:*

*Люди та дії:*

*Закликає:*

*Звуки, запахи, відчуття:*

*Думки:*

*(продовження)*

75

Поширені реакції на травматичний досвід (стор. 5 із 6) **УНИКНУТИ**

### **Активне уникнення**

Уявіть на мить, що вас запросили повернутися до Африки на сафарі після того, як ви ледве втекли від лева. Ви б пішли? Ви можете помітити, що вам дуже не хочеться повертатися до Африки після того, як на вас ледь не напав лев. Адже ви дізналися, що бути на сафарі в Африці не завжди безпечно. Уникання дуже поширене після травматичного досвіду. Іноді уникання – це добре. Наприклад, корисно уникати надто близького наближення до лева. Але в інший час у вас може виникнути бажання уникати багатьох ситуацій, які насправді не є небезпечними, навіть якщо вони здаються страшними. Наприклад, смугасті коти та контактні зоопарки загалом вважаються досить



безпечними, але ви можете помітити, що уникаєте їх після досвіду з левами. Бажання уникати є природною реакцією на ситуації, які здаються небезпечними.

Можливо, ви уникаєте людей, місць або речей, які нагадують вам про вашу травму. Ви також можете уникати думок і почуттів про травму. Іноді думки та почуття здаються непереборними та небезпечними. У вас може виникнути бажання не думати про те, що нагадує вам про вашу травму. Корисно визначити всі ситуації, думки та почуття, яких ви намагаєтесь уникати. Оскільки ви можете використовувати різні стратегії, щоб уникнути, також корисно запитати себе: «Як мені уникнути?» У полі нижче опишіть місця, речі, почуття та думки, яких ви уникаєте: **Чого я уникаю**

### **Як я уникаю**

Місця, люди, дії та речі

Думки, почуття, спогади, розмови

### **Пасивне уникнення («Оніміння»)**

Іноді бажання уникнути спогадів, думок і почуттів, пов'язаних із травмою, може бути настільки сильним, що ви починаєте відчувати оніміння. Ви також можете виявити, що забуваєте певні аспекти свого травматичного досвіду. Оніміння має багато форм і часто включає відчуття порожнечі або відчуженості від оточуючих. Іноді ви можете помітити, що не відчуваєте задоволення навіть під час діяльності, яка вам раніше подобалася. Опишіть цей досвід у відведеному місці на наступній сторінці: *(продовження)*

76

Поширені реакції на травматичний досвід (стор. 6 із 6) **Присмна діяльність, якої немає**

### **Емоційні почуття**

**довше мене цікавить**

**відшарування або оніміння**

## **ПОВТОРНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМИ**

Дуже поширеним є повторне переживання травми після того, як ви пережили травматичний досвід. Протягом днів і тижнів після вашої зустрічі з левом ви можете знову і знову думати про лева. Вам сняться кошмари про лева, і ви не можете викинути його з голови. Картинки лева раптово спливають у вашій пам'яті, і іноді у вас виникають яскраві спогади, що здається, що напад лева повторюється знову, навіть якщо ви вдома. Ці події зазвичай є нав'язливими та можуть здаватися, що ви повністю вийшли з-під контролю. Спогади, спогади та страждання часто викликаються зовнішніми подіями, хоча може здаватися, що вони виникають нізвідки. Опишіть деякі симптоми повторного переживання, які вас турбували, у полі нижче: **Зображення або спогади**

**Мрії**

**Емоції**

## ШІСТЬ

### Представляємо експозиційну терапію

Вплив є простим (тобто ви піддаєте пацієнта подразникам, які вас лякають, протягом тривалого періоду часу). Однак розуміння того, як працює опромінення та чого ваш пацієнт має навчитися під час опромінення, є життєво важливим для досягнення максимальної ефективності та уникнення помилок. Ця глава розроблена, щоб допомогти вам зрозуміти сенс експозиції. Зокрема, ми пояснюємо, чого дізнаються пацієнти під час опромінення (як *in vivo*, так і уявного), а потім обговорюємо «гайки та болти» проведення *in vivo* експозиція з пацієнтами з ПТСР. Крім того, ми досліджуємо поширені підводні камені та стратегії вирішення проблем, пов'язаних із впливом *in vivo*. У Розділі 7 ми надаємо додаткові відомості щодо проведення уявної експозиції.

## РОЗНАЧЕННЯ ПРОЦЕСУ ЕКСПОЗИЦІЇ

### Справа Джилл: напад бульмастифа

Три роки тому, коли Джилл вирішила влаштувати вечірню прогулянку своїм районом, вона побачила сусідського бульмастифа Барні, який розвалився на галявині перед домом. Джилл подивилася на Барні, і Барні загарчав. Раптом він кинувся на неї. Джилл почала бігти. Барні погнався за нею, повалив на землю і неодноразово кусав її за тіло та обличчя, завдавши їй серйозних травм. Джилл боролася з Барні, доки сусід нарешті не замкнув його на двір і не викликав поліцію. Джилл була приголомшена, усвідомивши, що сталося, тому що Барні завжди був доброзичливим, і вона ніколи не вважала його небезпечним. Коли її завантажували в машину швидкої допомоги, Джилл випадково почула, як поліцейський сказав: «Вона мала знати, що не тікати від собаки».

Коли Джилл приходить до вас, після того, як її направили на депресію, вона повідомляє, що не виходила з дому тижнями, бо боїться зустріти собаку. Вона більше не дивиться телевизор, бо боїться побачити собак. Вона стала надмірно опікати своїх дітей, забороняючи їм відвідувати друзів, у яких є собаки. Незважаючи на те, що вона намагається відкинути спогади про це, вона нагадує про напад кілька разів на день. Навіть прийняти душ і нанести макіяж важко, тому що її великі шрами викликають спогади про зуби Барні, що впиваються в її тіло. Джилл зізнається, що боїться: «Я втрачаю розум», be-78

### Представлення експозиційної терапії

79

бо вона не може контролювати спогади. Вночі вона особливо напружена; як тільки сонце сідає, вона замикає двері й прислухається до гавкоту собак.

Важко заснути, тому що вона боїться підвести пильність. Тож вона накриває важкі ковдри та залишає світло в спальні, щоб почуватися безпечніше. Коли вона спить, їй сниться, як її переслідують тварини. Під час вашої першої зустрічі вона заявляє, що «раніше їй подобалася більшість тварин», але після нападу вона вважає, що «більшість собак небезпечні», і коли ви досліджуєте далі, вона визнає: «Ну, якщо хтось із них безпечний, я можу не відрізняю». Крім того, Джилл зізнається, що її впевненість у собі погіршилася: «Раніше я думала, що зможу впоратися з усім. Тепер я знаю, що я слабкий — я просто не можу впоратися з поганими речами».

### Що потрібно зробити Джилл під час експозиції

Основна мета впливу посттравматичних стресових розладів — зменшити страх, пов'язаний із думками про травму та пов'язані з травмою стимули, які насправді не є небезпечними. Джилл має навчитися, що хоча напад собаки небезпечний, *пам'ять* про напад собаки небезпечна. Джилл також має зрозуміти, що більшість собак не заподіють їй шкоди, і що її страх з часом зменшиться, коли вона

зіткнеться з тривожними, але безпечними ситуаціями та спогадами, навіть якщо здається, що страх зростатиме назавжди.

Крім зменшення страху, опромінення має збільшити сприйняття пацієнтами контролю над своїм страхом. Це полегшує узагальнення зменшення страху в різних ситуаціях і в часі. Наприклад, (1) дізнавшись, що вона може терпіти страх, (2) навчитися менше боятися собак під час *in vivo* контакту та (3) навчитися менше боятися пам'яті нападу під час уявного впливу, сприйняття Джилл контролю над своїми реакціями тривоги повинно збільшитися. Як ми обговоримо пізніше, підвищення сприйняття контролю над тривогою може бути фундаментальним «зрушенням», якого має на меті лікування ПТСР (і, ймовірно, інших тривожних розладів).

Вплив, особливо уявний вплив, також полегшує обробку травматичного спогаду. Як зазначалося в Розділі 2, пацієнтам необхідно «розуміти» свій досвід, що зазвичай передбачає інтеграцію всієї відповідної інформації в послідовну розповідь про подію. Уявний вплив може вплинути на ряд негативних емоцій, які можуть супроводжувати ПТСР. Наприклад, у випадку Джилл повторна обробка допомагає зменшити почуття провини та безсилля, які пронизують її повсякденне мислення.

### ***Навчання під час In Vivo Експозиція***

Після нападу Джилл твердо дотримується своєї нової концепції «собак», яка однозначно асоціює собак з небезпекою. Таким чином, окрім страху перед такими небезпечними собаками, як Барні, Джилл також уникає собак, які навряд чи її вкусять, наприклад доброзичливої дворняги її друга. Цей підхід до собак «краще перестрахуватися, ніж шкодувати» має сенс, враховуючи її досвід.

Однак він є неточним і спонукає Джилл уникати ситуацій, пов'язаних із собаками, які не є справді небезпечними. Уникання підтримує її страх, зменшуючи її контакт із собаками та обмежуючи можливості для нового навчання.

Під час *in vivo* Джилл має зрозуміти, що її тривога не передбачає достовірної небезпеки, коли мова йде про собак, і що конструкт «собаки» не мають лише одного значення (тобто небезпека). Натомість «собаки» — це неоднозначна конструкція, яка має різні значення залежно від специфіки собаки та контексту, у якому вона зустрічається.

80

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

терс (Bouton & Swartzentruber, 1991). Вивчення відтінків значень (тобто, які собаки за яких обставин є небезпечними) дозволить Джилл відновити ширший спектр реалістично безпечних дій і захистити себе навіть краще, ніж тоді, коли вона покладалася на

Концепція «більшість собак небезпечні». Наприклад, Джилл більше не уникатиме відвідування свого друга, у якого є доброзичливий пудель, але вона продовжуватиме уникати великого гарчачого собаки за табличкою «Бережись собаки». Джилл також більше не буде бігти темним (і, ймовірно, небезпечним) провулком, намагаючись уникнути вільної чихуахуа, яка насправді може завдати їй невеликої шкоди, і яку Джилл може (якщо це дійсно необхідно) відкинути.

Вивчення підказок, як точніше розрізняти небезпеку та безпеку, також прищепить Джилл більше відчуття контролю, як і те, що вона здатна терпіти хвилювання в безпечних ситуаціях. Наприклад, думаючи: «Я впораюся з цим. Якщо я просто продовжуватиму гладити цю гарну собаку, мій страх зникне», – Джилл відчуває посилене відчуття контролю, ніж тоді, коли вона думала: «Я не можу з цим впоратися. Мені потрібно втекти, перш ніж я його втратив».

### ***Навчання під час уявного впливу***

Подібно до того, як безпечні собаки викликають страх, незважаючи на те, що вони безпечні, пригадування нападу викликає сильну тривогу, навіть якщо пам'ять не може фізично завдати шкоди Джилл. Так само, як уникнення собак заважає Джилл уточнити своє розуміння собак, уникнення (або втеча) від її пам'яті про напад (наприклад, шляхом

відволікання) заважає Джилл уточнювати свої інтерпретації як значення травматичної події, так і її реакції на неї. . Крім того,

«Історія» атаки залишається фрагментованою, а важливі деталі не включені в її інтерпретації. Таким чином, вона залишається «застряглою» у своїх перебільшених негативних переконаннях щодо рівня загрози у світі та її здатності впоратися з нею (Resick & Schnicke, 1992).

Під час уявного впливу Джилл дізнається, що хоча думки про напад викликають тривогу (тобто вона активізує свій страх), з нею нічого не відбувається (тобто вона отримує коригувальну інформацію щодо безпеки; Foa & Kozak, 1986). Відповідно зменшується її страх. Уявне викриття також дає Джилл можливість зібрати всі елементи пам'яті про напад і організувати їх у логічний спосіб, щоб вона могла зробити нові, можливо, більш реалістичні висновки щодо того, що сталося.

Наприклад, коли Джилл бачить свої шрами під час прийняття душу, вона відволікається від спогадів про напад, співаючи або рахуючи настінну плитку. У результаті її перерваного спогаду вона нехтує доречними деталями, такими як її відчуття, що з Барні щось не так, оскільки він не виляв хвостом, як зазвичай. Вона також нехтує тим фактом, що власник Барні сказав їй, що деякі друзі його підлітка дражнили Барні перед тим, як вона пройшла повз. Крім того, Джилл забуває, що вона боролася з Барні (замість того, щоб відштовхнути його), щоб не дати йому вкусити дитину, яка прийшла подивитися, що відбувається. Після нападу Джилл вважала, що більшість собак небезпечні. Проте деталі свідчать про те, що хоча Барні, можливо, мав схильність до агресивної поведінки, його роздратований стан зробив його більш небезпечним. Крім того, замість того, щоб бути абсолютно непомітною, Джилл виявила сигнали про те, що Барні був роздратований, що має відношення до її сприйняття себе як людини, яка не може передбачити небезпеку.

Інтеграція цієї інформації спонукає Джилл змінити своє переконання з «Більшість собак небезпечні» на «Деякі собаки можуть поводитися агресивно, якщо їх дражнити до схвильованого стану». Її переконання: «Я не можу відрізнити небезпечну собаку від

дружня собака» змінюється на «Я можу розпізнати деякі ознаки небезпеки в певних собаках». Її переконання: «Я слабка — я просто не можу впоратися з поганими речами» змінюється на «Я впоралася якнайкраще, як могла, і, хоча мені було боляче, мені вдалося вберегти погану ситуацію від погіршення». Її сором за втечу та її гнів на власника Барні, які взаємодіяли зі страхом Джилл і її постійним уникненням, також можуть змінитися, оскільки інші думки змінюються під час викриття. Досить часто радикальні зрушення в мисленні про значення події відбуваються під час уявного впливу, хоча когнітивна реструктуризація може сприяти цим змінам у багатьох випадках.

***Зачекайте! Хіба експозиція не працює, десенсибілізуючи страхи?***

Попередній опис навчання під час впливу може дещо відрізнятися від пояснень, з якими ви стикалися раніше. Цікаво, що ніхто точно не знає, як працює експозиція в усіх випадках. Кілька поширених пояснень, однак, не витримали емпіричної перевірки.

Одне з ранніх пояснень, «звикання», виникає, коли фізіологічна рефлекторна відповідь на подразник, такий як тон, слабшає після повторного пред'явлення подразника (наприклад, коли лунає гучний сигнал, ваше тіло реагує на нього змінами частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та діяльності потових залоз, але ваше тіло перестає реагувати після того, як звук повторюється кілька разів). Дослідники встановили, що лише звикання не може пояснити зменшення страху під час впливу, оскільки звикання впливає лише на автоматичні фізичні реакції, які ми маємо на вроджені страхи, такі як наша реакція на гучний шум (Mackintosh, 1987). Незважаючи на це, люди продовжують використовувати слово «звикання» клінічно для опису зниження тривоги під час впливу, навіть якщо ми розуміємо, що тривога набагато складніша, ніж рефлекторні реакції.



Альтернативним поясненням є «вимирання». Як зазначалося в розділі 2, більшість когнітивно-поведінкових моделей посттравматичного стресового розладу припускають, що класичне обумовлення відіграє роль у страху, пов'язаному з травмою. Таким чином, страхи, отримані за допомогою класичного обумовлення, можуть бути знищені або замінені новим навчанням, коли умовний стимул (собака) неодноразово пред'являється без безумовного стимулу (укус). Однак лише зникнення не може адекватно пояснити зменшення страху, оскільки воно не пояснює, чому когнітивні, поведінкові та/або фізичні аспекти страху іноді змінюються незалежно один від одного (McCutcheon & Adams, 1975). Вимирання також не пояснює, чому випадково засвоєні страхи (наприклад, розвиток страху перед польотом після того, як дізналися про авіакатастрофу) все ще реагують на вплив.

Нещодавно дослідники звернулися до когнітивних факторів (наприклад, мереж страхів), щоб пояснити, як набуті страхи можна «розучити». Когнітивні моделі припускають, що патологічний страх виникає через засвоєння неправильних асоціацій між стимулами. Наприклад, Джилл асоціює собак з небезпекою бути укушеною, і вона відчуває особливу загрозу від них вночі. Фоа та Козак (1986) припускають, що страх зменшується, коли активується пов'язана мережа страху, і в той же час нова інформація про безпеку виправляє помилкові асоціації. Згідно з цією моделлю, Джилл повинна взаємодіяти з побоювачем (наприклад, наблизитися до безпечного золотистого ретривера) настільки, щоб відчути страх і водночас не зазнати реальної шкоди (тобто не бути укушеною).

Докази підтверджують важливість активації страху (Jauch, Foa, & Morral, 1998) та коригуючої інформації (Foa & Kozak, 1986). Однак фундаментальні дослідження цього не роблять

82

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

підтримують припущення, що вплив послаблює помилкові асоціації (наприклад, асоціації між собаками та укусами). Натомість

дослідження навчання тварин (Bouton & Swartzentruber, 1991) показують, що вплив створює нові асоціації. Страху ні

"невивчений" під впливом, але скоріше перезаписаний більш конкретною інформацією, яка повідомляє людині, за яких обставин подразник є небезпечним. Наприклад, під час спілкування з доброзичливою собакою Джил дізнається новий, більш конкретний зв'язок між доброзичливою поведінкою собаки (наприклад, спокійне сидіння, виляння хвостом і облизування, кабінет терапевта та безпека. Старий зв'язок собак із небезпекою не є Швидше за все, Джил вивчає точні підказки щодо певного виду собак у конкретній ситуації.

Це відкриття має кілька наслідків. По-перше, це припускає, що страху можуть знову активуватися за правильних умов, що може пояснити, чому страх іноді повертається після попереднього зменшення. Джилл ніколи не забуває, що собаки кусаються; скоріше вона дізнається, що певні собаки в певних контекстах навряд чи вкусять. Таким чином, якщо вона зустрічається з золотистими ретриверами на повідку лише в кабінеті свого терапевта вдень, страх Джилл може повернутися, коли вона зустріне золотистого ретривера під час прогулянки центром міста вночі. По-друге, це свідчить про те, що Джил може знадобитися повторне представлення різних типів собак у різних контекстах, щоб зрозуміти, що правильним сигналом безпеки є собака, яка не гарчить і виляє хвостом, а не конкретна порода собаки чи певний час доби.

Якщо навчитися підходити до собак, Джилл, мабуть, навчить ще одного важливого уроку. Як зазначили Мінека та Томас (1999), численні дослідження вказують на те, що відчутна *відсутність* контролю пов'язана з постійною тривогою, і що уявний контроль зменшує тривожність.

Згідно з цією точкою зору, зменшення страху під час впливу покращує особистість

сприйняття контролю як над загрозою (тобто, собакою), так і, що, можливо, більш важливо, реакціями тривоги. Наприклад, коли Джилл успішно справляється зі своєю тривогою під час контакту з золотистим ретривером, вона відчуває, що краще контролює свої тривожні реакції

(наприклад, думка «Я не можу з цим впоратися» може змінитися на «Я можу впоратися зі своїм страхом»). »).

Як наслідок, Джил почувається менш «божевільною» та «неконтрольованою». Це посилене відчуття контролю також може полегшити їй участь у додатковому опроміненні.

Фокус полягає не в тому, щоб позбавити свій шлунок від метеликів, а в тому, щоб змусити їх літати у строю.

— МІЖНАРОДНИЙ ЗВ'ЯЗОК НА ВИХІД (2004, стор. 64)

## **РЕАЛІЗАЦІЯ ВПЛИВУ**

### **Рекомендації щодо *In Vivo* контакту**

Існує кілька основних етапів проведення *опромінення in vivo*. По-перше, перегляньте обґрунтування впливу (Роздатковий матеріал 6.1) і допоможіть своєму пацієнту визначити подразники, які його лякають (Роздатковий матеріал 6.2 і 6.3). Далі допоможіть своєму пацієнту побудувати ієрархію викликаючих страх подразників (Роздатковий матеріал 6.4), яка є списком побоювань подразників, упорядкованих відповідно до того, скільки страху вони викликають. Після того, як ієрархія буде розроблена, навчіть свого пацієнта систематично вступати в тривалий контакт із різними подразниками та/або ситуаціями, зазначеними в ієрархії (Роздатковий матеріал 6.5). Під час цього тривалого контакту заохочуйте свого пацієнта приділяти увагу та відчувати почуття тривоги, щоб помітити зменшення тривоги, яке відбувається під час впливу. Нарешті, проінструктуйте свого пацієнта щодо повторної домашньої практики виконання завдання *in vivo* (Роздатковий матеріал 6.6).

Представлення експозиційної терапії

Ви викладете основне обґрунтування, коли вперше познайомите свого пацієнта з КПТ. Тим не менш, важливо переконатися, що ваш пацієнт повністю розуміє обґрунтування перед тим, як познайомити його з процесом опромінення.

### **Приклад діалогу: обґрунтування викриття**

ТЕРАПЕВТ: Сьогодні ми зробимо перші кроки до початку впливу. Раніше ми говорили про експозицію. Ви пам'ятаєте, що ми обговорювали?

ДЖИЛ: Хіба це не була ідея, що, щоб подолати свій страх перед собаками, мені доведеться підходити до собак?

ТЕРАПЕВТ: Саме так. Однак є кілька важливих деталей, до яких ми не звернули увагу, коли вперше обговорювали експозицію. Я хотів би переглянути, чому експозиція корисна, і пояснити, чого ви можете очікувати під час експозиції.

ДЖИЛ: Добре. Я дуже нервую через усе це.

ТЕРАПЕВТ: І це зрозуміло, тому дуже важливо зрозуміти якомога більше про вплив перед початком. Отже, для початку давайте подумаємо про те, чому страх залишається, навіть якщо небезпечна ситуація минула. Іншими словами, давайте з'ясуємо, чому ви боїтеся всіх собак, навіть якщо деяким собакам важко заподіяти вам біль. Наприклад, якби у нас був собака в клітці — дуже надійній клітці, з якої собака не міг би втекти, — чи б ви боялися цього собаки?

ДЖИЛ: Я б пішла з цієї кімнати!

ТЕРАПЕВТ: Це те, що я б здогадався. Отже, питання в тому, чому ви боїтеся собаки, яка не може вам нашкодити? Є дві основні причини. Перший – уникнення. Ми розглядали уникання, коли переглядали загальні реакції на травматичні події. І, як ми обговорювали, після переживання травматичної події цілком нормально хотіти уникати думок, спогадів або ситуацій, які нагадують вам про травму.

Насправді, якщо ми згадаємо сафарі, то цілком зрозуміло, чому ви хочете уникати собак.

ДЖИЛ: Собаки - мій лев.

ТЕРАПЕВТ: Один пес був вашим левом. Які всі інші собаки?

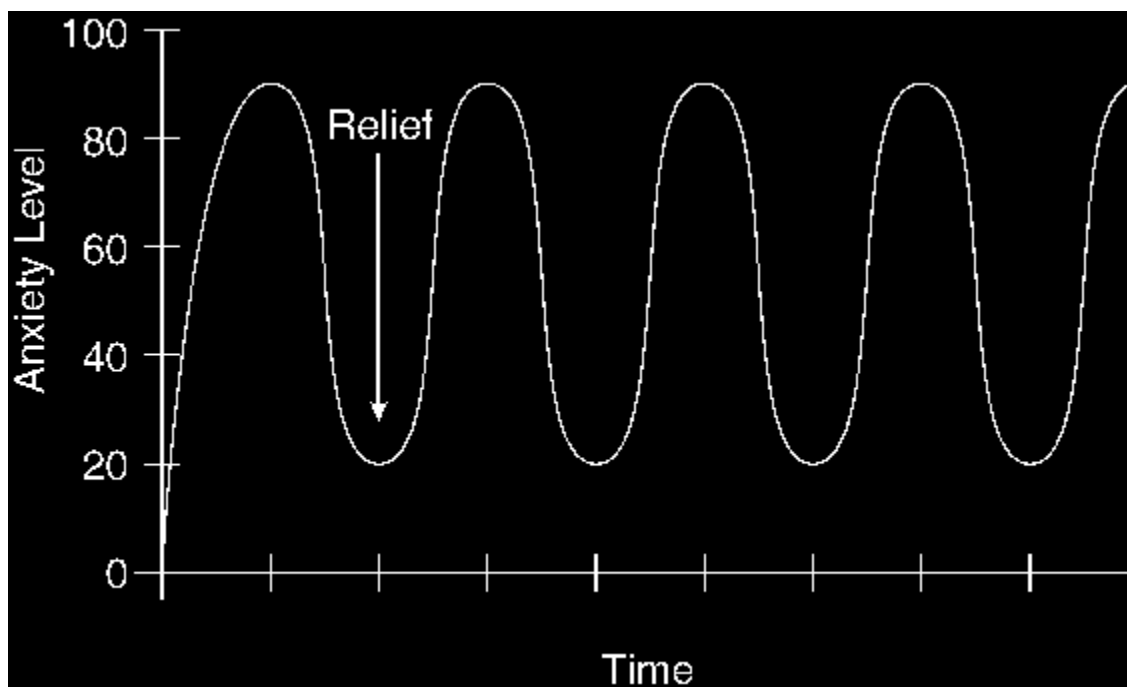
ДЖИЛ: Мій смугастий кіт?

ТЕРАПЕВТ: Правильно. Тож тепер давайте уважніше подумаємо про те, що відбувається, коли ви уникаєте собак, спогадів або почуттів, які нагадують вам про те, що сталося. Скажімо, коли ви йдете сьогодні ввечері вулицю, ви бачите, як хтось вигулює собаку, іде до вас. Як би ви себе почували?

ДЖИЛ: Тривожно, налякано. Я не хочу наближатися до нього.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Я збираюся намалювати малюнок, який покаже вашу тривогу. Наскільки високою була б ваша тривожність? Скажи мені, коли зупинитися. ( *Малює графік—див. малюнок 6.1.*) А що ви робите?

ДЖИЛ: Я переходжу вулицю. А я відволікаюся, рахуючи стовпи вздовж узбіччя.



84

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### РИСУНОК 6.1. Уникнення «шипів».

[ Коментар: якщо ви вирішите почати з уявного опромінення конкретного пацієнта, замініть втечу від нав'язливого спогаду для живого подразника, і запитайте пацієнта, що відбувається коли він або вона викидає це зі свого розуму.]

ТЕРАПЕВТ: А що відбувається з вашим занепокоєнням, коли ви переходите вулицю, а собака не видно?

ДЖИЛ: Я почуваюся краще. Моя тривога зникає.

ТЕРАПЕВТ: Так? ( Малює низхідну лінію, яка показує швидке зменшення тривоги.) І саме це відбувається щоразу, коли ми втікаємо або уникаємо речей, які нас лякають. Коли ми наближаємося до речей, які нас лякають, наприклад, навіть до собаки в клітці, наше занепокоєння зростає. І коли ми уникаємо або рятуємося, віддаляючись від собаки або виштовхуючи спогад із голови, наша

тривога спадає. І коли тривога зменшується, це справді добре — полегшення! (*Пише «Полегшення» на графіку.*) Я думаю про це як про отримання емоційного подарунка. Отже, якщо тривога зникає щоразу, коли ви уникаєте, чому ви уникаєте справді має сенс, чи не так?

ДЖИЛ: Так.

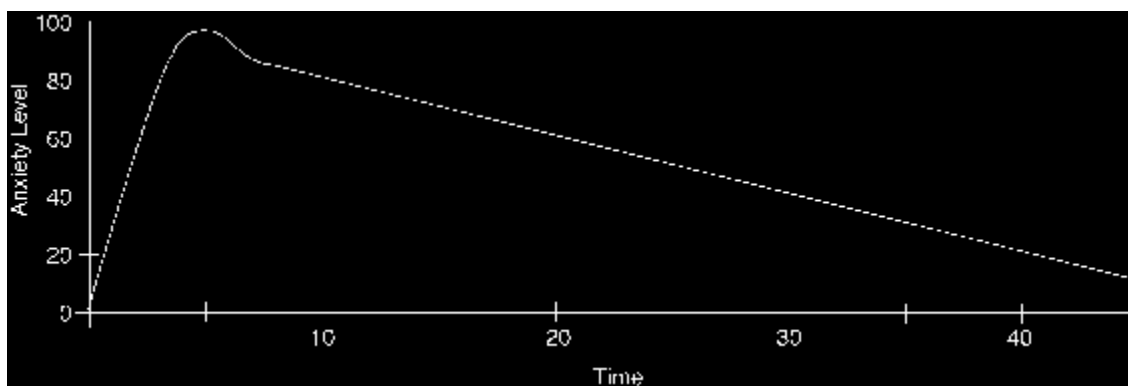
ТЕРАПЕВТ: Проте є одна маленька проблема. Хоча уникання допомагає зменшити занепокоєння в короткостроковій перспективі, що станеться, коли ви наступного разу побачите собаку? Що відбувається з вашою тривогою?

ДЖИЛ: Він повертається вгору.

ТЕРАПЕВТ: Саме так. (*Малює ще один пік.*) Ваша тривога зростає. Ви уникаєте, і воно падає. Але потім він знову зростає наступного разу, коли ви потрапите в ту саму ситуацію. І на жаль, ваша тривога може робити це назавжди. Вгору і вниз, назавжди. Хоча це не технічний термін, ми назвали це «стрибками уникнення». Отже, хоча уникання допомагає вам почуватись краще в короткостроковій перспективі, це заважає вам подолати страх у довгостроковій перспективі, оскільки ви не отримуєте можливості дізнатися, що те, чого ви боїтеся, насправді не завдасть вам шкоди.

ДЖИЛ: Хм.

ТЕРАПЕВТ: Але, якщо ви залишитеся в цій ситуації, що, на вашу думку, станеться?



Представляємо експозиційну терапію

85

ДЖИЛ: Може впасти?

ТЕРАПЕВТ: Так. Спочатку ваша тривога зростатиме, і може здатися, що вона буде зростати й зростати вічно й ніколи не зникне. Але, насправді, з часом вона фактично зменшуватиметься ось так (*Малюнок 6.2 накладений на Малюнок 6.1*). Ми називаємо це велике збільшення та поступове зниження тривоги, кривою звикання .

[ *Коментар: Ви можете намалювати малюнок 6.2 накладеним на малюнок 6.1 різними кольорами.*

*Продовжте це обговорення, надавши своєму пацієнту роздатковий матеріал 6.1.]*

ДЖИЛ: Хм.

ТЕРАПЕВТ: Це має сенс?

ДЖИЛ: Це має сенс, хоча я не впевнена, що це для мене спрацює.

ТЕРАПЕВТ: Це зрозуміло. Мені цікаво, однак, чи ви коли-небудь боялися або хвилювалися з приводу чогось у минулому, коли ви зрештою подолали свій страх? Наприклад, багато людей, які займаються плаванням, кажуть, що боялися пірнати, поки не звикли. Або, якщо повернутися ще далі, часто, коли вони вперше навчаються плавати, люди бояться опускати обличчя у воду, щоб почати. Крім того, деякі люди, які потрапили в незначні автомобільні аварії, кажуть, що вони хвилюються, коли знову починають керувати автомобілем.

[ *Коментар: Корисно надати докази з власного життя пацієнтів, щоб продемонструвати, що вплив працював на них у минулому. Терапевт згадує, що хоча Джилл повідомила про незначну автомобільну аварію за її оцінкою, вона також повідомила про відсутність проблем з керуванням. Таким чином, є добрі шанси, що це*



*може стати прикладом викриття для Джилл. Терапевт досліджує це, ставлячи запитання. Якщо у вас немає конкретного прикладу з життя вашого пацієнта, наведіть приклади, які, на вашу думку, можуть підійти вашому пацієнту.]*

ДЖИЛ: Це сталося зі мною. Багато років тому я був у крилогибці. І коли я повернув свою машину з магазину, я не хотів її водити.

ТЕРАПЕВТ: Ви врешті їздили на ньому? Або ти все ще їдеш автобусом?

ДЖИЛ: Мені довелося – у мене не було вибору.

ТЕРАПЕВТ: Що сталося з вашим страхом?

**РИСУНОК 6.2.** Крива звикання.

86

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

ДЖИЛ: Ти маєш рацію. Воно пішло вниз.

ТЕРАПЕВТ: Отже, коли ви не могли уникнути, з часом ваш страх зменшився. Це ідея викриття. Іншими словами, коли ви уникаєте, ви не маєте можливості дізнатися, що ситуація досить безпечна. Але коли ви не можете (або не можете) уникнути, ви можете зрозуміти, що ваш страх більший, ніж рівень небезпеки в цій ситуації.

ДЖИЛ: Це має великий сенс.

ТЕРАПЕВТ: Тепер давайте розглянемо другий фактор, який допомагає підтримувати тривогу, а саме некорисний спосіб мислення. Наприклад, якщо ви думаєте, що те, що сталося з вами, є вашою провиною, ви можете звинувачувати себе, відчувати провину та депресію. Подібним чином, якщо ви вважаєте, що все ще боїтеся собак, це означає, що ви слабкі та нездатні справлятися з життям, тоді ви, можливо, з меншою ймовірністю будете робити те, що допоможе вам подолати свій страх. Хоча ці думки зрозумілі, враховуючи те, що з вами сталося, такий

спосіб мислення марний. Дуже часто те, що ми думаємо, змінюється під час впливу. Іншими словами, ваш досвід спілкування з собаками під час експозиційної терапії, швидше за все, змінить ваше уявлення про собак. Однак, якщо ми помічаємо, що марні думки часті, постійні або дуже тривожні, я навчу вас, як усвідомлювати ці марні думки та вивчати більш корисні способи мислення.

### ***Створення ієрархії***

Процес побудови ієрархії досить простий. Незважаючи на це, деяких пацієнтів це бентежить. Тому важливо провести пацієнта через етапи побудови ієрархії, принаймні в перший раз. Деякі пацієнти можуть побудувати лише одну або дві ієрархії під час лікування (тобто одну уявну та одну *in vivo*). Однак іншим може знадобитися побудувати кілька підієрархій, щоб розбити різні типи стимулів або ситуацій на керовані кроки. Як тільки вони «дізнаються», багато таких пацієнтів беруть м'яч і біжать з ним. Проте іншим може знадобитися ваше керівництво з кожною новою ієрархією.

### **Приклад діалогу: побудова ієрархії**

ТЕРАПЕВТ: Як ми вже обговорювали, повторне потрапляння в страшну ситуацію зменшить ваш дискомфорт у цій ситуації. Першим кроком у підготовці до *експозиції in vivo* є складання плану послідовних кроків у наближенні до ситуації, яка викликає страх. Це називається «ієрархією». Якщо багато різних речей викликають ваші страхи, ми можемо вважати корисним створити кілька ієрархій для ваших різних страхів. У мене є робочий аркуш, який ми можемо використати для розробки ієрархії (Роздатковий матеріал 6.4). Під час побудови ієрархії впливу слід дотримуватися чотирьох основних кроків.

*Крок 1* передбачає визначення ситуацій, які викликають побоювання. Роздатковий матеріал «Поширені реакції» (Роздатковий матеріал 5.1) є хорошим місцем для початку, оскільки ви перерахували деякі ситуації, місця, предмети, людей або тварин, яких ви уникаєте, і ви описали деякі способи уникнення цих нагадувань про травми. Наприклад, ви вказали, що уникаєте ходити вдома до людей, які мають собаку, як-от

до вашої сестри та вашої подруги Лізи, що ви уникаєте дивитися телевізор чи читати журнали, які можуть мати зображення.

## Представлення експозиційної терапії

87

ти собак, і що ви уникаєте гуляти в межах кількох кварталів від вулиці В'язів, де раніше жив Барні. Вони дають нам точку відліку для вашої ієрархії. *Крок 2* у побудові ієрархії полягає в *мозковому штурмі* якомога більшої кількості різних ситуацій, що викликають тривогу. Отже, які ще конкретні ситуації з собаками викликають у вас тривогу?

[ *Коментар: Використовуючи розділ «уникнення» Роздаткового матеріалу 5.1 для підказки, Джилл і терапевт обдумують різноманітні ситуації, які викликають тривогу. Список не обов'язково повинен бути повністю вичерпним. Однак створення достатньо детального списку може бути корисним для визначення хороших відправних точок для контакту та отримання більшої обізнаності щодо повного обсягу уникнення з боку вашого пацієнта.*]

ТЕРАПЕВТ: Добре, тепер, коли ми перерахували чимало ситуацій, яких ви уникаєте, ми можемо переходити до наступного кроку. *Крок 3* полягає в тому, щоб *оцінити занепокоєння*, яке ви очікували б відчути, якби потрапили в таку ситуацію, за допомогою шкали суб'єктивних одиниць дистресу, або «SUDS».

По суті, це спосіб для вас оцінити, скільки занепокоєння ви відчуваєте в певній ситуації. Шкала варіюється від 0 до 100, де 0 = *немає тривоги* і 100 =

*максимальна тривога*.<sup>1</sup> Один із простих способів почати — переглянути список і сказати мені, які ситуації та об'єкти у списку викликають найменше тривоги .

ДЖИЛ: Усі вони викликали б у мене сильне занепокоєння, але я думаю, що зображення собаки викликало б у мене найменше занепокоєння.

ТЕРАПЕВТ: Ми не були надто конкретними, коли показували зображення собаки. Ви боїтеся собак досить сильно — настільки, що навіть дивитися на фотографії собак стає дуже засмучено, чи не так?

ДЖИЛ: Так.

ТЕРАПЕВТ: Отже, чи існує тип зображення, яке найменше викликає занепокоєння? Іншими словами, яке зображення собаки, на вашу думку, було б найлегшим для перегляду?

Наприклад, чи буде легше собаці, що лежить без показу зубів, ніж собаці, що стоїть із показом зубів, чи не буде різниці?

ДЖИЛ: Легти й не показувати зубів було б легше. Я вважаю, що головне - немає зубів.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Отже, використовуючи шкалу SUDS, де 0 означає *немає тривоги*, а 100 це *максимальне хвилювання*, скільки тривоги ви відчували б, якби дивлячись на фотографію собаки без зубів?

ДЖИЛ: Багато, можливо, 70.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Тепер погляньмо на інший кінець шкали. Як ви думаєте, що було б найстрашніше?

ДЖИЛ: гладити бульмастифа на повідку чи з нього. Вони однаково погані.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Скільки хвилювання?

ДЖИЛ: Сто чи навіть більше.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Що ж, 100 – це найвищий показник, тому давайте оцінимо їх так само на 100.

1 Якщо ваш пацієнт уже знайомий із шкалою від 0 до 8 балів, яка використовується в багатьох лікуваннях тривожних розладів, можливо, вам буде легше продовжувати використовувати цю шкалу.

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

ДЖИЛ: Ви знаєте, дивлячись на це, я не думаю, що зображення без зубів — це 70. Це все ще високо, але, можливо, 50. Є багато речей, які здаються гіршими.

ТЕРАПЕВТ: Добре. давайте змінимо це на 50. Тож тепер давайте спробуємо заповнити середину між найнижчою та найвищою ситуаціями. Ви сказали, що фотографія собаки з зубами буде гіршою. Куди б це поділося?

ДЖИЛ: Я все ще думаю, що це викликало б багато хвилювань. Можливо, 65.

ТЕРАПЕВТ: Як щодо маленької собаки, яку ви знаєте як доброзичливого, який сидить на повідку чи в клітці?

ДЖИЛ: шістдесят за маленьку собаку в клітці та 70 за собаку на повідку.

*[ Коментар: часто пацієнтам найлегше спочатку оцінити ситуації, які викликають найменший та найбільший страх або навпаки, потім перейдуть до решти списку. У цьому випадку терапевт підозрював, що Джилл могла переоцінювати нижчий рівень своєї ієрархії. Однак пацієнти, які переоцінили низькі ситуації, як правило, починають самостійно змінювати оцінки, як це зробила Джил, коли вони подивляться на ситуації, які створюють вищий рівень тривоги.]*

ТЕРАПЕВТ: після того, як ви оціните всі варіанти, наступним кроком буде змінити порядок початкового списку предметів у зростаючому порядку SUDS (від найнижчого до найвищого рейтингу SUDS). Перепишіть список у новому порядку в другій формі, сформулювавши пункти як фактичні завдання, які можна виконати, із конкретними відомостями про те, як вони будуть виконані. Це завершить вашу початкову ієрархію впливу *in vivo* [див. рис. 6.3].

## ***Використання підієрархій для титрування тривоги***

Багато пацієнтів можуть завершити опромінення за допомогою ієрархії, подібної до наведеної раніше.

Інші пацієнти, однак, отримують користь від перетворення своєї початкової ієрархії на підієрархії, щоб титрувати свою тривожність. Наприклад, Джил оцінила близькість до клітки **1**.

Зображення собаки без зубів

50

**2.**

Відео дружнього собаки

55

**3.**

Перебувати в кімнаті з маленькою собакою в ящику чи клітці

60

**4.**

Зображення собаки, у якої видно зуби

65

**5.**

Перебувати в кімнаті з маленькою собакою на повідку

70

**6.**

Перебувати в кімнаті і гладити маленьку собаку з повідка

85

**7.**

Близько до вольєра чи клітки з великою собакою

85

**8.**

Близько до/погладити великого собаку на повідку

90

**9.**

Пройдіть біля будинку, де жив Барні

95

**10.**

Близько до/погладити великого собаку з повідка

95

**11.**

Близько до/погладити бульмастифа на повідку

100

**12.**

Близько до/погладити бульмастифа з повідка

100

## РИСУНОК 6.3. Початкова ієрархія Джил *in vivo* .

### Представлення експозиційної терапії

89

великий собака на 85 на SUDS. Проте цілком можливо, що різні типи собак (наприклад, залежно від розміру, кольору чи типу породи) вироблятимуть різний рівень тривоги. Подібним чином її страх може змінюватися залежно від того, наскільки близько собака, тому що збільшення фізичної відстані часто зменшує занепокоєння. Тип клітки (наприклад, залежно від того, наскільки безпечною вона виглядає) також може впливати на її страх. Таким чином, якщо необхідно, Джилл, ймовірно, може титрувати своє занепокоєння, створивши конкретну підієрархію, яка змінює характеристики елемента «велика собака в клітці».

Імовірно, Джилл ставатиме все більш впевненою, що її тривога зменшиться під час впливу після успішного виконання завдань нижчого рівня, а завдання вищого рівня можуть бути легшими, ніж очікувалося. Фактично, загальна аналогія порівнює виконання завдань ієрархії з підйомом по сходах. Коли ви піднімаєтесь на кожну з нижніх сходинок, сходинки у верхній частині драбини стають ближчими та легшими для доступу. Проте з нашого досвіду виконання ситуацій нижчого рівня не *завжди* значно полегшує ситуації вищого рівня для пацієнтів із ПТСР, хоча майже всі пацієнти повідомляють про підвищення впевненості у впливі, коли воно спрацювало . Таким чином, залежно від ступеня узагальнення, яке відчуває Джилл, погладження великої собаки все ще може викликати високий ступінь тривоги та бажання уникати. У цій ситуації може бути корисним створити підієрархію.

Так само, якщо Джилл відчувала дуже високий рівень тривоги навіть у ситуації з найнижчою оцінкою (наприклад, перегляд фотографій собак), було б корисно створити підієрархію, зосереджену на фотографіях собак.



Якщо здається, що пацієнту буде корисно створювати підієрархії, ми рекомендуємо чітко навчити пацієнта створювати ієрархії, переглянувши кроки, щойно перелічені в дещо змінений формі. Крок 1 передбачає вибір конкретної ситуації, яка викликає побоювання (наприклад, перебування поруч із великою собакою без повідка). Крок 2 передбачає мозковий штурм усіх способів змінити цю ситуацію (шляхом зміни стимулу, ступеня контакту тощо). Кроки 3

і 4 не змінюються та передбачають оцінювання варіацій, а потім упорядкування їх відповідно до кількості тривоги, яку вони викликають. Роздатковий матеріал 6.4 містить інструкції щодо побудови ієрархії та модель завершеної ієрархії, а також робочий аркуш для побудови ієрархії.

### ***Вибір першого стимулу для In Vivo Експозиція***

Після того, як ви побудували ієрархію, наступним кроком є навчання пацієнта, як виконувати *опромінення in vivo*. По-перше, допоможіть пацієнту визначити, з чого почати в ієрархії. Якщо можливо, почніть із середини ієрархії, з найвищого рейтингу, який ваш пацієнт готовий спробувати. Як правило, найкраще починати з предмета, який має оцінку принаймні 50 за SUDS. Отже, якщо ієрархія починається з 50, у деяких випадках ви також можете почати ближче до нижньої частини ієрархії.

**Зразок діалогу: вибір предмета з ієрархії ТЕРАПЕВТ:** Уявіть, якби я боявся стрибнути з трампліну — ви знаєте — 10- метрові дошки, як у них на олімпіаді?

ДЖИЛ: Так, я їх бачила.

ТЕРАПЕВТ: Я міг би попрацювати над цим страхом, спершу почавши з підігнутої позиції та впавши в

басейн. Тоді я міг би прогнутися в поперек у позу «щука» і впасти в басейн.

Тоді, стоячи, я міг відштовхнутися від краю басейну в повітря й упасти у воду головою вперед. Далі я міг би стрибнути з 1-метрової трампліна в положенні гарматного ядра, а потім стрибнути з 1-метрової дошки. Коли я освою стрибки з 1-метрової дошки, я можу спробувати стрибнути з 3-метрової дошки, а потім стрибнути з неї. Таким чином я поступово збільшую висоту стрибків, поки не досягну 10-метрової висоти. Це добре працює, але може бути виснажливим і займати деякий час, щоб пройти дошки різної висоти в різних положеннях.

ДЖИЛ: Так, це може зайняти багато часу.

ТЕРАПЕВТ: Крім того, якщо починати дуже низько й переходити до наступного кроку лише тоді, коли мій страх зменшується, я насправді ніколи не відчуваю сильного страху, тому я можу не навчитися справлятися із самим страхом.

ДЖИЛ: Я ніколи про це не думала.

ТЕРАПЕВТ: Інший підхід полягає в тому, щоб підійти прямо до високої дошки та пірнути. Це теж працює — я точно відчую страх! І це має ту перевагу, що допомагає мені швидко подолати страх. Проблема цього підходу полягає в тому, що багатьом людям дуже важко робити речі, які викликають страх на такому інтенсивному рівні. Я міг би витратити довгий час, дивлячись через край і нарошуючи своє очікування тривоги, і я міг би ніколи не змусити себе зійти з високої дошки. Це може збентежити, а полегшення, яке я відчуваю, коли спускаюся по драбині високої дошки, посилить мій страх. Звичайно, ви можете просто відштовхнути мене, але це може не допомогти мені навчитися справлятися зі своїм страхом, якщо я не прийму рішення піти добровільно — насправді це може змусити мене більше боятися високої дошки. Тож найкраще для мене буде почати десь із середини — найвищої дошки, з якої я можу змусити себе стрибнути — навіть якщо, можливо, я просто стрибну з неї вперше. Справа в тому, що він має бути достатньо високим, щоб я відчував страх, але не настільки

високим, щоб я був пригнічений страхом і не міг діяти чи навіть зовсім втекти від ситуації.

### ***Підготовка самотійних висловлювань***

Використання самотійних тверджень не є обов'язковим. Однак ви можете вирішити запропонувати самотійні твердження пацієнтів, які виявляють значний трепет перед початком контакту, або тих, кому важко виконувати домашнє завдання після його завершення.

Дослідження фобій показали, що використання самовиявлень, які допомагають подолати себе, може зменшити сприйману нав'язливість впливу (Koch, Spates, & Himle, 2004).

### **Зразок діалогу: впоратися з власними заявами**

ТЕРАПЕВТ: Ви можете помітити, що спочатку виконання завдання впливу буде неприродним. Може здатися дивним наближатися до чогось, чого ви так довго уникали.

Те, що ви говорите собі, наближаючись до страшної ситуації, може вплинути на ваш успіх. Вам може бути корисно поговорити про це, наприклад, нагадавши собі, що ситуація, до якої ви наближаєтеся, безпечна. Ви

Представлення експозиційної терапії

91

може також бути корисним нагадати собі про те, що ви сподіваєтеся отримати, наближаючись до того, чого ви докладали стільки зусиль, щоб уникнути в минулому.

Ось приклади самотійних висловлювань ( *показує роздатковий матеріал для пацієнта 6.3*)—

речі, які ви можете сказати собі, щоб допомогти собі дотримуватися практики *in vivo* ситуації. (Або, якщо у вас є власні, які вам підходять,

запишіть їх у порожні місця.) Деякі люди вважають корисним вибрати кілька, які їм найкраще підходять.

Ви можете виділити їх на цьому аркуші або записати на картці-індексі, щоб мати її з собою під час практики. Це допоможе вам впоратися зі збільшенням тривоги, яке ви, ймовірно, відчуваєте під час практики впливу.

Наведені нижче приклади самостійних тверджень щодо подолання:

"Моє хвилювання не зашкодить мені, навіть якщо це неприємно".

"Я продовжуватиму це й спостерігатиму, як моя тривога спадає".

"Я можу бути тривожним і все одно впоратися з цією ситуацією".

«Це відчуття неприємне, але воно не триватиме вічно».

"Мій страх може зрости, але я можу з ним впоратися".

"Це можливість для мене навчитися справлятися зі своїми страхами".

"Це незручно, але не небезпечно".

### ***Початок In Vivo Витримка під час сеансу***

Якщо ви та ваш пацієнт визначили певний початковий елемент в ієрархії, ви готові почати. Найчастіше ви проводите перше знайомство під час сесії (Роздатковий матеріал 7.3

можна використовувати для відстеження показників SUDS під час експозиції під час сеансу), де можна моделювати відповідну поведінку та надавати підтримку. Однак у деяких випадках пацієнти самостійно починають опромінення *in vivo* вдома. Наприклад, часто потрібен цілий сеанс, щоб розглянути обґрунтування впливу та розробити ієрархію. Якщо ви вважаєте, що ваш пацієнт здатний почати самостійно, і ви стурбовані тим, що між сеансами може виникнути передбачувана тривога, призначте перший елемент *in vivo* для

домашнього завдання. Інструкції, надані після зразка діалогу, корисні для обох початкових сценаріїв (тобто під час сесії та вдома).

У цьому випадку Барні поранив Джилл дуже сильно (тобто після нападу вона була госпіталізована на кілька тижнів), і вона дуже уникала всього, що нагадувало собаку. Таким чином, вона почала з найнижчого пункту.

### **Приклад діалогу: початок експозиції**

ТЕРАПЕВТ: Перш ніж ми почнемо, давайте оцінимо вашу тривожність. За шкалою від 0 до 100, скільки тривоги ви зараз відчуваєте?

ДЖИЛ: Я дуже хвилююся. Принаймні 60.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Щоб переглянути, за мить я покажу вам фотографію собаки, з якої ми погодилися почати, і попрошу вас оцінити своє занепокоєння. Хоча ви можете відчувати бажання відвести погляд, я пропоную вам продовжувати дивитися на картинку протягом наступних 45 хвилин або близько того, поки ваша тривога не зменшиться вдвічі. Пам'ятайте, собака на зображенні не може завдати вам шкоди, навіть якщо вона здається страшною. Я прошу вас оцінити своє хвилювання

92

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

знову приблизно кожні 5 хвилин. Я збираюся стежити за цим тут, на комп'ютері, а потім ми подивимося на графік результатів.<sup>2</sup> Є запитання?

ДЖИЛ: Ні, здається, я розумію.

[ *Коментар: Терапевт може відстежувати поточні оцінки SUDS на аркуші паперу або на комп'ютері. Ми віддаємо перевагу комп'ютеру,*

*оскільки це полегшує створення графіків оцінок SUDS для наших пацієнтів.]*

ТЕРАПЕВТ: Добре, ось фотографія собаки. Я дам його тобі, щоб ти потримав на колінах і подивися. Тепер, наскільки сильно ви відчуваєте тривогу, коли тримаєте фотографію на колінах?

ДЖИЛ: Вісімдесят.

*[ Коментар: досить часто пацієнти відчувають більше тривоги, ніж очікувалося, коли вони вперше починають in vivo < i class="calibre4">експозиція. Отже, хоча Джилл почала з предмета, який отримав оцінку 45 у її ієрархії, не дивно, що під час першого випробування її пік тривоги становив 80. Рівень очікуваної тривоги пацієнтів часто високий під час першого сеансу, оскільки вони не знають, що вони збираються відчути. ]*

ТЕРАПЕВТ: Гаразд, а тепер просто залиштеся зі своїм занепокоєнням і продовжуйте дивитися на фотографію собаки. Подивіться на всі різні аспекти собаки, коли ви відчуваєте свою тривогу. (Минуло 90 секунд .) Ви все ще зосереджені на своїй тривозі?

ДЖИЛ: ( Киває. )

ТЕРАПЕВТ: Добре, просто продовжуйте зосереджуватися на своїй тривозі та продовжуйте дивитися на зображення собаки. Ознайомтеся з усіма аспектами собаки. Подивіться на колір собаки і пащу собаки.

*[ Коментар: Терапевт нагадує Джилл, що їй потрібно зробити, щоб Джилл залишалася зосередженою на завданні. Зазвичай це потрібно менше після першого сеансу.]*

ТЕРАПЕВТ: А тепер де ваша тривога? Наскільки сильно ви відчуваєте занепокоєння за шкалою 0–100?

ДЖИЛ: Це все ще досить високо. Можливо, 78. Мені дуже хочеться це зараз прибрати.

[ Коментар: терапевт продовжує використовувати слово «тривога», щоб нагадати Джилл зосередитися на тривозі проти глобального дистресу або альтернативну емоцію, таку як гнів. ]

ТЕРАПЕВТ: Ми можемо очікувати, що ви захочете втекти, але спробуйте залишитися з цим. Відчуйте свою тривогу, зосереджуючись на зображенні. . . . А тепер де твоя тривога?

ДЖІЛ: Можливо, 65.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Ви робите гарну роботу. Просто продовжуйте робити те, що ви робите. Дивлячись на картинку, зосередьтеся на своїй тривозі. Коли ви відчуєте, що готові, ви можете торкнутися зображення або навіть понюхати його.

2Деякі *проблеми in vivo* вимагають вийти з офісу. Якщо це необхідно, візьміть із собою ручку та блокнот, щоб відстежувати оцінки SUDS.

Представлення експозиційної терапії

93

ДЖІЛ: ( *попередньо торкається зображення на колінах, а потім починає торкатися його ще більше. Через мить вона дивиться у терапевта, потім нюхає картинку.* ) Нічим не пахне — ну, може, календарем.

ТЕРАПЕВТ: Ну, це зображення календаря. Тож продовжуйте дивитися та торкатися зображення. Подивіться на зображення собаки і відчуйте свою тривогу. . . ( *Пройшло ще 4 хвилини.* ) . . . А тепер де твоя тривога?

Проводячи *опромінення in vivo* , прагніть знайти баланс між тим, щоб залишатися мовчазним, щоб ваш пацієнт міг зосередитися, і заохочувати його брати участь у значущих контакт з об'єктом або ситуацією. Наприклад, жертви сексуального насильства можуть боятися і уникати певного мила, якщо злочинець використовував мило з сильним запахом. Під час впливу мила деякі пацієнти спочатку

тримають мило лише кількома пальцями або дуже уважно, навіть якщо мило в обгортці. М'яке заохочення таких пацієнтів міцно тримати мило та терти руки вздовж мила, щоб краще відкрити шкіру для його впливу, або щоб мило торкалося інших частин їхнього тіла (наприклад, ніг, рук, волосся) збільшує їх контакту з милом. Також може бути корисно змодельовати поведінку, показавши пацієнту, як потирати руки, щоб глибше втирати «мильну сутність» у шкіру, або як проводити «забрудненими» милом руками по волоссяю.

Після того, як ваші пацієнти завершують опромінення під час сеансу, перегляньте графік сеансу, похваліть їх за збереження ситуації та вкажіть на зміну тривоги під час сеансу. Потім дайте конкретні вказівки щодо домашньої практики: **Інструкції для *in vivo* домашнього завдання з експозицією** 1. Визначення тривалого опромінення: залишайтеся в ситуації, доки рейтинг SUDS не зменшиться на 50%.

2. Важливість ведення записів: як вести записи про кожне опромінення (розкажіть пацієнту про *in vivo* Запис домашньої практики опромінення [Роздатковий матеріал 6.6]).

3. Повторюйте завдання впливу часто — принаймні п'ять разів на тиждень — бажано щодня.

4. Повторюйте один і той самий елемент експозиції протягом усього першого тижня, не змінюючи його та не переходячи до наступного елемента ієрархії.

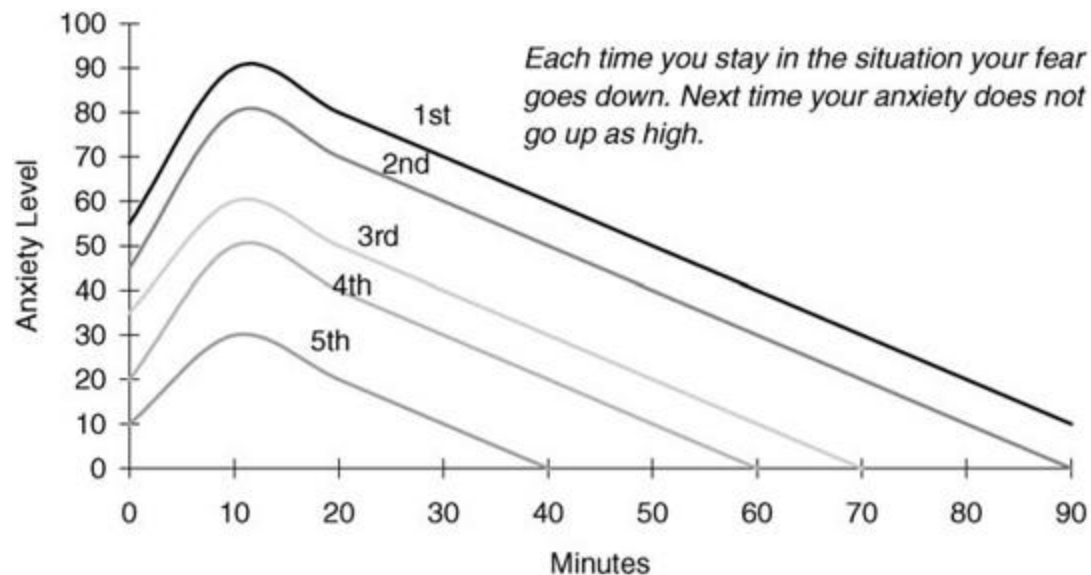
Багато пацієнтів можуть завершити опромінення *in vivo* вдома з обмеженими інструкціями після завершення опромінення під час сеансу. Однак значна меншість пацієнтів допускає важливі помилки. Вони можуть скоротити сеанс експозиції або перейти до наступного елемента ієрархії, перш ніж завершити той, що стоїть нижче, намагаючись «закінчити» ієрархію. Важко передбачити, хто помилиться. Таким чином, важливо дати дуже чіткі інструкції щодо домашньої практики *експозиції in vivo* і використовувати роздатковий матеріал 6.5, щоб підкріпити ці інструкції.



## Приклади діалогів: представлення експозиції

### Пункт 1: Визначення тривалого впливу

ТЕРАПЕВТ: Найважливіше під час експозиції *in vivo* - залишатися в ситуації. Коли ви практикуєтеся протистояти ситуації, ви можете спочатку відчувати симптоми тривоги, наприклад прискорене серцебиття, пітливість долонь або відчуття



94

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

знепритомніти; ви можете негайно вийти з ситуації. Але щоб подолати страх, важливо залишатися в ситуації, доки тривога не зменшиться принаймні на 50%. Зазвичай це відбувається через 30–45 хвилин, але іноді це може зайняти більше часу.

Якщо ваша тривога зменшиться на 50%, ви можете припинити вплив і відновити інші дії. Наприклад, якщо ваш найвищий рейтинг SUDS становить 80, ви повинні залишатися в цій ситуації, доки ваш рейтинг SUDS не досягне 40. (Малює "Криву звикання: залишатися в Пункт 2: Важливість ведення записів

*ТЕРАПЕВТ: Важливо відстежувати свій прогрес. Це допоможе вам побачити, чи ефективна експозиція, і вирішити, коли переходити до наступного кроку.*

*Давайте розглянемо, як використовувати запис In Vivo Exposure Home Practice Record (роздатковий матеріал 6.6), щоб відстежувати свій прогрес. Перш ніж розпочати виконання завдання, запишіть ситуацію, яку ви будете відпрацьовувати, у Роздатковому матеріалі 6.6. Потім оцініть свій початковий SUDS. Після того, як ви закінчите з експозицією, оцініть найвищу та кінцеву SUDS.*

*Пункт 3: повторіть експозицію*

*ТЕРАПЕВТ: Чим частіше ви відпрацьовуєте кожну ситуацію зі свого списку, тим менше тривоги ви відчуватимете. У результаті ваше бажання уникати тривожних ситуацій і людей також зменшиться. Як ви пам'ятаєте (малює «Криву звикання: повторюване тривале вплив»; див. малюнок 6.4), коли ви вперше заходите в ситуація, ваш очікуваний **РИСУНОК 6.4.** Крива звикання: багаторазове тривале вплив.*

*Представлення експозиційної терапії*

95

*тривога може бути високою. Але з кожним повторенням ваша тривога буде зменшуватися. Тому найкраще практикувати вплив щодня, якщо це можливо, або принаймні п'ять разів протягом наступного тижня.*

*Пункт 4: Підтримуйте послідовність протягом першого тижня*

*ТЕРАПЕВТ: Може виникнути спокуса спробувати змінити завдання впливу або навіть перейти до наступного пункту на ваша ієрархія. Проте протягом першого тижня найкраще повторювати одне й те саме завдання впливу щодня, зосереджуючи свою увагу на стимулі впливу та дозволяючи собі відчувати своє занепокоєння у цій ситуації. Можливо, ви прагнете йти вперед, але не можна поспішати з розголошенням, а спроба занадто швидко рухатися по ієрархії може*

*призвести до зворотного результату. Наступного тижня ми разом переглянемо ваші записи та обговоримо, як вирішити, коли переходити до наступного кроку.*

*Якщо ви призначаєте своєму пацієнту його чи її перше домашнє завдання без завершення in vivo впливу під час сеансу, ви можете створити план на випадок непередбачених обставин, якщо пацієнт починає з елемента, який знаходиться занадто високо в його або її ієрархії. Раннє опанування пацієнтами покращує комплаєнс під впливом.*

*"Крім того, у деяких рідкісних випадках може бути корисно зробити резервну копію кроку. Якщо після перебування під впливом більше 45–60 хвилин кілька днів поспіль ваш страх все ще не зменшився, можливо, краще перейти до роботи над елементом ієрархії, який ви оцінили трохи нижче. Як тільки ви досягнете успіху в цій ситуації, ви можете почати поступово просуватися в списку, щоб підійти до деяких із більш тривожних ситуацій».*

*Протягом наступних тижнів заохочуйте своїх пацієнтів змінювати способи їх зустрічі з ієрархічними стимулами. Мета полягає в тому, щоб спиратися на їхній досвід. Таким чином, навіть коли пацієнти переходять до різних предметів, нехай вони продовжують наражати себе на варіанти предметів нижчого рівня. Наприклад, Емілі в дитинстві зазнала сексуальних домагань з боку чоловіка, одягненого як пасхальний кролик. Після багатьох років уникання будь-яких форм пасхального кролика, вона завершила показ опудала пасхального кролика. Згодом, навіть коли вона перейшла до інших предметів у своїй ієрархії, Емілі почала збирати різні типи великодніх кроликів (наприклад, різних розмірів і кольорів, одні фаршировані, а інші шоколадні), розставляючи їх у своїй кімнаті, щоб «одного разу» і назавжди подолати мій страх перед цими дурними кроликами». Зрештою вона вирішила сфотографуватися з персонажем пасхального кролика у своєму місцевому торговому центрі.*

**Приклад діалогу: практика постійного викриття**

*ТЕРАПЕВТ: Тепер, коли ви завершили деякий вплив, вам потрібно зосередитися на зміні ситуації. Наприклад, якщо вашим завданням було зайти в супермаркет, виберіть інший супермаркет. Це збільшить імовірність того, що ви звикнете до супермаркетів загалом, а не лише до одного супермаркету. Інші варіації можуть включати відвідування супермаркетів різного розміру, в різний час дня, коли тихо, коли зайнято тощо.*

96

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

### *УСУНЕННЯ НЕПОЛАДОК IN VIVO КОНТАКТ*

***Як ми вирішуємо, коли так багато речей викликають тривогу? Що використовувати для Вплив In Vivo?***

*Є кілька важливих міркувань під час розробки розподілу впливу in vivo : безпека, практичність і клінічна корисність. Поєднання здорового глузду та клінічного судження допоможе вам визначити призначення опромінення, які є безпечними, практичними та клінічно корисними.*

#### ***Безпека***

##### *Завдання*

*In vivo мають на меті зменшити страх у ситуаціях, які реально не є дуже небезпечними. Тому не можна використовувати дійсно небезпечні ситуації, предмети чи людей. У випадку Джилл не було б потреби виявляти злого собаку, тому що їй порадили б триматися подалі від таких собак. У багатьох випадках також не рекомендується проводити in vivo контакт із особами, які вчинили сексуальне насильство в дитинстві; такі особи можуть представляти реальну поточну небезпеку різного ступеня. Наприклад, дядько Дженніфер, який неодноразово домагався її, часто з'являвся на сімейних зборах і продовжував робити їй сексуальні натяки. Ймовірно, для Дженніфер має сенс залишитися на сторожі зі своїм*

дядьком. Однак вона теж засмутилася, дивлячись на сімейні фото, на яких він фігурував. Це можуть бути корисні стимули впливу.

Подібним чином часто не рекомендується використовувати зброю, оскільки зброя може бути небезпечною.

Однак за особливих обставин контакт зі зброєю може бути цілком терапевтичним, наприклад, якщо страх вашого пацієнта перед зброєю заважає розважальним або професійним заняттям (наприклад, полювання чи робота в поліції), або якщо страх перешкоджає законному використанню зброї членами сім'ї. Якщо вплив зброї важливий, є кілька важливих міркувань. По-перше, подумайте, чи є в анамнезі вашого пацієнта суїцидальні думки або спроби, самоушкодження, гнів чи думки про вбивство щодо інших. Якщо в анамнезі нещодавно були дії, пов'язані з такими бажаннями та/або думками про нанесення шкоди собі чи іншим, тоді контакт зі зброєю може бути протипоказаним, оскільки ваш пацієнт може бути під загрозою заподіяння шкоди. По-друге, подумайте про консультацію з іншим клініцистом, який має досвід опромінення, отримайте відповідну консультацію з управління ризиками та юридичну консультацію та переконайтеся, що ви та ваш пацієнт дієте згідно з місцевими та державними правилами щодо вогнепальної зброї. Нарешті, якщо можливо, проводити опромінення з незарядженою зброєю. Ми ще не стикалися з ситуацією, коли нам потрібно було проводити експозицію із зарядженою зброєю. Під час опромінення може бути доцільним нагляд з боку навченого спеціаліста зі зброї, якщо потрібно стріляти зі зброї.

Взаємодія з ножами частіше необхідна, оскільки страх перед ножами часто заважає повсякденному житті. Однак, як і у випадку зі зброєю, контакт із ножем вимагає ретельного розгляду ризику заподіяння шкоди собі або іншим, випадково чи навмисно. Спостереження за впливом до призначення домашньої практики дає змогу точніше оцінити ризик.

Природа подразника також може викликати інші проблеми безпеки. У таких випадках будьте креативними. Наприклад, вплив крові може бути нерозумним, але підроблена кров, кров у флаконі чи навіть

кетчуп можуть бути життєздатною заміною. Подібним чином вплив сперми може викликати занепокоєння щодо безпеки та практичності. Багато пацієнтів, які бояться сперми, однак, повідомляють, що також бояться торкатися сирих яєчних білків.

*Представлення контактної терапії*

97

### ***Практичність і клінічна корисність***

Багато стимулів, які можуть бути клінічно корисними, можуть бути практично складними. Наприклад, Сара відчувала тривогу кожного разу, коли проїжджала повз будинок, у якому відбулося жорстоке поводження з нею в дитинстві. Вона особливо боялася інтер'єру будинку, але оскільки будинок був проданий іншій сім'ї, вона не могла викрити інтер'єр. Натомість вона використала фотографії свого дитинства та схожі кімнати будинку своєї сестри. Джилл дуже боялася собак, які показали свої зуби. Може бути важко змусити собаку показувати зуби протягом тривалого часу, тому вона використовувала фотографії та плівку. Наприклад, вона неодноразово переглядала сцени з фільму Сію .

Щоб бути клінічно корисними, стимули мають бути визначеними та достатньо конкретними, щоб підтримувати увагу та сприяти звикання. Ми найлегше звикаємо до стабільних, незмінних або немінливих стимулів чи ситуацій. Використовуючи стимули, які змінюються з часом (наприклад, телевізійні шоу, пісні), важливо постійно націлюватися на ключові сегменти, які викликають стрес. Наприклад, протягом 30 хвилин показуйте пацієнту один 5-хвилинний сегмент шість разів, а не одну 30-хвилинну телепередачу, у якій лише 5

хвилини тривожні.

Багатьох пацієнтів необхідно піддавати впливу ситуацій і подразників, які зазвичай не присутні в безперервній, стабільній формі протягом 30–60 хвилин. У таких випадках творчо «стабілізуйте» або

подовжте подразник, щоб максимізувати ймовірність звикання. Зациклена стрічка, на якій безперервно повторюється короткий фрагмент, може бути корисним інструментом для аудіо- чи відеоматеріалів, але просте перемотування назад і повтор сегмента може бути не менш ефективним. Наприклад, Сару дуже хвилювало спостерігати за тим, як інші, включаючи її дітей, блювали, натомість спостерігаючи, як її батько-алкоголік часто блював, коли вона була дитиною. Вона зняла на відео кілька епізодів медичного телевізійного шоу, поки не зняла півдюжини коротких сцен блювоти. Вона дивилася кожну сцену, створювала ієрархію сцен, а потім переглядала кожну сцену в ієрархії неодноразово протягом 5 днів поспіль, по 30–45 хвилин. Пізніше вона перейшла до спостереження, як її терапевт симулює блювоту, беручи ложку шматкового супу в рот і випльовуючи його у відро для сміття, імітуючи звуки блювоти. Рецепт імітації блювотних мас можна скоригувати, додавши трохи оцту, щоб посилити запах, схожий на блювоту, або використовуючи інші продукти, які імітують характеристики, які найбільше викликають у пацієнта тривогу.

Подібним чином, після того, як його автомобіль перекинувся з мосту, Девід злякався їздити по мостах. Він міг їздити короткими місцевими мостами лише кілька хвилин до того, як міст закінчився, чого було недостатньо для звикання. Проте вказівка Девіду почати з мосту з невеликим трафіком і легкими можливостями розвороту означала, що Девід міг кілька разів проїхати через міст. Кара жахалася звуків мотоциклів Harley Davidson, якими володів її образливий колишній бойфренд. Вона дуже боялася, коли їздила на своїй машині, якщо хтось проїжджав повз на Harley. Терапевт Кари створив аудіозапис звуку Harley, відвідавши дилерський центр. Подібним чином Венді, чиє дитинство жорстоке походило з дитинством у лісі, оточеному ґрунтовими велосипедними стежками, провела викриття, відвідавши ґрунтовий велосипедний трек. Широкий вибір корисних звуків для впливу також можна знайти на веб-сайтах звукових ефектів в Інтернеті.

Деякі подразники є настільки потужними тригерами спогадів, що пацієнтам може бути важко утримувати на них постійну увагу.

*Наприклад, запахи іноді можуть бути важкими, оскільки запах може бути сильним тригером спогадів. Наприклад, злочинець Лаури використовував одеколон, і Лаура повідомила, що спалахнула у відповідь щоразу, коли відчула запах його марки*

98

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*одеколон. Дослідження показують, що запахи є особливо потужними сигналами пам'яті. Спогади, які пригадуються за допомогою сигналів запаху, є більш емоційними та викликають спогади, ніж спогади, які пригадуються за допомогою інших сенсорних подразників (Aggleton & Waskett, 1999; Herz, 2004). Таким чином, може бути важко уповільнити або запобігти виникненню спалаху, що може зробити експозицію некорисною, оскільки пацієнти не отримують коригувальну інформацію про безпеку під час спалаху (див. нижче). Замість того, щоб почати з запаху одеколону, Лаура почала з флакона в коробці. Подібним чином, якщо подразником є їжа, може знадобитися відокремити запах, дотик і/або смак їжі від її зовнішнього вигляду при побудові ієрархії. Іноді використання фотографій подразника може бути корисним як перший крок.*

*Пацієнти з історією жорстокого поводження або нападу часто ідентифікують «людей» і «конфлікт»*

*як єдине, що викликає тривогу. In vivo вплив має стосуватися конкретних людей (наприклад, чоловіків, схожих на злочинців) або конкретних ситуацій з людьми (наприклад, розмова з невеликою групою, сидіння поруч з людьми на в автобусі або в переповненому кафе). Іноді пацієнти кажуть, що бояться людей, хоча насправді їм важко довіряти людям у стосунках. Це невідповідний стимул для впливу in vivo . Труднощі з довірою до інших найкраще вирішуються за допомогою когнітивної реструктуризації та поведінкових експериментів, спрямованих на поступове формування довіри у стосунках і перевірки переконань щодо довіри. Хоча вплив in vivo може відігравати певну роль у цьому, завдання впливу in vivo мають бути більш конкретними, щоб бути клінічно корисними.*



*Вплив «конфлікту» також може бути клінічно некорисним. Пацієнти, які вирости в жорстокому середовищі, часто кажуть, що вони чутливі до криків. Вплив крику може зменшити їхній дискомфорт, але важливо запитати, чи десенсибілізація до крику виконує адаптаційну функцію для даного пацієнта. Якщо ваш пацієнт настільки боїться конфлікту, що жваві дебати викликають страх, тоді доцільним може бути піддавання конфлікту, можливо, за допомогою фільму. Проте в інших ситуаціях ви можете віддати перевагу тому, щоб ваш пацієнт наполягав на тому, щоб члени сім'ї навчилися вирішувати конфлікти без крику. Крім того, якщо через «конфлікт»*

*ваш пацієнт означає, що він або вона не терпить будь-яких суперечок з іншими, навчання навичкам напористого спілкування може бути кориснішим, ніж викриття.*

***Якщо ми побудували кілька різних ієрархій, Як вибрати ієрархію для початку?***

*Якщо у пацієнта є кілька ієрархій, що окреслюють різні класи стимулів, гарною практикою є почати з ієрархії in vivo , пов'язаної з першим спогадом, адресованим у уявна експозиція. Іншим фактором, який слід враховувати при виборі ієрархії, є те, як уникнення цього класу подразників впливає на життя вашого пацієнта. Наприклад, Гретхен побудувала дві ієрархії: одна пов'язана з поліцейською уніформою, яка викликала спогади про її сексуальне насильство, а інша пов'язана з будинком її тітки, де сталося її сексуальне насильство. Її тітка, яка була важливою підтримкою в її житті, все ще жила в будинку, і уникнення дому обмежувало можливість Гретхен скористатися цією підтримкою. Тому вона вирішила почати з того, що менше уникає дому своєї тітки.*

***Що робити, якщо ми не можемо визначити стимул для In Vivo Контакт?***

*За допомогою зондування та креативності зазвичай можна визначити стимул, який підходить для впливу in vivo . Зондування може бути таким же простим, як надання копії робочого аркуша*

*«Шляхи уникання» (Роздатковий матеріал 6.2) пацієнтам, які мають труднощі з уникненням.*

### *Представлення експозиційної терапії*

99

*Звичайні реакції на травматичний досвід (Роздатковий матеріал 5.1). Однак в інших випадках вам, можливо, доведеться попрацювати трохи більше. Наприклад, Ліза, яка пережила фізичний напад у стані сильного збудження, не змогла ідентифікувати жодних об'єктів чи ситуацій для in vivo впливу. Ліза також не вірила, що викриття їй піде. Тому її терапевт хотів почати з простого завдання in vivo . Терапевт і Ліза призначили зустріч поза офісом, під час якої вони ходили в магазини та виходили з них, щоб перевірити, чи щось не налякало Лізу. Коли Ліза зайшла в магазин спортивних товарів, вона зрозуміла, що боїться вудок, якими її бив чоловік. У цьому випадку було корисно, щоб Лізу супроводжував терапевт, оскільки вона не змогла виконати подібне домашнє завдання. Деякі пацієнти, однак, можуть самотійно шукати тригери.*

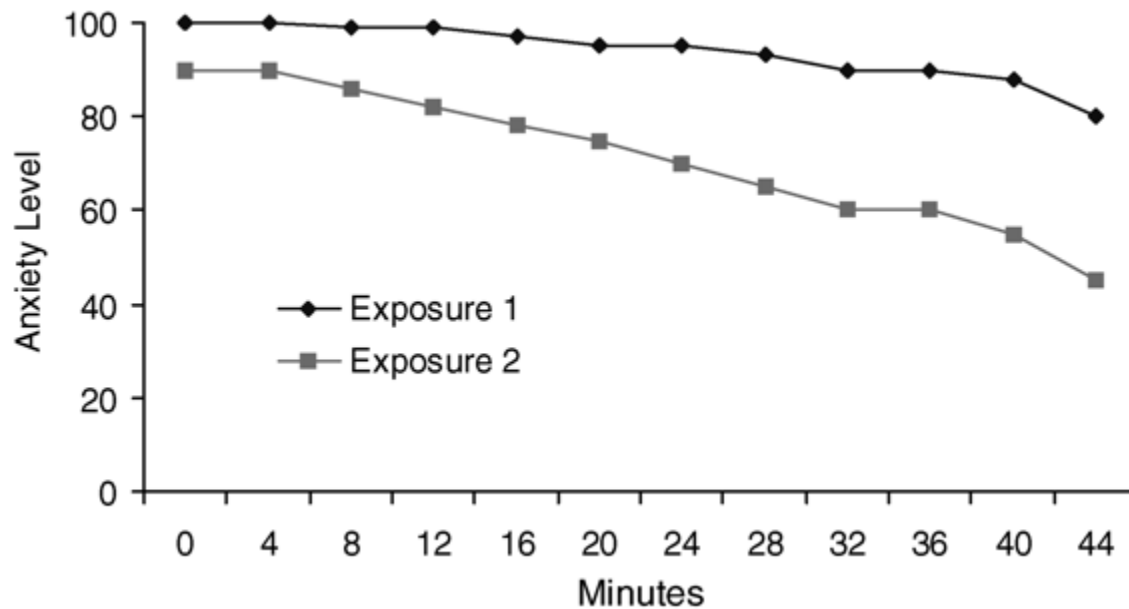
*У випадках, коли ви виявите, що нічого не видно, просто почніть з уявної експозиції. Повідомте своєму пацієнту, що багатьом людям важко визначити ознаки впливу in vivo і що ви разом продовжуватимете шукати ознаки, оскільки включаючи вплив in vivo може покращити результат. Рідко буває так, що ознаки впливу in vivo не стають очевидними після початку уявного впливу, а деталі пам'яті часто вказують на можливі подразники. Наприклад, Керрі не могла придумати жодних конкретних ознак, які викликали у неї тривогу, але під час уявного показу вона дуже детально описала виконавця сексуального насильства, включаючи той факт, що він був у зеленій робочій сорочці та пахнув милом. Трохи обговоривши, вона зазначила, що в медичному центрі уникала коридору, де малювали, бо малярі ходили в схожих сорочках. Так само вона ніколи не купувала мило його марки. Барбара не могла пригадати жодних стимулів in vivo , але коли вона описувала свої спогади про сексуальне насильство з боку свого дядька, вона описала, як він дістав свій пеніс з отвору в своїх боксерських шортах . Після сеансу опромінення терапевт*

*запитав її, як вона ставиться до боксерських шортів. Барбара розповіла психотерапевту, що коли її син був у молодшій школі, він попросив її купити боксерки, тому що вони були у всіх його друзів, і вона розлютилася. Барбара використовувала боксерські шорти як свій наступний стимул in vivo .*

*Важливо ретельно спланувати, як отримати стимули впливу in vivo . Коли це можливо, найкраще заохочувати пацієнтів отримати предмет, тому що це нормалізує активність (наприклад, купівля шматка мила) і заохочує оволодіння стимулом. Досить часто пацієнти можуть самотійно придбати в магазині такий предмет, як шматок мила, і принести додому в непрозорому пакеті. Однак для деяких пацієнтів отримання об'єкта (тобто 15-хвилинна робота з ним у магазині, перенесення додому в сумці та принесення на сеанс) може викликати значне занепокоєння, і вони можуть бути не в змозі зробити це з першого разу. крок. У таких випадках вам може знадобитися отримати предмет для них. Наприклад, до Сьюзан приставав її дідусь, коли він був п'яний. Під час приставань вона дивилася на порожні банки з-під пива, і боялася і банки, і запаху пива; Таким чином, терапевт отримав стимул, а також повідомив про це директорів клініки перед наступним сеансом, щоб вони могли схвалити акцію внесення пивних банок до клініки.*

### ***Що робити, якщо тривожність пацієнта не зменшується?***

*Іноді зниження рівня тривоги може бути настільки повільним, що його важко виявити, особливо якщо сеанси впливу недостатньо тривалі. Наприклад, Кармен почала in vivo самотійно слухати музику, яку вона асоціювала зі своїм жорстоким поведінням. Вона повернулася через кілька днів*



100

### КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

пізніше, повідомивши, що вона робила це тричі по 10 хвилин кожен, і її тривога залишалася на рівні 100 за весь час. У результаті її терапевт вирішив розпочати експозицію під час сеансу, спочатку навчаючи Кармен, як важливо зосереджуватися на музиці, а не на будь-яких спогадах, які вона може викликати. Під час першого прослуховування 4-хвилинного сегменту музики протягом 45 хвилин рівень тривоги Кармен знизився зі 100 до 95 протягом 30 хвилин. Їй було дуже важко продовжувати, але з підбадьоренням вона це зробила, і її тривожність знизилася до 80 після додаткових 15 хвилин впливу (див. Малюнок 6.5).

Після такого поступового зменшення тривоги Кармен та її терапевт могли легко зробити висновок: «Це не працює». Натомість її терапевт похвалив Кармен за те, що вона так довго зосереджувалася на музиці, і зазначив, що, хоча зниження тривоги було повільним, воно все ж зменшилося. Терапевт підкреслив, що Кармен, ймовірно, зазнає подальших скорочень при продовженні повторення, а також знову намалював графік повторного звикання для Кармен (див. Малюнок 6.5). Під час наступного сеансу тривожність Кармен продовжувала

демонструвати поступове звикання в межах і між сеансами. У середині другого сеансу терапевт показав Кармен її графік (рис. 6.5). Кармен сказала: «О, я бачу, як це працює», а потім запитала: «Як довго я маю це робити?» Терапевт нагадав Кармен, що в оптимальному варіанті вона повинна залишатися на впливі стимулу, доки її тривога не зменшиться вдвічі. Терапевт заохочував Кармен продовжити свою домашню практику, щоб досягти цілі 50%, навіть якщо це було неможливо під час першого сеансу, оскільки вони не змогли продовжити сеанс опромінення понад 50 хвилин. Терапевт також переглянув графік виконання домашнього завдання Кармен і зазначив, що зниження тривоги вдома в період між пробами було обмеженим, оскільки заняття були надто короткими. Нарешті, терапевт нагадав Кармен, що вона може відчувати більше тривоги вдома, тому що вона *in vivo* піддається впливу в середовищі, де її жорстоке поводження мало місце. Пацієнти часто відчують вищий рівень тривожності під час домашньої практики, що може бути пов'язано як зі зміною середовища, так і через відсутність терапевта, який може бути сигналом безпеки.

Іноді, коли занепокоєння пацієнта не спадає під час або під час випробувань, вам потрібно виконати певні дії, щоб з'ясувати, чому не відбувається звикання. Це може бути зумовлено кількома факторами. По-перше, ваш пацієнт може змінювати елементи ієрархії

**РИСУНОК 6.5.** Зустріч Кармен *in vivo* з регтайм-джазом: сесії 1 і 2.

Представлення експозиційної терапії

101

між випробуваннями. Наприклад, Джон боявся підвалів, тому що в підвалі над ним знущалися. Його ієрархія включала послідовне наближення до підвалу будинку його сестри (Джон побудував свій власний будинок без нього). Його першим кроком було сісти на сходи підвалу разом із сестрою на кухні. Його записи про експозицію показали, що його тривога знизилася під час першого випробування, а пік тривоги зменшився між випробуваннями 1

*і 2. Але в дослідженні 3 пік тривоги був вищим, ніж у двох попередніх дослідженнях.*

*Коли терапевт попросив Джона точніше описати, що він зробив, він розповів, що втретє не став чекати сестри й почав сам. Самотнє сидіння на сходах було п'ятим пунктом в ієрархії Джона. Коли його запитали, чому він це зробив, Джон відповів: «Я хотів пройти через це, і я просто думав, що я повинен зробити це сам». Терапевт підтвердив прагнення Джона бачити прогрес і його бажання робити щось самотійно. Вона також зазначила, що зміни, які зробив Джон, пояснюють, чому його тривога зросла, а не знизилася.*

### ***Зразок діалогу: пацієнт пропускає елементи ієрархії***

*ТЕРАПЕВТ: Я бачу, що ви справді сподіваєтеся швидко подолати вплив, і вам дуже неприємно відчувати таку залежність від вашої сестри. Це пояснює те, що ми бачимо на вашому графіку. Цілком зрозуміло, що ваша тривога була вищою під час третього випробування, тому що те, що ви зробили того дня, було насправді тим, що ви оцінили набагато вище у своїй ієрархії.*

*ДЖОН: Так, мабуть. Я думав, що зможу це зробити.*

*ТЕРАПЕВТ: І ви це зробили! Добре для вас. У той же час ви можете очікувати, що ваша тривожність підвищиться, коли ви зміните ситуацію. Зазвичай ми рекомендуємо дотримуватися першого пункту, поки ваш максимальний рейтинг SUDS не перевищить 20. Ваш максимальний рейтинг SUDS під час третього випробування становив 75. Я б рекомендував вам повернутися до цього елемента, перш ніж просуватися по ієрархії. Таким чином ви побачите, як це відчувається, коли ваша тривога зменшується до більшої міри, і ви розвинете більше впевненості в експозиції.*

*Друга причина, чому тривога може не зменшитися, полягає в тому, що вибране завдання може бути невідповідним (наприклад, небезпечним, нездоровим або коливається/недостатньо стабілізованим).*

*Наприклад, Сара хотіла подолати своє страждання від перебування поруч із матір'ю, хоча її мати залишалася одруженою з її вітчимом, який неодноразово ображав Сару сексуально. Хоча вітчим Сари більше не чинив сексуального насильства над нею, ні він, ні її мати ніколи не визнавали насильства. Крім того, щоразу, коли Сара відвідувала свою матір, її вітчим робив недоречні та сексуально непристойні зауваження щодо зовнішнього вигляду Сари та її стосунків зі своїм хлопцем. Бути поруч із матір'ю було недоречно. Натомість у лікуванні Сари потрібно було встановити межі з вітчимом і наполегливо донести свої потреби до матері.*

*Так само Дженніфер, яка пережила фізичне насильство, була засмучена тим, що не могла дивитися фільми через страх сцен насильства. Спочатку Дженніфер не зізналася своєму терапевту, що її хлопець тиснув на неї, щоб вона дивилася насильницьку порнографію як прелюдію до сексу, і що це було її основною мотивацією для бажання звикнути до насильства в кіно. Завершення контакту з насильницькою порнографією було не найкращим способом*

102

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*для Дженніфер, щоб впоратися з тиском свого хлопця. Натомість терапевт Дженніфер зосередився на напористому спілкуванні.*

*Нарешті, коли Джил спочатку завершила перегляд 5-хвилинних частин фільму Сію, вона показала дуже повільне звикання. Переглянувши ролик, терапевт помітив, що була коротка перерва в нападі собаки, приблизно через 1 хвилину відео. Джил підтвердила, що її тривожність зменшилася під час цієї секції, а потім знову зросла, коли собака відновила атаку. Скорочення кліпу до тривожних 3 хвилин після менш напруженої частини дало кращі результати.*

*Третя причина того, що тривога може не зменшитися під час впливу, полягає в тому, що ваш пацієнт недостатньо зосереджений на почутті тривоги. Це може означати, що ваш пацієнт або зосереджений на інших емоціях, таких як гнів, провина чи сором, або*

просто зосереджений на іншому зовнішньому подразнику, щоб відволікти увагу від пов'язаної тривоги. Дослідницька література щодо ефектів відволікання уваги від подразника під час впливу *in vivo* на фобії неоднозначна. Проте дослідження впливу посттравматичного стресового розладу виявили, що гнів під час впливу асоціюється з поганим результатом (Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995). Подібних досліджень провини та сорому під час впливу не існує. Однак є докази того, що пацієнти з високим рівнем провини чи сорому не мають такого гарного результату лише від впливу (Smucker та ін., 2003). Ми також помітили, що пацієнти не можуть звикнути, коли вони зосереджуються на соромі та провині під час експозиції, або коливаються між зосередженням на тривозі та інших емоціях. В ідеалі пацієнти повинні зосередитися на тривозі під час впливу та, наскільки це можливо, «відкладати» інші емоції, які можна вирішити безпосередньо після впливу, використовуючи інші методи, якщо це необхідно. Відсутність уваги до тривоги, як правило, є меншою проблемою під час впливу *in vivo*, і коли це трапляється, це може означати, що пацієнт звертає увагу на пам'ять, а не лише на Стимул *in vivo* (див. нижче).

У деяких випадках, якщо ваш пацієнт не може зосередитися на тривозі, вам може бути корисно попрацювати над гнівом, соромом або думками, пов'язаними з почуттям провини, спочатку за допомогою когнітивної реструктуризації (див. Розділ 8), а потім поверніться до експозиції після того, як ви помітили зменшення цих емоцій.

Зрештою, якщо ваш пацієнт не звертає уваги на стимул *in vivo* під час впливу, тривога може не зменшитися. Він також може різко зменшитися, що може означати, що ви почали занадто високо в ієрархії. Наприклад, під час сеансу Пол виглядав дуже тривожним у нічній сорочці, яка нагадувала ту, яку носила його мати під час сексуального насильства над ним. Через 15 хвилин занепокоєння Пола не зменшилося порівняно з його початковим звітом про «100». Через деякий час терапевт помітив, що голос Пола став більш монотонним; він перестав тремтіти, вираз його обличчя згладжувався, а погляд дивився кудись убік. Терапевт запитав: «Пол,



*ти зі мною? Будь ласка, подивіться на мене». Пол кліпав очима, підвів очі й запитав: «Що?» Опитування показало, що приблизно через 20 хвилин після того, як я подумав: «Я не думаю, що зможу це зробити. Це занадто», — почав Пол думати про те, щоб плавати на човні, що він часто робив, коли відчував стрес. Перехід на предмет, який викликав менше занепокоєння, покращив впевненість Пола в його здатності впоратися зі своїм занепокоєнням, і згодом він повністю позбувся нічної сорочки.*

*Іноді пацієнти можуть завершити опромінення під час сеансу, але відчують труднощі вдома. Наприклад, Люсія змогла успішно завершити під час сеансу контакт із порожньою пляшкою вина, яка нагадала їй про її фізично жорстоку матір. Однак під час контакту вдома вона повідомила, що була приголомшена та дисоціювала.*

*Представлення експозиційної терапії*

103

*Якщо ваш пацієнт повідомляє про дисоціативні реакції під час практики опромінення in vivo вдома, але не демонстрував такої поведінки у вашому офісі, можливо, виконання завдання опромінення вдома (а не в офісі) для них вище в ієрархії. Може бути корисно перейти до нижчого елемента ієрархії для початкових домашніх тренувань.*

***Що робити, якщо пацієнт не відчуває сильного занепокоєння під час In Vivo Вплив?***

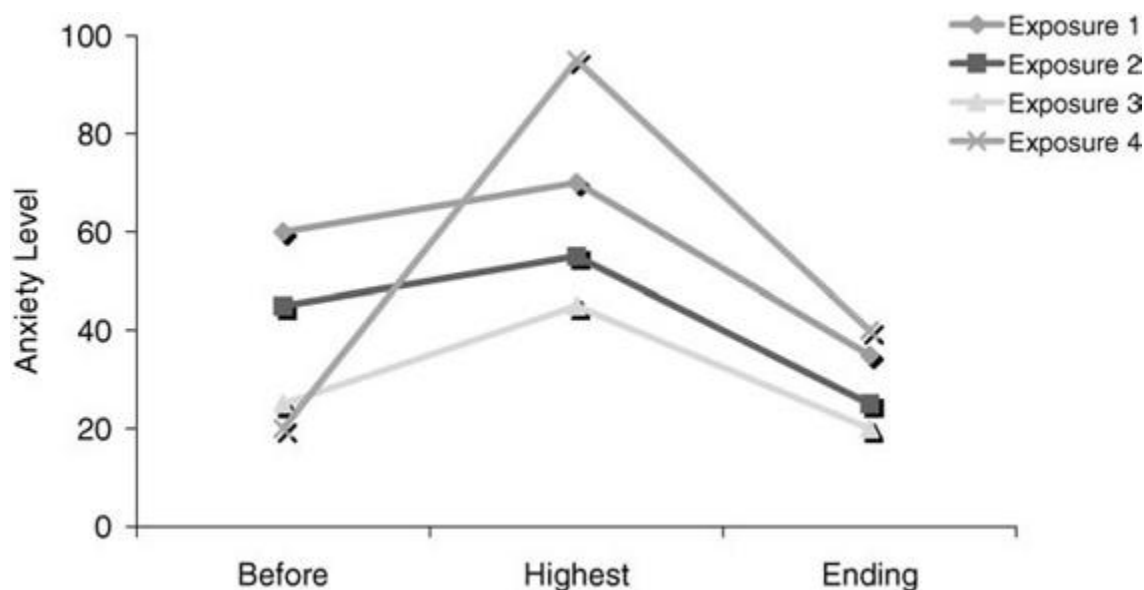
*Іноді ви можете помітити, що ваш пацієнт напрочуд мало хвилюється під час опромінення. Для цього є три основні причини. По-перше, пацієнти з дуже високим рівнем очікуваної тривоги іноді неправильно оцінюють, наскільки тривогу спровокує фактичний об'єкт або ситуація. У таких випадках ваш пацієнт може повідомити про дуже швидке зниження тривоги та стверджувати, що вплив цього предмета не є таким поганим, як очікувалося. У таких випадках просто підійміться вгору по ієрархії або перейдіть до уявного впливу.*

*По-друге, деякі пацієнти повідомляють про мінімальне занепокоєння, оскільки вони «заціпеніють» або дисоціюють. Це може означати (як у випадку з Полом), що ви почали надто високо в ієрархії свого пацієнта. У таких випадках достатньо перейти до елемента нижчого рівня. В інших випадках це може означати, що ваш пацієнт не має необхідних емоційних навичок, необхідних для експозиції (наприклад, здатності залишатися присутнім, коли відчуває тривогу). У цих випадках ми зазвичай звертаємося до методів діалектичної поведінкової терапії (ДБТ) (див. Розділ 9), таких як уважність, толерантність до дистресу та тренування навичок регуляції емоцій, а потім повертаємося до впливу. Мета полягає в тому, щоб навчити пацієнтів усвідомлювати момент, приймати неприємні емоції та бути присутніми з ними. Після того, як ваші пацієнти розвинули навички залишатися присутніми, ви можете запропонувати їм використовувати ці навички, щоб залишатися присутніми зі своєю тривогою під час впливу.*

*Нарешті, ваш пацієнт може покладатися на безпечну поведінку, щоб зменшити тривогу. Безпечна поведінка включає широкий спектр стратегій подолання, які пацієнти розвивають для подолання тривоги. Наприклад, Керол носила фотографію свого батька, який вивіз її з дому матері після того, як дізнався, що Керол зазнала жорстокого поводження з боку хлопця матері. Керол повідомила, що «почувалася краще», коли у неї була фотографія, і вона носила фотографію щоразу, коли їй потрібно було зробити щось, що викликало тривогу. Керол не відчувала значного занепокоєння під час експозиції, поки фотографію не вилучили з офісу. Поведінка безпеки може включати перенесення предметів, зміну дихання, підрахунок тощо. Якщо пацієнт не відчуває значного занепокоєння під час опромінення, уважно спостерігайте за пацієнтом щодо можливої безпечної поведінки та запитайте, чи він або вона робить щось, щоб мінімізувати дистрес. Дотримання безпечної поведінки під час впливу, як правило, призводить до менш задовільного результату (Clark, 1999; Kim, 2005; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells, & Gelder, 1999).*

***Що робити, якщо пацієнт спалахує назад під час експозиції In Vivo ?***

Деякі пацієнти яскраво переживають пам'ять під час *in vivo* експозиції, навіть аж до «спагаду». Миготіння під час експозиції небажано, оскільки це означає, що певною мірою ваш пацієнт втратив усвідомлення реальності та відчуває, ніби травма дійсно відбувається. Таким чином, ваш пацієнт може не відчувати безпеки або необхідного коригувального зворотного зв'язку. Навіть якщо ваш пацієнт не повертається,



104

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

яскраве спогад під час впливу *in vivo* може бути небажаним, якщо спогад настільки яскравий, що *in vivo* експозиція стає безсистемним уявним експозицією. У результаті зниження тривоги може не відбуватися за очікуваною схемою, і ваш пацієнт може не отримати впевненості в процесі впливу. Наприклад, обговорюючи свій контакт з Тобі, золотистим ретривером її сестри, Джилл сказала своєму терапевту, що спочатку контакт пройшов так, як очікувалося (див. Малюнок 6.6). Незважаючи на високу передбачувану тривожність, пік тривоги Джилл досяг 70 років під час її першого випробування та швидко впав. Під час наступних двох випробувань її передбачувана тривожність зменшилася, а пік тривоги був нижчим, ніж у попередньому дослідженні. Однак під час четвертого випробування

рівень тривоги Джилл досяг піку в 95. Джилл вважала, що це означало, що експозиція їй не підійде. Джилл також повідомила, що кіт її сестри увійшов до кімнати, і Тобі загарчав. Це гарчання змусило її яскраво пригадати напад Барні. У результаті експозиція перетворилася на уявну експозицію до пам'яті про напад, а зміщення фокусу з Тобі на пам'ять завадило зрозуміти, що Тобі був безпечним собакою. Після обговорення того, що сталося, Джилл погодилася продовжити практику *in vivo* з Тобі.

Якби її увагу знову привернули спогади про напад, вона б нагадала собі, що (1) вона працюватиме над пам'яттю Барні окремо під час уявного показу, (2) Тобі не був Барні, (3) Реакція Тобі на kota не означала, що він нападе на людину, і (4) їй потрібно було знову зосередити свою увагу на Тобі. Це добре спрацювало у випадку Джилл. Деякі пацієнти, однак, виявляють, що не можуть піддатися нагадуванням про травму, не занурившись у переживання спогадів. У таких випадках використовуйте стратегії титрування тривоги під час опромінення, описані в Розділі 7. У деяких випадках може знадобитися навчити навичок уважності (див. Розділ 9) і запропонувати пацієнту використовувати ці навички, щоб підтримувати усвідомлення поточного середовища. при поверненні до експозиції.

Наприклад, Елізабет, яка пережила сексуальне насильство в дитинстві, визначила сирі яєчні білки та коричневі пляшки пива як *in vivo* предмети впливу. Спроби ініціювати вплив *in vivo* за допомогою цих подразників неминуче призводили до повного занурення в пам'ять про травму. У результаті її терапевт вирішив спочатку провести уявне опромінення, а після завершення уявного опромінення запровадити вплив *in vivo* на яєчні білки та пивні пляшки.

**РИСУНОК 6.6.** Контакт Джилл *in vivo* з Тобі: домашня практика.

Представлення експозиційної терапії

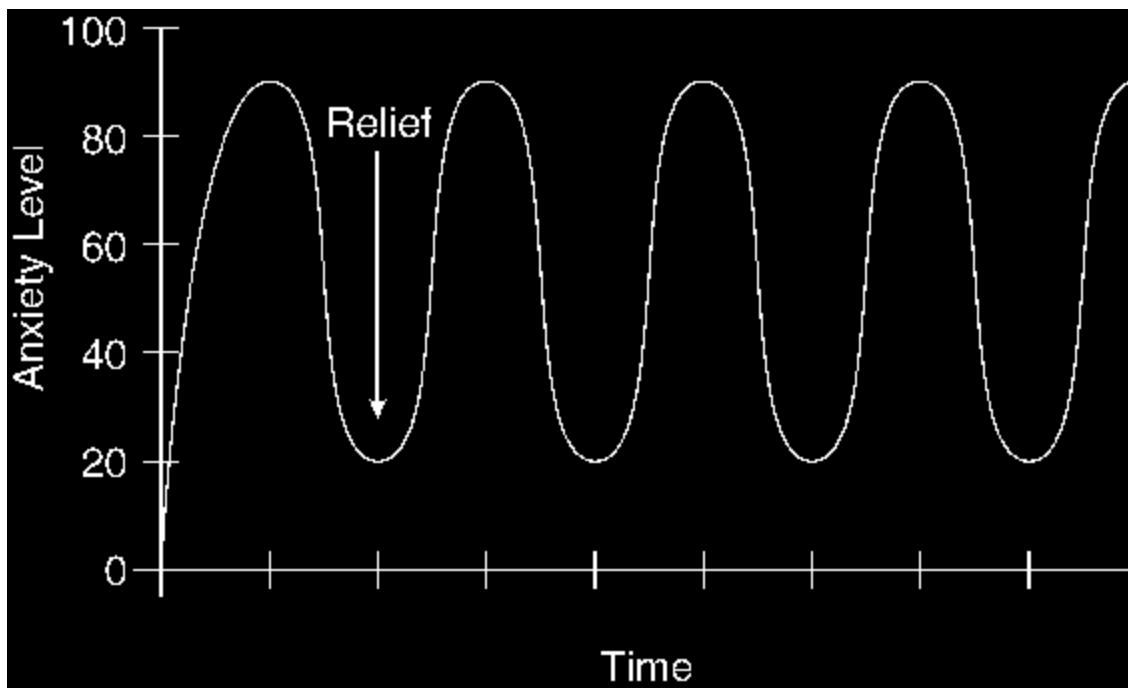
105

Навіть після повного звикання до пов'язаної пам'яті Елізабет відчувала високий ступінь тривоги як на яєчні білки, так і на пляшки з

пивом. Ця реакція підкреслює важливість повернення або початку впливу *in vivo* , якщо було виявлено відповідні подразники.

## **ВИСНОВОК**

Вплив є надзвичайно потужним клінічним інструментом у лікуванні ПТСР. Багато пацієнтів відчують помітне полегшення напрочуд швидко, використовуючи цю стратегію. Тому ми рекомендуємо вам розглянути можливість використання його з більшістю ваших пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом. Більшість цих пацієнтів, які починають опромінення, швидше за все, завершать його та отримають переваги. Завдяки ретельному аналізу, креативності та наполегливості ви можете допомогти тим, хто має нетипові реакції під час впливу, успішно брати участь у впливі та досягти бажаних результатів.



**РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.1.** Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР

**ЧОМУ МІЙ СТРАХ ЗАЛИШАЄ?**

**НЕБЕЗПЕКА МИНУЛА?**

*Страх і збудження є природною реакцією на небезпеку. Страх стає проблемою, якщо він триває навіть після того, як небезпека минула. У цій програмі ми зосереджуємося на страхах і негативних думках, які ви відчуваєте в результаті вашого травматичного досвіду(ів). Хоча більшість симптомів, про які ми говорили, з часом поступово слабшають, деякі симптоми зберігаються у багатьох постраждалих і продовжують викликати виражений дистрес, іноді протягом багатьох років. Зрозумівши, що спричиняє продовження вашої реакції, ви зможете оговтатися від наслідків свого травматичного досвіду(ів). У подовженні посттравматичних труднощів беруть участь два основні фактори.*

### **Уникнення**

*Перший фактор — це уникнення ситуацій, спогадів, думок і почуттів, які нагадують вам про ваш травматичний досвід(и). Цілком нормально, коли люди хочуть втекти або уникнути спогадів, ситуацій, думок і почуттів, які є болючими та тривожними. Можливо, ви виявили, що уникнення думок, спогадів і нагадувань про травму допомогло вам вижити як фізично, так і емоційно.*

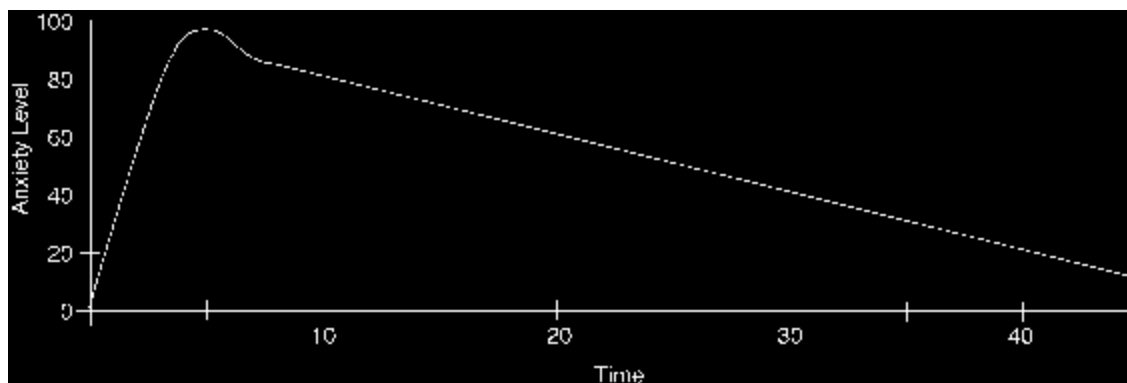
*Однак, хоча стратегія уникнення болісного матеріалу працює в короткостроковій перспективі, вона насправді може продовжити посттравматичні реакції та завадити вам «подолати» труднощі, пов'язані з травмою.*

### **Уникайте «шипів»**

*Коли ви зіткнетеся з болісним матеріалом, а не уникнете його, у вас буде можливість обробити травматичний досвід(и). Наприклад, якщо ви уникаєте об'єктивно безпечних ситуацій, пов'язаних із травмою, ви не даєте собі можливості звикнути до таких ситуацій. Якщо ви не зіткнетеся з цими ситуаціями, ви можете продовжувати вірити, що вони небезпечні, і ваша тривога в цих ситуаціях залишатиметься нескінченно довго. Однак, якщо ви зіткнетеся з цими ситуаціями, ви дізнаєтесь (продовження)*

*Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).*

106



*Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР (сторінка 2 з 4), що вони насправді не небезпечні, і ваша тривога зменшиться при повторному контакті. У результаті цього процесу ваші симптоми зменшаться. Те саме стосується болючих спогадів. З цієї причини лікування зазвичай передбачає повторне обмірковування ваших травматичних спогадів і зіткнення з безпечними ситуаціями, яких ви зараз уникаєте.*

### *Крива звикання*

*Коли ви залишаєтеся в ситуації, яка викликає страх*

*протягом тривалого періоду ви дізнаєтесь, що це*

*безпечно, і ваша тривога зменшується.*

### **Некорисні способи мислення**

*Другий фактор, який підтримує ваш посттравмовий дистрес, — це наявність марних негативних думок. Після травматичного(-их) досвіду(ів) ви, можливо, навчилися очікувати поганих речей, які*

*стануться у вашому житті. Враховуючи ваш досвід(и), цілком зрозуміло, що ви приймете негативний погляд на життя.*

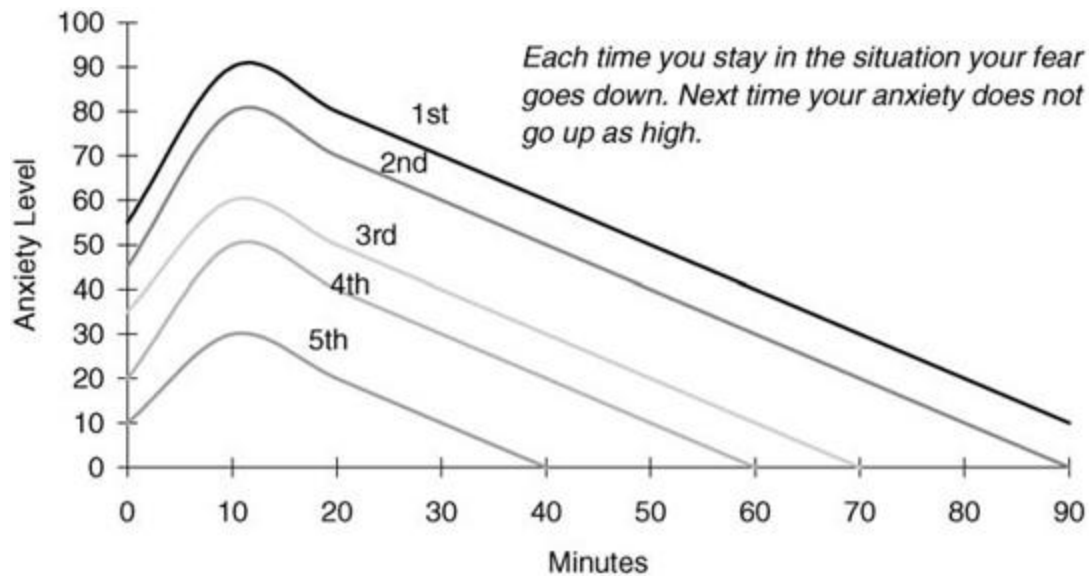
*Такий світогляд може бути некорисним, оскільки він може сприяти надмірно негативним думкам і очікуванням, які, як правило, підтримують посттравмовий дистрес. Наприклад, якщо ви думаєте, що ваші переживання були частково вашою провиною, ви можете звинувачувати себе, і це може сприяти непереборному почуттю провини та депресії. Подібним чином, якщо на вас напав чоловік, ви можете думати, що всі чоловіки небезпечні, і можете очікувати, що чоловіки вам завдадуть шкоди. Це, зрозуміло, змусить вас уникати спілкування з чоловіками; Таким чином, ви обмежите свої можливості для спілкування з небезпечними людьми. Подібним чином, якщо ви вважаєте, що спогади є ознакою того, що ви втрачаєте контроль, ви можете дуже старатися витіснити спогади зі свого розуму. Однак чим більше ви намагаєтеся відштовхнути ці спогади, тим більше вони вторгаються у вашу свідомість і тим менше контролю над спогадами ви фактично маєте. У цій програмі ми допомагаємо вам подолати ваші посттравмові труднощі, визначаючи ваші марні думки та очікування та навчаючи вас мислити більш корисними способами.*

## **ЛІКУВАННЯ ШЛЯХОМ ВПЛИВУ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ**

*Існує три основні частини когнітивно-поведінкового лікування ПТСР, які ваш терапевт може включити у ваш індивідуальний план. Під час першого, in vivo впливу, ви наближаєтеся до безпечних ситуацій, яких зазвичай уникаєте, оскільки вони нагадують вам про травматичну подію. У другій частині, уявній експозиції, ви безпечно повторно згадуєте травму у своєму розумі. У третій частині, когнітивна реструктуризація, ви навчитеся оцінювати, чи є те, як ви думаєте про себе та світ, точними та корисними. Ви також навчитеся оскаржувати погляди, які вам не корисні.*

*(продовження)*





### *Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР (стор. 3 з 4) **Терапія експозицією***

*Imaginal та in vivo вплив працюють подібним чином. Багато людей, які пережили травматичну подію, намагаються уникати думок, почуттів, ситуацій і діяльності, які нагадують їм про їхню травму. Оскільки такі нагадування можуть бути дуже неприємними, ви можете виявити, що намагаєтеся їх уникати. Однак, хоча уникання може зробити вас більш комфортними в короткостроковій перспективі, воно насправді може погіршити проблему в довгостроковій перспективі, не даючи вам подолати свої страхи. Коли ви вирішуєте систематично протистояти своїм страхам у відносно безпечних обставинах, ви дізнаєтеся, що можете впоратися з тривогою. Ви дізнаєтеся, що ваш страх поступово зменшується, коли ви постійно торкаєтеся речей, яких уникали, і що ви можете знову почуватися відносно комфортно в цих ситуаціях. Ми називаємо це звиканням.*

*Крива звикання: багаторазове тривале вплив*

*Звикання – це процес, у результаті якого тривога зменшується сама по собі. Коли ви залишаєтеся в ситуації, яка викликає страх, достатньо довго, і повертаєтеся до тієї самої ситуації досить часто, ви просто стаєте менш наляканими перед ситуацією. У*

певному сенсі це схоже на повернення на велосипед після падіння: якщо ви відмовляєтеся повторити спробу з часом, ви починаєте все більше боятися їзди на велосипеді. Але якщо ви переконаєте себе покататися на них, незважаючи на свій страх, ви з часом станете менше боятися.

Звикання працює так само з лякаючими спогадами. Дозволяючи собі займатися травматичними спогадами, а не уникати їх, ви зможете згадати травму з меншим стражданням. Експозиція (наприклад, повторне переживання травми в образах) дає вам змогу отримати контроль над спогадами, щоб вони з меншою ймовірністю виникали в небажаний момент. Таким чином, спогади, кошмари та нав'язливі думки, які можете відчувати у вас і багатьох постраждалих від травми, з меншою ймовірністю виникнуть після повторного пригадування травми; коли спогади та нав'язливі думки все-таки виникають, вони будуть менш засмученими.

(продовження)

108

### **Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР (стор. 4 з 4) Когнітивна реструктуризація**

Після травматичного досвіду люди можуть приймати нереалістичні та марні погляди на себе та світ. Наприклад, ви можете дивитися на світ як на страшне місце або ви можете вважати себе безпорадною, нікчемною людиною. Такі думки можуть відображати упередженість у вашому мисленні, яку ми обговорювали раніше. Пам'ятайте, що після зустрічі з левом розумно остерігатися небезпеки. Отже, логічно, що після нападу лева ви відчуваєте холод, що проходить по спині, коли смугастий кіт гарцює через вулицю. Однак те, що вас напав лев, не робить смугастих кішок небезпечними. Когнітивна реструктуризація (скорочено CR) — це метод, який дозволяє навчитися усвідомлювати, про що ви думаєте, коли відчуваєте стрес, і оцінювати свої думки. CR також дозволяє вам змінити думки, які вам не корисні. Найголовніше, допомагаючи вам розпізнати реальність ситуації, CR дає вам змогу повернути контроль над своїм життям.

*Лікування за допомогою уявної експозиції, експозиції in vivo та CR спочатку може здатися складним, але з часом ці інструменти допоможуть вам подолати страх, провини, сорому та депресії, що дозволяє вам почувати себе краще.*

109

**РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.2.** *Робочий аркуш, як я уникаю. Складіть список способів, за допомогою яких ви уникаєте нагадувань про ваш травматичний досвід. Це можуть бути ситуації, місця або люди, яких ви уникаєте; як ви організували своє життя, щоб уникнути певних нагадувань або спогадів; зміна теми розмови; вживання алкоголю або наркотиків; «заціпеніння» в певних ситуаціях; і так далі. Можливо, вам доведеться повертатися до цього завдання кілька разів, оскільки вам спадають на думку інші способи, яких ви уникаєте. Нижче наведено приклад такого списку: 1.*

*Уникайте підвалів*

2.

*Бачитись з людьми лише тоді, коли цього не уникнути*

3.

*Не дивиться новин і не читає газет*

4.

*Пити алкоголь, коли приходжу додому, щоб не думати про це 5.*

*Уникайте чоловіків у робочих сорочках*

6.

*Злюся, коли люди намагаються поговорити зі мною про те, що сталося 7.*

*Скасування чи неявка на терапію*

8.

*Не дозволяти чоловікові торкатися моїх грудей під час сексу*

9.

*Не ходити в продуктові магазини поодиноці*

10.

*Тивожитися проблемами інших людей замість того, щоб мати справу зі своїми. Скористайтеся місцем нижче, щоб створити власний список.*

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

*3 Zayfert, Becker, and Gillock (2002). Copyright 2002 Professional Resource Exchange, Inc. Передруковано з дозволу в Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD Клаудією Зайферт і Керолін Блек Бекер. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям*

*цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).*

110

### **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.3. Як мені протистояти своїм страхам?**

#### **ВИРІШИТИ ЗІТМАТИСЯ СВІЙ СТРАХ**

*Один із способів подолання дистресу, пов'язаного з травматичним досвідом, — уникати ситуацій, людей і речей, які нагадують вам про травматичні події. На даний момент ви почали усвідомлювати, як це уникнення відіграє роль у збереженні ваших страхів. Крім того, цілком ймовірно, що ви починаєте краще усвідомлювати способи уникнення нагадувань про минулі травми та наслідки вашого уникнення для вашого життя. У деяких випадках ви можете вирішити, що негативні наслідки вашого уникнення в довгостроковій перспективі переважають короткострокові вигоди, такі як тимчасове зниження тривоги.*

*Якщо ви прийняли рішення змінити певне уникання, наступним кроком буде планування того, як ви можете почати підходити до того, чого уникали. Реалізувати ваше рішення змінити своє уникнення може бути «легше сказати, ніж зробити». Короткострокові переваги уникнення можуть продовжувати впливати на ваші рішення про те, як реагувати. Ви можете продовжувати відчувати сильне бажання уникати, можливо тому, що ви віддаєте перевагу короточасній користі (полегшенню) над дискомфортом від наближення до того, чого боїтеся. Просуваючись у цьому процесі, можливо, буде корисно продовжувати нагадувати собі про довгострокові наслідки вашого уникнення та потенційні довгострокові вигоди від повернення цього уникнення.*

#### **ПІДІЙДІТЬСЯ ДО ТЕГО, ЧОГО ВИ Боїтеся**

*Частина цієї програми лікування in vivo включає допомогу у систематичному підході до ситуацій, які викликають страх. Це не означає, що ви повинні потрапляти в небезпечні ситуації. Мета*

полягає в тому, щоб зменшити ваше уникнення реально безпечних ситуацій, а не те, що ви повинні навчитися сприймати справді небезпечні ситуації як безпечні. Повторний вплив ситуацій, що викликають тривогу, майже завжди призводить до остаточного зменшення тривоги. Як ви знали раніше, ми називаємо цей процес звиканням. Звикання виникає, коли ви неодноразово потрапляєте в ситуації, які викликають у вас тривогу, доки ваша тривожність поступово не зменшиться. Нижче наведено приклад, який ілюструє, як працює звикання: коли Адрієнна була маленькою дівчинкою в зоопарку з матір'ю, тигр у клітці сильно заревів.

Це настільки налякало Адрієнну, що наступного дня, коли вона пішла до свого двоюрідного брата на день народження, вона не захотіла туди зайти, бо боялася кота свого двоюрідного брата. Коли Едрієнн увійшла в будинок і побачила кота, вона заплакала і побігла до дверей. Дядько взяв її за руку і запевнив, що смугастий кіт доброзичливий і не завдасть їй шкоди. Вона просиділа всю вечірку і наступного дня знову прийшла в гості; цього разу дядько допоміг їй підійти ближче до кота. Потім вони поступово наближались до кота, і зрештою дядько Едрієнни продемонстрував їй, що він може безпечно гладити кота, і захопив її зробити те саме. Оскільки вона не втекла з дому, а натомість, за підбадьоренням дядька, підійшла до кота, страх Адрієнн перед котом зменшився, і зрештою вона змогла насолоджуватися відвідуванням свого двоюрідного брата і навіть знову почала грати з котом.

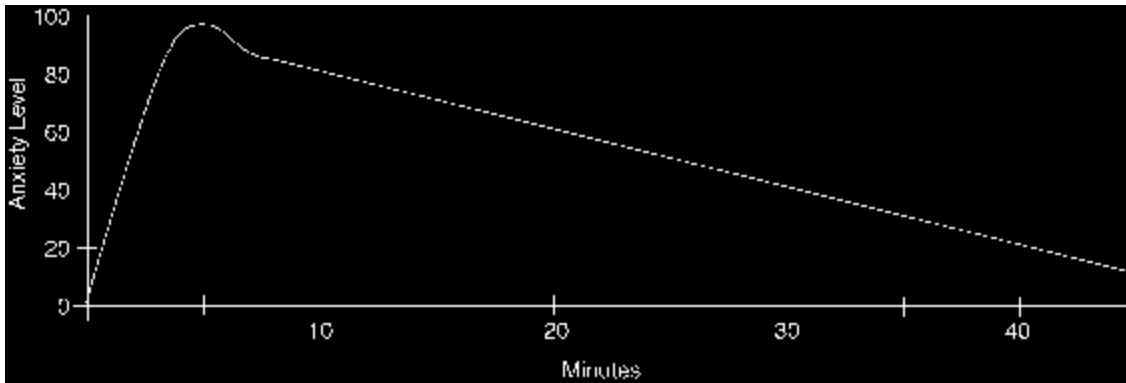
Багато людей бояться, що якщо вони залишаться в ситуації, яка лякає, їхня тривожність залишатиметься високою протягом невизначеного часу. Графік нижче показує, що насправді відбувається, коли ви довго перебуваєте в ситуації, що викликає тривогу. Поступово ваша тривожність спадає.

(продовження)

Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого

користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

111



*Як мені протистояти своїм страхам? (стор. 2 із 2)*

*Крива звикання*

### **ПОГОВОРИТЬСЯ З ЦЕ**

*Ви можете помітити, що спочатку виконання завдання експозиції здається неприродним. Може здатися дивним наближатися до чогось, чого ви так довго уникали. Те, що ви говорите собі, наближаючись до страшної ситуації, може вплинути на ваш успіх. Можливо, буде корисно нагадати собі, чому ви наближаєтеся до того, чого ви докладали стільки зусиль, щоб уникнути в минулому. Вам також може бути корисно нагадати собі про позитивні зміни, які ви очікуєте, якщо не уникати.*

*Нижче наведено приклади самостійних висловлювань — речей, які ви говорите собі, щоб допомогти собі триматися вашої in vivo практики впливу. (Або, якщо у вас є власні предмети для саморозмови, які вам підходять, запишіть їх у порожні місця.) Вам може бути корисно вибрати кілька з них і написати їх на картці, щоб мати її з собою у вашій практичній ситуації. Це допоможе вам впоратися зі збільшенням тривоги, яке ви, ймовірно, відчуєте під час практики впливу.*

- *Моє хвилювання не зашкодить мені, навіть якщо це неприємно.*
- *Я збираюся триматися цього й спостерігатиму, як моя тривога спадає.*
- *Я можу бути тривожним і все одно впоратися з цією ситуацією.*
- *Це відчуття неприємне, але воно не триватиме вічно.*
- *Мій страх може зростати, але я можу з ним впоратися.*
- *Це можливість для мене навчитися справлятися зі своїми страхами.*
- *Це незручно, але не небезпечно.*
- 
- 
- 
- 

112

#### **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.4. Як спланувати ієрархію?**

*Повторне потрапляння в страшну ситуацію зменшить ваш дискомфорт. Готуючись до експозиції in vivo , складіть план послідовних кроків у наближенні до побоюваної ситуації, «ієрархію». використовуючи робочий аркуш на с. 114.*

• **Крок 1: Виберіть страшну ситуацію.** *Перегляньте свій список тригерів і речей, яких ви уникаєте, у роздатковому матеріалі «Поширені реакції на травматичний досвід» (роздатковий матеріал 5.1) і у списку способів, яких я уникаю (роздатковий матеріал 6.2), якщо він у вас є. Ці списки допомагають вам визначити ситуації, місця чи людей, яких ви уникаєте, або способи, як ви організували своє*



життя, щоб уникнути певних нагадувань про травми. Для цієї вправи виберіть із цього списку одну із ситуацій, яких ви уникаєте.

• **Крок 2: Мозковий штурм.** Запишіть якомога більше аспектів ситуації, про які ви зараз уникаєте (за потреби використовуйте додатковий папір).

• **Крок 3: Оцініть.** Оцініть кожен пункт з точки зору очікуваної тривоги за шкалою SUDS, щоб відобразити, наскільки сильно ви б відчували тривогу, якби опинилися в такій ситуації. SUDS, що означає шкалу суб'єктивних одиниць дистресу, – це шкала від 0 до 100, де 0 = немає тривоги, а 100 = максимальна тривога.

• **Крок 4: змініть рейтинг.** Упорядкуйте ваш початковий список елементів, цього разу в порядку зростання SUDS. Перепишіть список у новому порядку в другій формі, сформулювавши пункти як фактичні завдання, які можна виконати, із конкретними відомостями про те, як вони будуть виконані. Це завершує вашу ієрархію впливу *in vivo*.

## **МОДЕЛЬ ДЛЯ *IN VIVO* ІЄРАРХІЇ ЕКСПОЗИЦІЇ**

**Приклад ситуації:** похід до супермаркету

Аспекти страшної ситуації

СУДС

Сам ходжу в супермаркет

100

Йду в супермаркет із другом, але нас розлучає

50

Висадили в супермаркеті й довелося зайти самому

70

Йду в супермаркет з другом

20

*Аспекти, переписані як ієрархія in vivo вправ SUDS*

*Мій друг супроводжує мене до супермаркету, і ми гуляємо.*

20

*Мій друг супроводжує мене в супермаркет і залишається в певній зоні*  
50

*у магазині, поки я ходжу один.*

*Мій друг їде зі мною в супермаркет і залишається на парковці, 70*  
*поки я один ходжу по супермаркету.*

*Я йду в супермаркет сам, а мій друг чекає біля телефону на 90*  
*його чи її будинку чи офісу.*

*Я йду в супермаркет сам, не повідомляючи подрузі.*

100

*(продовження)*

*Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).*

113

*Як спланувати ієрархію? (стор. 2 із 2)*

## ***IN VIVO АРКУШ ІЄРАРХІЇ***

***Крок 1: Виберіть ситуацію, якої ви боїтеся:***

**Крок 2: Проведіть мозковий штурм** якомога більше аспектів вашої ситуації, яку ви боїтеся.

**Крок 3: Оцініть** кожний елемент на 0–100 SUDS.

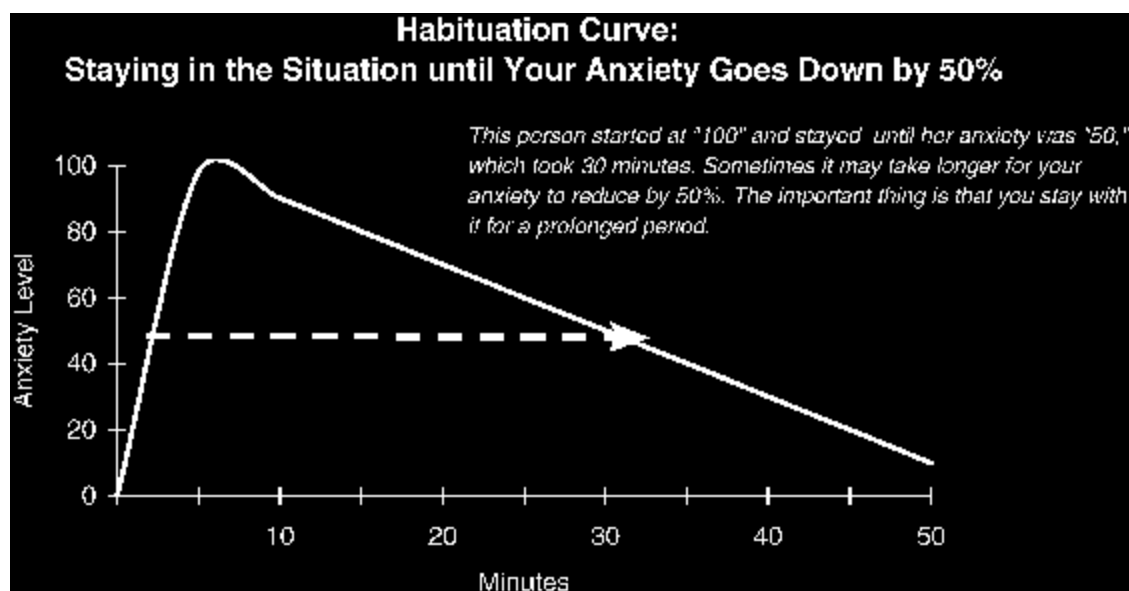
**Об'єкт або ситуація**

**SUD**

**Крок 4: Упорядкуйте** ваш список від найнижчого до найвищого рейтингу SUDS.

**Ієрархія для in vivo експозиційних вправ SUD**

114



### **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.5. Як почати експозицію In Vivo ?**

Тепер, коли ви розробили свою ієрархію для свого першого завдання експозиції, з чого почати? У перший тиждень почніть із ситуації з вашої ієрархії, яку ви оцінили приблизно в 50 на SUDS. Якщо після кількох спроб протягом більше ніж 30 хвилин ви не можете підійти до цієї ситуації, виберіть предмет, якому ви дали трохи нижчий рейтинг SUDS, і почніть із нього. Як тільки ви досягнете успіху в цій

*ситуації, ви можете почати поступово просуватися вгору за списком, щоб підійти до деяких із найбільш тривожних ситуацій. Якщо ви віддаєте перевагу, ваш терапевт може допомогти вам почати, виконавши разом з вами завдання in vivo .*

## ***ЗАЛИШАЙТЕСЯ В СИТУАЦІЇ***

*Коли ви практикуєтеся протистояти ситуації, ви можете спочатку відчувати симптоми тривоги, такі як прискорене серцебиття, пітливість долонь або відчуття непритомності, можливо, ви захочете негайно залишити ситуацію. Але щоб подолати страх, важливо залишатися в ситуації, доки тривога не зменшиться. Ви повинні залишатися в ситуації протягом 30–45 хвилин або доки ваша тривожність не зменшиться щонайменше на 50%. Якщо до моменту, коли минуло 45 хвилин, ваш рейтинг SUDS не знизився принаймні на 50%, то залишайтеся в цій ситуації до цього моменту. Коли ваша тривожність зменшиться на 50%, ви можете припинити вплив і відновити інші дії. Наприклад, якщо ваш найвищий рейтинг SUDS становить 80, ви повинні залишатися в ситуації, доки ваш рейтинг SUDS не досягне 40. Якщо ваш максимальний рейтинг SUDS становить 60, залишайтеся в ситуації, доки ваш рейтинг SUDS не знизиться до 30. Якщо ви виходите із ситуації, коли ви сильно хвилюєтеся, ви знову будете переконувати себе, що ситуація дуже небезпечна і що з вами трапиться щось жахливе. Наступного разу, коли ви потрапите в таку ситуацію, ваш рівень тривоги знову буде таким же високим або навіть вищим. Однак якщо ви залишатиметеся в цій ситуації, ваша тривога зменшиться, і з часом ви зможете зіткнутися з нею без страху. Чим частіше ви відпрацьовуєте кожну ситуацію зі свого списку, тим менше хвилювання ви відчуватимете. Як результат, ви будете менше відчувати бажання уникати ситуацій і людей, які вас зараз тривожать.*

*(продовження)*

*Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого*

користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

115

### *Як почати експозицію In Vivo ? (сторінка 2 з 2) **Стежте за своїм прогресом***

Ведення записів про ваш досвід виконання вправ in vivo допоможе вам і вашому терапевту контролювати ваш прогрес і планувати завдання впливу. Перш ніж розпочати завдання з експозиції, запишіть ситуацію, яку ви тренуватимете, у Запис домашньої практики експозиції In Vivo. (Роздатковий матеріал 6.6). Використовуйте інструкції у формі, щоб допомогти вам вести записи про вашу практику.

#### **Змініть ситуацію**

Після завершення всієї першої ієрархії in vivo впливу, можливо, буде корисно спробувати дещо змінити ситуацію впливу. Наприклад, якщо вашим завданням було зайти в супермаркет, виберіть інший супермаркет. Це збільшить ймовірність того, що ви звикнете до супермаркетів загалом, а не лише до окремого супермаркету. Інші варіації можуть включати відвідування супермаркетів різного розміру, в різний час дня, коли тихо, коли зайнято тощо.

116

### **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 6.6. In Vivo Exposure Home Practice Record** *Name*

*Дата*

*Відпрацьована ситуація*

- Вплив In vivo – це контакт із ситуацією, об'єктом або діяльністю в реальному житті.

- В ідеалі ви повинні практикувати вплив *in vivo* щодня. Чим частіше ви будете займатися, тим швидше ви помітите результати і почуватиметеся комфортніше в ситуації.
- Виберіть елемент зі своєї ієрархії та опишіть його дуже конкретно.
- Запишіть свій початковий (до контакту) рівень тривоги за допомогою 0–100 SUDS.
- Слідкуйте за своєю тривогою (вона може зрости). Запишіть свій найвищий рейтинг SUDS для впливу.
- Залишайтеся в ситуації протягом 30–45 хвилин або доки ваша тривога не знизиться принаймні до 50% від найвищого рівня.
- Запишіть свій кінцевий рейтинг SUDS.
- Щоб відстежувати свій прогрес, побудуйте на графіку початковий, найвищий і кінцевий оцінки SUDS нижче. (Підказка: використовуйте різні кольори або символи для кожної практики експозиції.)
- Повторюйте цей вплив щодня, доки ваш найвищий показник SUDS не становитиме 20 або менше (як для «5-го разу»

на третьому графіку «Крива звикання: повторювані тривалі впливи» в роздатковому матеріалі 6.1).

118

## **СИМ**

### **Уявна експозиція**

Як експозиція *in vivo*, уявна експозиція здається простою. Ваші пацієнти розповідають про травматичну подію від початку до кінця та уявляють її так, ніби вона повторюється. Вони також відчують почуття, які відчували в той час, усвідомлюючи, що зараз вони в безпеці, і що ця подія тепер залишається лише спогадом. Вони роблять це знову і знову і знову. При повторному впливі тривога

пацієнтів зменшується, оскільки вони дізнаються, що в даний час не відбувається ніякої шкоди, навіть коли вони думають про те, що сталося, і відчують пов'язані з цим емоції.

Незважаючи на уявну простоту завдання, реалізація уявної експозиції може бути складною. Уявне опромінення є критичним елементом лікування для багатьох пацієнтів, але часто викликає побоювання. Крім того, хоча деякі пацієнти легко виконують уявну експозицію «за підручником», інші потребують коригування, щоб отримати від неї користь. Завдання терапевта полягає у внесенні коригувань, які сприяють уявному впливу, а не підривають його. Занадто багато пристосувань ви ризикуєте сприяти уникненню та контрпродуктивній поведінці; занадто мало, і ваші пацієнти можуть залишитися «застраглими» — або не бажають, або не можуть ефективно працювати зі своїми травматичними спогадами в терапевтичний спосіб.

Два чинники здаються критичними для того, щоб навчитися робити корисні коригування. По-перше, вам потрібно чітко розуміння процесу уявного експонування, а також варіантів налаштування процесу. По-друге, ви повинні дотримуватися курсу і не здаватися, що може бути важко, якщо здається, що ваш пацієнт бореться або не звикає. Таким чином, вам потрібна повна впевненість, що процес працює. Уявна експозиція схожа на подорож на вітрилі між двома островами. До того часу, коли ви зрозумієте, що плавання не йде гладко, ви можете бути занадто далеко від першого острова, щоб повернутися. Ви не можете стояти на човні і говорити: «Давайте просто здамося», тому що ви залишаєтеся в середині океану. Побоювання почати подорож також не приведе вас на острів призначення. Натомість вам потрібно покладатися на свої навички та відданість, щоб досягти своєї мети. Подібним чином, коли ви починаєте з уявної експозиції, найкраще не повертатися назад, якщо це взагалі можливо.

119

120

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

## **ПІДГОТОВКА ДО УЯВНОГО ВИКРИТТЯ: ОБГРУНТУВАННЯ**

*Ви поясните деякі причини уявного впливу на пацієнтів на початку лікування. Проте ще раз перегляньте обґрунтування, перш ніж розпочинати уявне опромінення, і повідомте своїм пацієнтам, що ви плануєте записати опромінення на аудіоплівку, щоб полегшити домашню практику (додаткову інформацію див. у розділі «Підготовка пацієнтів до домашньої практики»). Підготовка до уявного опромінення є простішою, якщо ваші пацієнти вже розпочали опромінення *in vivo*, оскільки пацієнти, які відчували зменшення страху під час *in vivo* експозиція зрозуміти процес. Таким чином, обґрунтування уявного впливу є простим. Ви пояснюєте, що уявна експозиція зменшує занепокоєння, пов'язане із спогадами про травму, приблизно так само, як вплив стимулів *in vivo* зменшує занепокоєння, пов'язане з цими стимулами. Ви також розглядаєте поняття «обробка» пам'яті; це готує основу для звернення до інших аспектів пам'яті, включно з тими, що пов'язані з почуттям провини, сорому чи гніву. У прикладі діалогу ми демонструємо використання метафори з фільму, щоб пояснити лікування пацієнтам.*

*Крім того, допоможіть своїм пацієнтам сформувати прихильність до уявного впливу. Це допомагає їм залишатися наполегливими, якщо виникають труднощі, і посилюється бажання уникати. Одна зі стратегій посилення відданості передбачає складання списку причин для відкриття. Щоб використати гумор у цьому процесі, ми тлумачимо це завдання як список «10 найкращих», який включено до Роздаткового матеріалу 7.1. На рисунку 7.1 наведено зразок заповненого «10 найпоширеніших причин робити уявне опромінення».*

### **10 ГОЛОВНИХ ПРИЧИН ЗРОБИТИ УЯВНИЙ ЕКСПОЗИЦІЮ**

*Багато людей, починаючи лікування посттравматичного стресового розладу, усвідомлюють, що в якийсь момент їм доведеться думати про те, що сталося. Ви та ваш терапевт говорили про уявне вплив, і ви прочитали про це в цьому роздатковому матеріалі. Можливо, у вас є певний досвід випромінювання *in vivo* під поясом, який вплинув на вашу думку про це. У кожного є власні причини робити уявне опромінення — без вагомих причин ви, ймовірно, вирішите не цього!*



*Якщо у вас є вагомі причини для уявного показу, зараз саме час їх перерахувати. Можливо, вам буде корисно повернутися до цього списку пізніше під час лікування, якщо ви відчуєте бажання не брати на себе контроль.*

10.

*Допомагає видалити його з вашої системи.*

9.

*Якщо ви розумієте свій страх, ви володієте ним.*

8.

*Навчіться дивитися на це й оцінювати з дорослими емоціями.*

7.

*Якщо ви залишитеся з ним, вам стане комфортніше; ти дізнаєшся, що тобі більше не боляче, якщо тебе немає. Це просто спогад.*

6.

*Розірвіть коло для себе та родини.*

5.

*Стати менш мінливим.*

4.

*Покращити соціальні стосунки.*

3.

*Надає вам сміливості жити життям, яким ви хотіли.*

2.

*Майте більше контролю над своїми думками та реакціями.*

*1.*

*Якщо ви можете пройти один спогад, ви зможете пройти і наступний.*

**РИСУНОК 7.1.** Приклад «10 найпоширеніших причин для викриття».

*Уявна експозиція*

121

**Зразок діалогу: знайомство з уявним впливом вашого пацієнта**

**ТЕРАПЕВТ:** Джил, ви чудово попрацювали над своїм страхом перед собаками. Коли ви залишилися з фотографіями собак, ваше занепокоєння зменшилося, і ви на шляху до просування своєю ієрархією. Ми збираємося продовжувати роботу над вашою ієрархією *in vivo*, щоб ви й надалі почувалися комфортно біля фотографій собак, а також серед справжніх собак, які є доброзичливими та безпечними, а також в інших ситуаціях, які ви уникали. Наш наступний крок у вашому лікуванні — почати розглядати ваші страждання, пов'язані зі спогадом про напад. Ви, напевно, пам'ятаєте, ми коротко говорили про уявне опромінення як одну з важливих складових лікування.

**ДЖИЛ:** Так, я цього боялася!

**ТЕРАПЕВТ:** Природно відчувати занепокоєння через початок уявного впливу.

**ДЖИЛ:** Чи справді я маю це робити?

**ТЕРАПЕВТ:** Вам не потрібно робити нічого, про що ви самі не вирішили. Кожен крок цього лікування залежить від вас. Щоб допомогти вам прийняти рішення, давайте розглянемо способи, за допомогою яких уявне опромінення може бути корисним, а потім поговоримо про деякі з причин, чому ви користуєтеся уявним

*опроміненням, і чому не хочете цього робити. Тоді ви зможете вирішити, що підходить саме вам.*

*ДЖИЛ: Добре.*

*ТЕРАПЕВТ: Як я вже сказав, подібно до того, як вплив in vivo зменшує занепокоєння щодо фотографій собак, уявне вплив може зменшити страх, який ви відчуваєте, коли думаєте про напад.*

*ДЖИЛ: Гадаю, це має сенс.*

*ТЕРАПЕВТ: Крім того, уявлення також допоможе вам обробити пам'ять про напад. Ви сказали раніше, що в глибині душі ви начебто знали, що якщо ви прийдете на терапію, це, ймовірно, включатиме розмову про те, що сталося, і тому ви так довго чекали, щоб прийти. Після нападу ваші друзі та родина говорили вам такі речі, як «Давайте не будемо на цьому зупинятися. . . » і «Це сталося, ти вижив; тепер відклади це позаду і продовжуй життя!» Ви розповідали мені, як вам також було соромно та слабко, і тому намагалися не думати про ці випробування. У результаті ваше уникнення завадило вам ретельно продумати весь досвід і просіяти деталі того, що сталося.*

*Це дуже схоже на перегляд деталей загадкового фільму, щоб зрозуміти його, коли виходите з кінотеатру. Це допоможе вам зрозуміти історію в її повному обсязі, а не шматочки пам'яті, які спливають у вашій пам'яті. Зібравши всі частини разом, ви можете почати розуміти це, щоб ви могли відкласти це назавжди. Досить часто, коли ми глибоко переглядаємо спогади, ми починаємо оцінювати багато деталей, які ми забули, і деякі з цих деталей можуть бути важливими для розуміння того, що подія означає для вас. Уява може не тільки зменшити ваш страх, але й дає вам можливість продумати всі різні частини пам'яті, деякі з яких ви, можливо, забули. Для вас це має сенс?*

*ДЖИЛ: Так. Я знаю, що це дивно, але я просто боюся. І цілий тиждень мені сняться кошмари.*

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

*ТЕРАПЕВТ: Це зрозуміло. Ви так довго уникали цього, що є сенс, що ви б боялися зіткнутися зі спогадами. Як я вже говорив раніше, може бути корисно нагадати собі причини, чому ви виконували цю роботу. Як ви сподіваєтеся, що уявна експозиція може зробити для вас?*

*ДЖИЛ: Це позбавить мене від кошмарів?*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, спочатку ви можете помітити збільшення кількості кошмарів і денних вторгнень. Але більшість людей згодом виявляють, що в міру того, як їхня тривожність зменшується, їхнє втручання зменшується. Хороша новина полягає в тому, що якщо ви відчуваєте збільшення кошмарів або інших симптомів на початку, це не означає, що ви не отримаєте користі від лікування. Чи є ще щось, що ви сподіваєтеся змінити у своєму житті за допомогою уявної експозиції?*

*ДЖИЛ: Ну, було б чудово, якби я не витрачала стільки сил і часу на те, щоб уникати нагадувань. Можливо, я міг би повернутися до того, що мені подобалося робити, наприклад, водити дітей десь і ходити на довгі прогулянки. Я міг би знову дивитися нові фільми, постійно не боячись, що з'явиться собака. Я також просто хочу почуватися краще і справді залишити це позаду. Я хочу продовжувати своє життя.*

*ТЕРАПЕВТ: Це вагомі причини для опромінення. Буде корисно нагадати собі про ці причини, якщо настане час, коли ви не захочете робити оголення або відчуєте бажання уникнути цього.*

*Якщо ваш пацієнт не розпочинав уявне опромінення, вам потрібно поєднати матеріал із обґрунтування опромінення *in vivo* у розділі 6 з обґрунтуванням уявного опромінення. Як правило, спочатку ви продаєте широку концепцію впливу у спосіб, більш схожий на той, що описаний у Розділі 6. Потім проводите паралель між стимулом *in vivo* та спогадом (тобто, «Давайте ще раз подумаємо про травму від*

*нападу лева. Так само, як внутрішнє спілкування з помаранчевим смугастим котом може допомогти вам менше боятися котів, це також важливо для вас навчитися менше боятися спогадів про лева, який женеться за тобою.*

*Коли ви думаєте про напад лева, ви дізнаєтесь, що пам'ять — це не те саме, що насправді вас атакує лев, і ваш страх зменшується. ”)  
Нарешті, розгорніть метафору фільму або розробіть власний спосіб пояснення необхідності обробки спогадів. Ви можете знайти інформацію про обробку в Розділі 2 корисною для розробки альтернативних способів пояснити це своїм пацієнтам, якщо метафора з фільму не працює для вас.*

*Деяким пацієнтам корисно думати про свої спогади як про страшний об'єкт із сильним запахом. Вони поклали свої спогади/об'єкт у коробку, щільно заклеїли коробку скотчем і поклали в скриню на горищі. Потім вони одягають ланцюги на багажник, замикають, накладають на багажник ковдри, замикають горище. Незважаючи на всі їхні зусилля, вони все одно можуть виявити запах у будинку, тому що запах може вийти з коробки, скрині та горища. Мета уявного впливу полягає в тому, щоб пацієнти відімкнули багажник, дістали коробку, вийняли об'єкт і виявили, що якщо вони зіткнуться зі своїм страхом перед об'єктом, вони можуть його тримати, вивчати і навіть рукою змити запах з нього. це. Вони також виявляють, що об'єкт/*

*пам'ять їм не зашкодить. Нарешті, вони можуть поставити його на полицю в головній частині будинку. У цей момент об'єкт подібний до будь-якого іншого об'єкта в будинку, так само, як пам'ять схожа на інші спогади.*

*Уявна експозиція*

123

**ПІДГОТОВКА ДО Уявного опромінення:**

**ПОБУДОВА ІЄРАРХІЇ**

## **ТА ВИБІР ПЕРШОЇ ПАМ'ЯТІ**

*Як і під час експозиції in vivo , вам зазвичай потрібно ідентифікувати та впорядкувати критичні спогади в ієрархію перед початком уявної експозиції. Однак вам не потрібно робити це з усіма пацієнтами, оскільки деякі пацієнти повідомляють лише про один тривожний спогад. Багато з цих людей пережили лише одну травматичну подію. Проте інші, можливо, пережили кілька подій, але повідомляють, що лише один спогад продовжує викликати занепокоєння. Однак іноді ви можете не виявити, що лише один спогад викликає занепокоєння, доки не пройдете через процес побудови ієрархії травматичних спогадів.*

*Побудуйте ієрархію відразу після того, як представите обґрунтування уявного впливу. Побудова ієрархії має бути коротким процесом, 15 хвилин або менше, якщо це можливо. Мета полягає в тому, щоб визначити ключові спогади, не даючи пацієнту настільки зануритися в один спогад, що він сам по собі стане експозицією. Щоб побудувати ієрархію, попросіть свого пацієнта коротко описати спогади, які були найбільш неприємними протягом минулого місяця, і запишіть їх у Список спогадів про травми (Роздатковий матеріал 7.2). Опис має включати стислий огляд того, що сталося (наприклад, «Ми їхали по шосе, і ця величезна вантажівка збила нас. Машину перекинуло. Мій брат загинув на узбіччі дороги»). Якщо можливо, дізнайтеся вік пацієнта на той час, хто ще брав участь, та інші короткі деталі, які полегшать спілкування про спогади під час впливу. Потім попросіть пацієнтів оцінити, наскільки вони відчували тривогу, описуючи цю подію. Цей зразок тривоги є вашим найкращим уявленням про те, яким може бути рівень тривоги під час опромінення, хоча багато пацієнтів відчують більшу чи меншу тривогу, коли починають опромінення.*

### **Побудова ієрархії травматичних спогадів: Випадок Мікали**

*Мікала, 35-річна жінка, розповідає про тривалу історію сексуального насильства в дитинстві з боку дядька. Батько Мікали помер, коли вона була маленькою, і вона часто залишалася з тіткою та дядьком, поки її мати працювала, щоб утримувати Мікалу та її трьох братів і*

*сестер. Мікала також повідомила історію фізичного нападу з боку хлопця.*

*ТЕРАПЕВТ: Щоб розпочати експозицію в уяві під час нашої наступної сесії, я хочу мати чітке уявлення про те, які спогади вас найбільше турбують, щоб ми могли вирішити, з чого почати. Я розумію, що у вашому житті сталося чимало сумних подій.*

*Чи можете ви сказати мені, які події останнім часом вас найбільше хвилюють?*

*МІКАЛА: Це все просто жахливо. Я не знаю з чого почати. Щоразу, коли я думаю про все це, це просто приголомшливо. Я не можу з цим впоратися.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, подумайте лише про минулий тиждень. Коли у вас були небажані спогади про події з минулого, що ви згадали?*

*МІКАЛА: Ну, як минулого вечора, коли я спостерігав, як моя 6-річна донька грається зі своїм двоюрідним братом, це нагадало мені те, як я був у такому віці.*

*ТЕРАПЕВТ: Що ви маєте на увазі? Про що конкретно ви думали?*

*МІКАЛА: Ну, ти знаєш, що зробив зі мною дядько.*

124

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*ТЕРАПЕВТ: Чи був якийсь конкретний спогад про сексуальне насильство, який ви запам'ятали?*

*МІКАЛА: Ну, я точно не впевнений. Це було стільки разів, що все разом розпливається.*

*Крім того, коли я згадую про це, я дуже засмучуюся, тому зазвичай намагаюся викинути це з пам'яті якнайшвидше — наприклад, учора*

*ввечері я ввімкнув телевізор і дивився гру покажіть на деякий час, поки я не заспокоївся.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, давайте подивимося, чи зможемо ми запам'ятати один випадок, коли це сталося.*

*Наприклад, багато людей, які зазнали сексуального насильства, вважають, що певні моменти, коли це сталося, найбільше запам'ятовуються. Наприклад, іноді в пам'яті людини запам'ятається перший раз, коли сталося насильство.*

*МІКАЛА: Ну, я був таким молодим, коли це почалося, не думаю, що я справді пам'ятаю перший раз.*

*ТЕРАПЕВТ: Це має сенс. Тоді ви можете виявити, що спогади, які виділяються, стосуються першого разу, коли він зробив щось конкретне, наприклад, коли вперше відбулося проникнення, або моменту, який був особливо страшним. Наприклад, ви згадали, що незважаючи на те, що насильство почалося, коли вам було приблизно 5 років, проникнення не було, поки ви не стали трохи старшими. Чи запам'яталися вам якісь спогади з цього періоду?*

*МІКАЛА: Ну, так.*

*ТЕРАПЕВТ: Що спадає на думку?*

*МІКАЛА: Ну, спочатку він почав запихати мене всередину, і це було боляче. Він сказав, що це не буде, але це боляче. Я хотів, щоб він зупинився, але він не хотів.*

*ТЕРАПЕВТ: Скільки вам було років, коли він це зробив?*

*МІКАЛА: Ну, він робив це багато разів.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, коли ви думаєте про це останнім часом, про який час ви думаєте?*

*МІКАЛА: Гадаю, зазвичай я пам'ятаю, як лежав на дивані в будинку моїх тітки й дядька і мені там було боляче.*



*ТЕРАПЕВТ: Що сталося?*

*МІКАЛА: Я точно не впевнений, але я думаю, що він засунув у мене ручку викрутки. Я пам'ятаю, як подрімав, коли поруч були інші люди, але коли я прокинувся, усіх, крім дядька, не було. Потім він торкався мене, а потім мені стало дуже боляче, коли він засунув ручку всередину мене. Це була велика викрутка.*

*ТЕРАПЕВТ: Чи знаєте ви, скільки вам років?*

*МІКАЛА: Можливо, 10.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, а наскільки ви хвилювалися, коли розповідали мені про цей спогад?*

*МІКАЛА: Дуже тривожно, ніби 95.*

*ТЕРАПЕВТ: Які ще спогади виділяються.*

*МІКАЛА: Я ненавиджу це.*

*ТЕРАПЕВТ: Я знаю, що це важко, але ви добре робите свою роботу. Але давайте продовжимо і пройдемо через це.*

*МІКАЛА: Добре. Я також дуже пам'ятаю, як він вперше згвалтував мене, знаєте, сам. Я пам'ятаю, як він був на мені, і від нього пахло пивом і потом, і я просто хотіла, щоб він зупинився. Це справді боляче.*

*ТЕРАПЕВТ: А скільки вам тоді було років?*

*Уявна експозиція*

*125*

*МІКАЛА: Ймовірно, близько 11.*

*ТЕРАПЕВТ: А скільки тривоги ви відчували, розповідаючи мені про це?*

*МІКАЛА: Сто.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Продовжуємо. Ви чудово справляєтесь. Які ще спогади вас справді турбують?*

*МІКАЛА: Коли я був старшим, був час, коли я намагався дати відсіч. Знаєш, щоб зупинити його. Він дуже сильно вдарив мене і сказав, що цього разу буде боляче, щоб я навчився бути добрим. (Сміється.) Ніби це не завжди було боляче. Але того разу він був дуже грубим. Він мав рацію. Мені було дуже боляче, і він теж мене щипав.*

*ТЕРАПЕВТ: А скільки вам тоді було років?*

*МІКАЛА: Близько 15 років. Я тільки починав навчатися в середній школі і подумав, що тепер, коли я вже в старшій школі, можливо, я зможу змусити його зупинитися.*

*ТЕРАПЕВТ: Як сильно ви відчували тривогу, розповідаючи мені про цей спогад?*

*МІКАЛА: Можливо, трохи менше, ніж інші — 85.*

*ТЕРАПЕВТ: Є ще якісь особливо тривожні спогади про дядька?*

*МІКАЛА: Ні, я думаю, що це ті, які мене найбільше турбують.*

*ТЕРАПЕВТ: Під час оцінювання ви згадали, що відразу після закінчення середньої школи у вас був жорстокий хлопець.*

*МІКАЛА: Так. Він був старший. Я пішла жити з ним, щоб втекти від сім'ї.*

*ТЕРАПЕВТ: Якісь спогади про нього?*

*МІКАЛА: Вперше він мене побив. . . .*

*Зондуйте, доки ваш пацієнт не ідентифікує всі або значну кількість ключових спогадів і оцінить їх. Список спогадів служить попередньою картою для ваших сеансів експозиції. Кількість деталей на карті,*

однак, варіюється від пацієнта до пацієнта, і ймовірні та очікувані відхилення. Наприклад, часто немає необхідності проводити експозицію для кожного спогаду. Крім того, деякі пацієнти додадуть спогади до списку пізніше під час лікування. Таким чином, список не повинен бути вичерпним.

Якщо ваш пацієнт має багато спогадів, може бути корисно розробити короткі назви для спогадів. Для Мікали перший спогад міг би стати відомим як «спогад про викрутку». Наступним спогадом може бути «перше згвалтування дядьком». Наявність коротких імен для спогадів полегшує обговорення елементів ієрархії (наприклад, який спогад розглянути наступним), не вимагаючи від пацієнтів інтенсивних роздумів над кожним спогадом. Наприклад, після виклику додаткових спогадів, у тому числі спогадів, у яких хлопець Мікали вдарився головою об цегляну стіну, терапевт зазначив: «Здається, спогади вашого хлопця викликають меншу тривогу, ніж спогади вашого дядька. І пам'ять про цегляну стіну, здається, викликає найменше тривоги в 75 років. Тож я думаю, що це було б хорошою відправною точкою. Як ти гадаєш?»

### **Що робити, якщо пацієнт не може визначити певний спогад?**

Деякі пацієнти мали стільки випадків подібної події, що спогади зливаються воєдино, і окремих спогадів важко окреслити. Це часто трапляється з особами, які пережили сексуальне чи фізичне насильство, або з тими, хто довго перебував у зоні бойових дій. Заохочуйте па-

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

пацієнтам для визначення конкретних спогадів для уявного показу. Наприклад, запитайте, чи пам'ятають вони, коли це сталося вперше, останній раз або якусь іншу важливу особливість одного випадку події. Якщо пацієнт не може ідентифікувати конкретне спогад, вам може знадобитися попрацювати зі «складовою» пам'яттю, яка включає різні випадки події. Якщо ви це зробите, переконайтеся, що

пам'ять залишається незмінною під час експозиції, оскільки зміни в пам'яті можуть заважати звикання між сеансами.

### ***Що робити, якщо пацієнт має лише дуже фрагментовані спогади?***

Деякі пацієнти можуть повідомляти про дуже фрагментовані спогади, які не поєднуються між собою. Наприклад, Габріель повідомила лише про кілька розрізнених зображень, таких як перебування в темному місці, що супроводжується відчуттям задиху та сильним запахом. У таких випадках пацієнти часто відчують, що їхні спогади недостатні для викриття, і що вони повинні згадати більше, щоб пам'ять була корисною. Пацієнти часто конкретизують деякі деталі спогаду під час експозиції або навіть згадують цілі події, які раніше вони не могли висловити. Однак це не є явною метою опромінення, і важливо повідомити це пацієнтам, оскільки опромінення не передбачає «відновлення» спогадів. Ви не хочете ненавмисно створювати помилкові спогади, заохочуючи пацієнтів створювати деталі, які вони не можуть легко згадати. Таким чином, якщо пацієнти повідомляють про фрагментарні спогади, скажіть їм, що це нормально, якщо вони більше нічого не пригадують. Наприклад, Рауль згадав про те, як стояв біля сходів підвалу й чув шелест. Цей спогад викликав надзвичайну тривогу, і Рауль сказав, що «знав», що його батько катує його старшого брата в підвалі. Рауль не знав, звідки він це дізнався, якого йому віку в пам'яті чи чому він опинився на вершині сходів. У нього не було інших спогадів, які б підтверджували те, що сталося в підвалі, і, оскільки його брат покінчив життя самогубством, а Рауль був віддалений від батьків, не було зовнішніх джерел підтвердження. У цьому випадку Рауль завершив вплив на фрагмент пам'яті та звик до пам'яті. Когнітивна реструктуризація та радикальне прийняття, навик, отриманий з діалектичної поведінкової терапії (DBT; Linehan, 1993a), допомогли Раулю визнати, що він може ніколи не згадати більше інформації.

### ***Сегментація дуже залучених спогадів***

Деякі пацієнти також могли переживати події протягом тривалого періоду часу або мали окремі сегменти. У цьому випадку вам може знадобитися розглядати кожен сегмент як окрему пам'ять.

*Наприклад, Дашу викрали і зґвалтували протягом 3 днів. Даша та її терапевт розділили 3 дні на 10 сегментів спогаду. Якщо ви передбачаєте необхідність сегментувати спогади на основі вашої оцінки, зробіть це під час побудови ієрархії.*

### ***Вибір пам'яті для першої експозиції***

*Отримавши ієрархію, виберіть початкову пам'ять. В ідеалі, як і під час експозиції in vivo, ваш пацієнт матиме деякі спогади, оцінені за шкалою SUDS від 50 до 65, і ви можете вибрати одну зі спогадів із середнім рейтингом для початку. Деякі пацієнти, однак, можуть оцінювати всі спогади дуже високо (наприклад, від 90 до 100). У таких випадках оберіть початковий спогад із добірки спогадів із високою оцінкою, які викликають тривогу.*

### ***Уявна експозиція***

127

*Вибираючи спогади з найвищою оцінкою, зверніть увагу на ясність опису та ступінь його відповідності визначенню травматичної події DSM-IV (Американська психіатрична асоціація, 1994). Найкраще вибрати пам'ять, яка має відносно чіткий опис і відповідає як A1 (загроза фізичній цілісності), так і A2*

*(страх, безпорадність, жах) визначення травматичної події. Деякі особи, які вижили, можуть перелічувати тривожні спогади, які не відповідають критерію A1. Наприклад, діти, які пережили жорстоке поводження, можуть включати спогади про те, як дорослі кричали на них та/або обзивали їх. Інші пацієнти можуть включати спогади про сумні, тривалі події, такі як спостереження за членом сім'ї, який помирає від раку. Вони можуть бути непридатними для експозиції, якщо в них відсутній помітний компонент тривоги. Спогади деяких пацієнтів настільки фрагментовані, що їм бракує достатньої кількості деталей, щоб визначити, чи відповідають вони визначенню травматичної події. Наприклад, Роуз описала спогад про те, як їй було незручно сидіти на колінах у свого дідуся, коли їй було 4 роки.*

Деякі спогади також можуть не відповідати Критерію А2. Наприклад, Лінді згадала про те, як її колишній хлопець приходив додому п'яним, кричав на неї та кидав посуд. Вона в першу чергу повідомила про гнів і огиду під час цієї ситуації. Якщо зрозуміло, що спогад в першу чергу асоціюється з гнівом, а не з тривогою, це не є хорошим початковим спогадом; насправді це може бути невідповідна пам'ять для експозиції взагалі. Подібним чином спогади, засновані переважно на соромі чи провині, не є ідеальними початковими спогадами. Тріста повідомила про два спогади про сексуальне насильство: один про те, як її хлопець змусив її займатися оральним сексом з його другом, а інший, коли чоловік жорстоко зтвалтував її на парковці її квартири. Пізніші спогади, оцінені як 80, більш чітко базувалися на страху, тоді як перші, оцінені в 65, включали переважно сором. Таким чином, її терапевт запропонував почати з останнього спогаду, хоча оцінка SUDS, яку вона повідомила для нього, була вищою, ніж для попереднього спогаду.

Ви можете піддаватися спогадам на основі гніву, сорому чи провини. Однак це може не мати бажаного результату, оскільки ці емоції не зменшуються так надійно, як тривога під час впливу. Якщо є вибір між спогадами, які базуються переважно на провині, соромі чи гніві, та іншими, які явно базуються на страху, найкраще почати зі спогадів, заснованих на страху. Це збільшує ймовірність того, що дистрес зменшиться під час впливу та що пацієнт досягне успіху. Ранні успіхи допомагають підвищити готовність продовжувати експозицію та триматися важких сеансів експозиції. Інші спогади можна розглянути пізніше під час терапії.

Вибравши початковий спогад, запропонуйте його своєму пацієнту. Наприклад:

«Марк, переглядаючи список сумних спогадів, який ми склали минулого тижня, я помітив, що ти оцінив спогад про те, як вітчим вдарив тебе ременем для бритви, коли тобі було 6 років, як 60, тоді як інші спогади були оцінені трохи вище. Мені цікаво, чи це може бути хорошим місцем для нас, щоб почати. Як ти гадаєш?»

## **ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПОЗИЦІЇ УЯВИ: ОСНОВНІ КРОКИ**

*Проводячи уявне опромінення, пам'ятайте, що метою є спогади пацієнтів про травму, а не переживання травми. Хоча деякі терапевти відстоюють підхід «переживання заново» щодо впливу, ми не згодні з цим*

128

### *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*це. Ви не хочете наражати пацієнтів на відчуття, ніби їх насправді знову твалтують, грабують і нападають. Ви хочете, щоб вони за допомогою експозиції дізналися, що їхні спогади про ці події не небезпечні. Таким чином, пацієнти повинні знати, що зараз вони знаходяться в безпечному середовищі, проводячи вплив на спогад. Якщо пацієнти вірять, що подія насправді повторюється, і втрачають усвідомлення свого оточення, нове навчання навряд чи відбудеться. Таким чином, керуйте процесом експозиції так, щоб ваші пацієнти відчували емоції, пов'язані з подією, але не були настільки приголомшені ними, що вони втратили усвідомлення реальності. Вам також потрібно підсилити готовність пацієнтів відчувати пам'ять і пов'язаний з нею афект, щоб вони продовжували впливати вдома та під час майбутніх сеансів.*

*Під час першого опромінення попросіть пацієнтів згадати подію з самого початку. Їм потрібно описати подію так, ніби вона повторюється, і досить докладно, щоб вони могли відчувати «емоції, які ви відчували в той час». Не будьте надто директивними у формуванні того, як пацієнти здійснюють початкове опромінення; скоріше зосередьтеся на стратегічному використанні зворотного зв'язку, щоб підсилити готовність згадати подію та взаємодію з пам'яттю та пов'язаними з нею емоціями. Стандартні інструкції для першого опромінення включають те, щоб пацієнти сказали закрити очі та описати подію від першої особи в теперішньому часі. Здається, ці стратегії сприяють взаємодії.*

*Уява вимагає, щоб пацієнти описували спогади знову і знову.*

*Однак багато пацієнтів припиняють говорити після першого опису першого спогаду.*

*Тому вам може знадобитися наказати їм зробити це ще раз.  
Повторення є ключем до звикання.*

*Наприклад, коли Стів вперше описав, як дивився, як його батько стріляв у когось, сльози текли по його обличчю. Коли він закінчив свій опис, то замовк. Його терапевт попросив його «провести мене через те, що сталося знову». Стів відповів: «Я не думаю, що зможу». Його терапевт тихо сказав: «Проведи мене через це ще раз». Коли Стів неодноразово розповідав історію, він став спокійнішим. Пізніше він зазначив, що не міг повірити, що його тривога почала різко падати приблизно на шостий раз через опис. Він сказав: «Це стало чимось у минулому, просто спогадом. . . . Я ніколи не думав, що таке може статися».*

### **Тривалість сеансів впливу**

*Заплануйте витратити 60 хвилин на проведення опромінення під час першого сеансу опромінення, щоб пацієнти могли повторювати спогади протягом повних 60 хвилин або доки рівень їх тривожності не знизиться нижче 20. Це означає, що заплановано 90- хвилинний сеанс, якщо це взагалі можливо. Іноді пацієнт може швидко звикнути, і вам не знадобиться 60 хвилин. Однак, як правило, це не так, і пацієнтам потрібно повторювати пам'ять багато разів. Якщо ви почали з опромінення *in vivo* і знаєте, що пацієнт дуже повільно звикає, ви можете запланувати навіть довший сеанс для першого опромінення (наприклад, 75–80 хвилин опромінення). ). Очевидно, що це може бути неможливим для деяких пацієнтів через логістичні чи страхові причини.*

### **Відстеження рівнів тривоги**

*Зазвичай ви запитуєте у пацієнтів оцінку SUDS через 5-хвилинні інтервали під час впливу. Слідкуйте за цією інформацією під час кожного контакту під час сесії (див. Роздатковий матеріал 7.3). Ми*



*також рекомендуємо побудувати ці дані в графіку. Зберігаючи дані про опромінення на кому-*

*Уявна експозиція*

129

*puter, ви можете додавати дані кожного сеансу та створювати кольорові графіки, які ваші пацієнти можуть взяти додому. Багато пацієнтів вважали графіки дуже підкріплюючими і часто вивішують їх на видному місці (наприклад, у своєму холодильнику), щоб нагадати собі про результати їхніх зусиль. Графіки сеансів опромінення допомагають пацієнтам продовжувати опромінення, навіть якщо прогрес здається незначним, і можуть використовуватися як доказ, коли пацієнти кидають виклик безнадійним думкам про можливість змін (див. Розділ 8). Графіки також надають важливу інформацію про вплив (тобто ви можете відстежувати тенденції звикання).*

***Зразок діалогу: перше уявне викриття***

*ТЕРАПЕВТ: Добре, Джил, почнемо. Я б хотів, щоб ви спочатку влаштувалися зручніше в кріслі, а потім, якщо відчуваєте, що можете, вам буде корисно закрити очі.*

*Якщо закрити очі, ви зможете яскраво відновити пам'ять. Що ви хочете зробити, так це якнайяскравіше відновити пам'ять, ніби це повторюється зараз, але водночас усвідомити, що це не справді — що ви насправді просто пригадують спогади — і що ти в безпеці тут, у моєму офісі. Якщо ви настільки зануритесь у пам'ять, що втратите зв'язок із реальністю — якщо ви забудете, що це спогад і що він насправді не повториться, тоді я зроблю вам відкрити очі. Звичайно, ви завжди можете самі відкрити очі, коли забажаєте. Чи комфортно ви починаєте із закритими очима?*

*ДЖИЛ: Так, я так думаю.*

*[ Коментар: Пацієнти, які не можуть почати із закритими очима, можуть почати з відкритими очима.]*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож я хотів би, щоб ви почали з самого початку те, що ви пам'ятаєте, що сталося того дня, і перегляньте те, що сталося якомога детальніше. Дозвольте собі відчувати всі почуття, які ви відчували в той час, коли це відбувалося. Я хотів би, щоб ви переказали події, якщо вони відбуваються зараз, тож використовуйте від першої особи та розповідайте історію в теперішньому часі, якщо можете.*

### ***Відгуки після уявного опромінення***

*Після того, як пацієнти перестануть повторювати спогади, обговоріть їхні реакції на перше уявне опромінення та перегляньте графік даних сеансу опромінення. Це дає вашим пацієнтам можливість обробити досвід, а ви – можливість усно підкріпити їх у виконанні важкого завдання. Ви також можете використовувати графік, щоб підкреслити успіх.*

### ***Підготовка пацієнтів до домашньої практики***

*Після надання відгуку, інструкуйте пацієнтів про домашню практику. Пацієнти проводять домашню практику, прослуховуючи аудіозапис сеансу опромінення. Ви коротко поясните домашню практику під час обґрунтування, щоб пояснити, чому ви записуєте аудіозапис сеансів уявного впливу. Заздалегідь підготуйте пацієнтів до ідеї, що вплив включає*

130

### ***КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР***

*домашнє завдання також полегшує сприйняття домашньої практики. Тим не менш, перший сеанс може бути виснажливим. У результаті багато пацієнтів більше зосереджені на тому, щоб відчувати полегшення від того, що все закінчилося, ніж на думці про те, щоб*

повторити це. Тому вам зазвичай потрібно нагадувати їм про домашню практику.

### **Основні інструкції**

Надзвичайно важливо змусити пацієнтів дотримуватися домашньої практики, оскільки дослідження показують, що повторення є ключовим для досягнення успіху під час впливу. Ви можете використати графік повторюваного зниження тривоги, щоб підкреслити важливість повторення, показавши своїм пацієнтам, що зменшення тривоги між сеансами призводить до того, що пам'ять стає менш тривожною (див. Малюнок 6.4).

Часто буває корисно поєднати мотиваційну розмову з дуже конкретними інструкціями для домашньої практики. Порадьте пацієнтам прослуховувати відеозапис щодня, якщо можливо, або принаймні п'ять разів на тиждень для досягнення оптимального ефекту лікування. Обговоріть найкращий час доби для цього, враховуючи інші життєві потреби (робота, догляд за дітьми тощо). Пам'ятайте, що пацієнтам слід сказати, що вони не повинні слухати запис під час інших справ, особливо за кермом. Такі дії можуть відволікати пацієнтів від пам'яті та переживання тривоги.

Це може заважати звикання між сеансами, особливо якщо діяльність вимагає когнітивних здібностей (Kamphuis & Telch, 2000; Telch et al., 2004). Крім того, такі види діяльності, як водіння, можуть бути небезпечними під час прослуховування касети. Інструкції також повинні включати крок за кроком проходження пацієнтів через роздатковий матеріал 7.4, який включає запис рейтингів SUDS у трьох точках під час кожної домашньої практики, тривалість домашньої практики (наприклад, принаймні 30 хвилин або поки рейтинг SUDS не впаде на 50%), і, якщо це корисно, будь-які інші деталі (наприклад, відкриті чи закриті очі, де проходила практика).

Нарешті, оцініть перешкоди, з якими можуть зіткнутися пацієнти, наприклад знайти час, місце та/або магнітофон.

### **Екологічні фактори, які слід враховувати**

*Ви повинні розуміти середовище, в якому ваш пацієнт виконуватиме домашнє завдання з опромінення. Наприклад, діти не повинні перебувати поруч під час домашніх занять, тому що вони не повинні підслухати зміст плівок, і вони можуть перервати домашні заняття.*

*Проста їх присутність також може відволікати деяких пацієнтів. Дитячі занепокоєння можуть вимагати чіткого обговорення з деякими пацієнтами.*

*Іноді корисно залучати партнерів до сеансу, щоб вони могли дізнатися обґрунтування викриття та поставити запитання, а ви можете залучити партнерів як джерело підтримки. Партнери, які не розуміють або не приймають обґрунтування, іноді саботують лікування, відмовляючи пацієнтам займатися медичною практикою вдома, оскільки це засмучує. І навпаки, коли вони розуміють обґрунтування лікування, подружжя або партнери можуть бути важливим джерелом підтримки.*

### ***Надання доступу до вмісту стрічки особам служби підтримки***

*Ще одне міркування полягає в тому, чи слухають пацієнти касети з іншими дорослими.*

*Багато пацієнтів спочатку бояться опромінення вдома на самоті. Ми радимо більшості пацієнтів не*

*Уявна експозиція*

*131*

*для обміну записами з членами родини чи іншими особами, якщо для цього немає конкретної мети. Прослуховування вмісту відеозапису може спричинити вторинні симптоми стресу у членів сім'ї, які ви, можливо, не зможете вирішити, оскільки вони не пацієнти.*

*Використання гарнітури — хороший спосіб забезпечити конфіденційність і дозволяє людям служби підтримки перебувати поруч, не чуючи запису.*

*Іншим можливим негативним результатом прослуховування касети може бути визнання недійсною.*

*Наприклад, Джеррі слухав спогад про сексуальне насильство, яке включало його пестоці вчителя. Коли його дружина, яка пережила насильницький напад, почула запис, вона була здивована відносно менш загрозливим характером його травми. Це наитовхнуло її на думку, що Джеррі перестарався. Вона робила такі заяви, як: «Це було не так погано, як я думала» і «Вам не варто це засмучуватися». Вона також почала тиснути на нього, щоб він «закінчив» терапію. Важко передбачити, як відреагують інші, знаючи вміст стрічки. Тому ми зазвичай закликаємо пацієнтів не ділитися записами з іншими. Натомість пацієнти повинні попросити осіб, які підтримують, бути поруч, коли вони виконують роботу, і допомагати їм розраджувати або проводити з ними час після цього.*

*Однак є випадки, коли спільний доступ до стрічки виявляється корисним. Якщо пацієнт вирішив це зробити, це не обов'язково привід для тривоги. Наприклад, Бріджит виявила, що те, що вона ділиться своїми спогадами про насильство в дитинстві з чоловіком, посилює близькість у їхніх стосунках. А Генрі, чия дочка загинула в авіакатастрофі, виявив, що те, що поділилися записом із дружиною, стимулювало обговорення горя, яке вони ховали протягом багатьох років. Генрі не повідомив про будь-які тривожні наслідки для своєї дружини. Він також відчув, що обмін записом приніс користь їм обом і посилив його відчуття підтримки його терапії.*

### ***Використання засобів самозаспокоєння та планування активності після впливу***

*Деяким пацієнтам корисні чіткі інструкції щодо того, що вони повинні робити після завершення домашньої практики (або навіть після повернення після сеансу). Наприклад, Вероніка відчувала гордість після завершення показу стрічки, яка викликала тривогу. У результаті вона вирішила, що може взятися за будь-що; коли вона зіткнулася з братом, який винен їй гроші, її швидко охопили почуття гніву та провини. Протистояння не увінчалось успіхом, і вона відчувала бажання нанести собі каліцтва.*

*Після огляду інциденту її терапевт припустив, що у Вероніки, можливо, не вистачило емоційних ресурсів, щоб зустрітися зі своїм братом одразу після завершення важкої домашньої практики. Вероніка зізналася, що окрім почуття гордості, вона також відчуває втому та злість.*

*Багатьом пацієнтам корисні чіткі вказівки займатися приємними або заспокійливими видами діяльності після завершення опромінення. Така діяльність заважає пацієнтам виконувати важкі завдання, коли вони емоційно виснажені. Приємна діяльність також може пом'якшувати негативні емоції, які не викликають тривоги, які не змінюються під час конкретного сеансу впливу. Нарешті, такі дії можна використовувати для винагороди пацієнтів за те, що вони виконали те, що їм важко і неприємно. Цікаво, що багатьох пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом потрібно навчити винагороджувати себе приємними заняттями та заспокоюватися після емоційно складних подій. Для таких пацієнтів часто корисні чіткі плани та заздалегідь складені списки можливих заходів.*

132

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

### **СТРАТЕГІЇ ТИТРУВАННЯ ТРИВОГИ**

#### **ПІД ЧАС УЯВНОГО ЕКСПОЗИЦІЇ**

#### **ТА СПРИЯТИ ЗАРУЧЕННЯ ТА ЗВИЧАННЯ**

*Процедурні варіації можуть вплинути на інтенсивність тривоги під час впливу та сприяти звикання та взаємодії. Якщо тривога настільки висока, що пацієнти не можуть брати участь у опроміненні, використовуйте стратегії, які зменшують рівень тривоги. І навпаки, якщо пацієнти не повністю займаються пам'яттю, використовуйте стратегії, які посилюють залучення.*

**Використання першої особи та теперішнього проти минулого часу**  
*Як зазначалося раніше, типові інструкції включають використання*

*першої особи та говоріння в теперішньому часі. Іноді пацієнти ігнорують інструкцію від першої особи та використовують інструкцію від третьої особи («Він штовхає її на ліжко, і вона лежить там, почуваячись безпорадною»). Це, ймовірно, слугує віддаленню пацієнтів від їхнього емоційного переживання події. Деякі пацієнти стверджують, що під час події у них було відчуття, ніби вони спостерігають за собою, тому описують себе від третьої особи. Використання від першої особи є важливим, тому що пацієнтам потрібно переживати події так, як вони з ними відбувалися, а не штучно дистанціюватися.*

*Щодо використання теперішнього часу, жодне дослідження не визначило, чи впливає на ефективність впливу час дієслова. Пацієнти часто вживають минулий час, незалежно від вашої інструкції. Багато пацієнтів відчують досить інтенсивну тривогу, описуючи свої спогади в минулому часі, і, на відміну від використання третьої особи, минулий час є природним способом мислення про свій минулий досвід. Пригадування спогадів у теперішньому часі більше схоже на спогад і може розглядатися як менш «здоровий». Якщо це збільшує яскравість настільки, що ваш пацієнт не може залишатися в пам'яті (тобто від'єднується або дисоціює) або не зникає, тоді має сенс заохочувати використання минулого часу.*

**Час: як швидко я маю підвищити занепокоєння**

**або виправити пацієнта, який робить це неправильно?**

*Багато пацієнтів швидко втягуються, незважаючи на те, чи згадують вони в минулому часі, чи від третьої особи. Під час першої сесії підтримуйте та не засуджуйте будь-які спроби описати та пережити спогад про травму. Таким чином, якщо пацієнт не займається впливом (наприклад, повідомляє про рейтинг SUDS, значно нижчий за очікуваний, або рейтинг SUDS нижче 50), обмежте свою корекцію процедурних варіацій під час першого сеансу опромінення. Пацієнти, які дуже чутливі до сприйняття недійсності, іноді реагують самозрадженням і розчаруванням (наприклад, «Я навіть не можу зробити це правильно!» або «Це надто важко. Я не зможу це зробити»).*

*Після того, як пацієнт відчув зменшення занепокоєння під час початкових сеансів опромінення, ви можете заохочувати модифікації, які посилять занепокоєння, і виправляти процедурні помилки, які можуть зменшити занепокоєння. Окрім використання теперішнього часу та розмови від першої особи, це також може включати заплуцування очей або більш детальний опис окремих деталей, відчуттів чи думок. Наприклад,*

*Уявна експозиція*

133

*Дафна змогла завершити свій перший сеанс опромінення, лише тримаючи очі відкритими. Проте її тривога знизилася до нуля протягом 20 хвилин під час другого сеансу опромінення з відкритими очима, тому її терапевт запропонував їй продовжити опромінення під час цього сеансу із закритими очима. Не дивно, що це призвело до збільшення її тривоги, а потім повернення до 0 SUDS через 45 хвилин. Під час наступного сеансу її тривога знову досягла піку, але це було очікуваним зразком звикання.*

### ***Чи слід пацієнтам використовувати відволікання для титрування тривоги?***

*Ми не використовуємо відволікання під час експозиції. Хоча відволікання під час експозиції можна розглядати як стратегію титрування тривоги, загалом ми виявляємо, що ми можемо титрувати тривожність за допомогою інших методів. Крім того, в літературі незрозуміло, чи використання відволікання для титрування тривоги під час впливу негативно впливає на результат лікування ПТСР.*

*Ми чітко заохочуємо пацієнтів зосереджуватися на тривозі, виключаючи інші емоції під час впливу. Один із способів зробити це — попросити їх оцінити свою тривогу («Яке зараз ваше хвилювання за 0-100-бальною шкалою?») порівняно з більш загальною оцінкою SUDS («Який ваш рейтинг SUDS, 0–100? »). Наше обґрунтування просте. Порівняно з іншими тривожними розладами, ми виявили, що вплив*



*посттравматичного стресового розладу більш надійно викликає ряд негативних емоцій, окрім тривоги, які можуть або не можуть змінюватися під час впливу. Таким чином, ми заохочуємо пацієнтів зосередитися на тривозі, щоб вони могли бути підкріплені відносно надійним зниженням тривоги в результаті впливу.*

## **Структурування пам'яті для модуляції тривоги**

### ***і сприяти звикання***

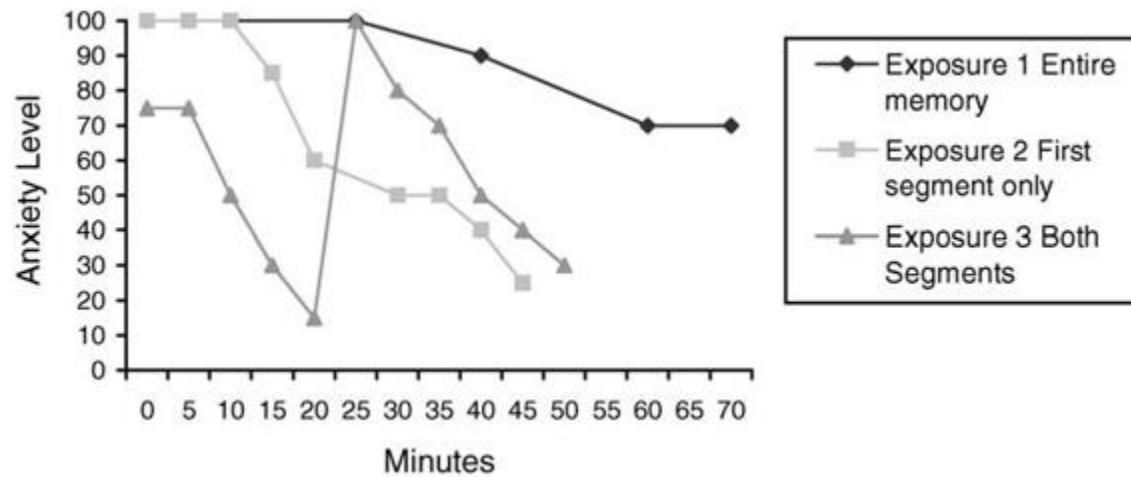
*Часто необхідно навчити пацієнтів окреслювати сегменти спогадів, які мають відповідну довжину та інтенсивність для експозиції. Наприклад, деяким пацієнтам буде важко описувати фрагменти пам'яті зв'язним способом, або вони можуть взагалі не бажати їх артикулювати. Інші пацієнти описують спогади з великою кількістю деталей, що ведуть до та після найгіршої частини події, але вони мчаться через найгіршу частину.*

*Наприклад, Морган надала детальний опис подій, які привели до та після її згвалтування. Але вона описала фактичне згвалтування дуже коротко, заявивши: «Потім він зсунув мені трусики і згвалтував мене». Травматичні спогади також можуть складатися з кількох сегментів, які є окремими травмами. Наприклад, спогад про аварію може складатися з кількох сегментів, таких як моменти, що призвели до аварії, очікування порятунку, вивільнення з автомобіля, поїздка до лікарні та лікування.*

*Кожен із цих сценаріїв створює спогади, які не є оптимально структурованими для експозиції. Ідеальний спогад – це той, який має достатню кількість деталей і може повторюватися кілька разів протягом 60-хвилинного сеансу, оскільки, як зазначалося раніше, повторення є ключем до звикання. Проста математика говорить вам, що пацієнти, які мають 5-хвилинні спогади, матимуть можливість повторювати їх у два рази більше, ніж ті, хто має 10-хвилинні спогади.*

*Точна довжина пам'яті залежить від характеристик пам'яті. І все ж, зрештою, ви зможете структурувати багато (хоча не всі!)*

спогади, щоб вони потрапили в часовий проміжок від 4 до 10 хвилин.



134

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### Структурування довгих спогадів

Дуже тривалі спогади можуть займати від 30 хвилин до 1 години, щоб перерахувати їх уперше.

У таких ситуаціях у вас є кілька варіантів. Ви знаєте, що під час сеансу навряд чи буде достатньо повторень, щоб суттєво зменшити тривогу. Тим не менш, ваш перший варіант полягає в тому, щоб не втручатися в початковий підхід вашого пацієнта, а просто підсилити його або її бажання працювати з пам'яттю та пов'язаним афектом.

Це дає вам можливість розробити шаблон пам'яті, щоб ви могли визначити, як її структурувати. Цей підхід корисний, коли вам потрібно почути всю історію, щоб визначити, чому пам'ять така довга та/або як ви можете її структурувати. Наприклад, вам може знадобитися почути всю пам'ять, щоб зрозуміти, що пацієнт зосереджується на менш емоційно значущих частинах пам'яті, щоб уникнути більш емоційно складних частин.

Переказ усієї історії на цьому етапі також, ймовірно, сприяє когнітивній обробці пам'яті. У подальших сеансах ви можете

сегментувати пам'ять або заохочувати пацієнта пропускати менш важливі частини пам'яті. На малюнку 7.2 показано, як терапевт Джилл працював із сегментами її травматичної пам'яті. Під час першого сеансу вона дозволила Джилл розповісти всю історію своїх поранень, що тривало 30 хвилин. Таким чином, Джилл повторила історію лише двічі. Під час другого сеансу терапевт спонукав Джилл зупинитися після першого сегменту та повторити цей сегмент. Під час другого сеансу було досягнуто більшого звикання. Під час третього сеансу, коли Джилл продемонструвала швидке зниження тривоги до першого сегменту, другий сегмент було введено знову.

Іноді під час першого перерахунку може стати зрозуміло, що пацієнт закінчує сегмент. У таких випадках ви можете зупинити пацієнта й попросити його або її повторити цей сегмент. Ви можете зробити це, тихо сказавши: «Добре, давайте на мить зупинимося на цьому й повернемося до цієї частини вашої пам'яті». Зазвичай пацієнт буде вагатися, коли він або вона підійде до кінця сегмента вдруге. Ви можете легко спонукати до повторення, сказавши: «Проведіть мені цю частину ще раз». Пацієнти швидко вчаться повторювати відрізок. Після завершення експозиції ви можете пояснити, чому ви зупинили його або її. Перевага цього підходу полягає в тому, що пацієнти, швидше за все, відчують значне зниження тривоги під час першого сеансу. Складність полягає в ідентифікації зв'язного сегмента без детального прослуховування всієї пам'яті.

**РИСУНОК 7.2.** Уявна експозиція Джилл: сегментація тривалого спогаду.

Уявна експозиція

135

### **Структурування коротких спогадів**

Деякі пацієнти описують спогади дуже лаконічно з мінімальними деталями, але повідомляють про надзвичайно високий рівень тривоги. Короткі спогади такого роду зазвичай викладаються протягом хвилини або близько того. Часто найкраще не наполягати на

докладніших деталях, доки пацієнти не досягнуть деякого зменшення тривоги в пам'яті в грубій формі. Деякі пацієнти самотійно додають деталі, коли їх тривога знижується до більш керованого рівня. Але якщо вони цього не роблять, ви можете пізніше заохотити їх описати сенсорні чи емоційні особливості більш детально.

Якщо опис пам'яті дуже короткий, ранні сеанси впливу передбачають багато повторень початкового опису. Наприклад, під час її першого сеансу опромінення початковий рейтинг тривоги перед контактом Данієли становив 90, що вказує на величезне занепокоєння щодо початку контакту. Перша розповідь Данієли про її сексуальне насильство виключала будь-які подробиці про фактичний сексуальний контакт, але це було пов'язано з дуже сильною тривогою.

ДАНІЕЛА: Я лежала в ліжку. Він зайшов у кімнату. Він стягнув з мене піжаму і вліз на неї. Від нього погано пахло. На стелі тріщина, і я тримаю свою ляльку. Я хочу, щоб він пішов геть. А потім він закінчив і сказав мені нікому не говорити, інакше він заподіє біль моїй сестрі, а потім підвівся і пішов. Це все.

ТЕРАПЕВТ: Добре, хороша робота. Який ваш рівень тривоги зараз?

ДАНІЕЛА: Це 100. Я не хочу цього робити.

ТЕРАПЕВТ: Це добре, що ви дозволяєте собі відчувати тривогу. Ви робите гарну роботу. Давайте продовжувати це робити. Пам'ятайте, що для того, щоб ваша тривога зменшилася, важливо залишатися в пам'яті протягом тривалого часу. Це найважча частина, тому краще, якщо ми будемо продовжувати рухатися вперед.

ДАНІЕЛА: Добре. Я лежав у ліжку, а він увійшов, стягнув з мене піжаму й заліз на неї.

Він сказав мені нікому не казати, а потім пішов.

ТЕРАПЕВТ: Ви добре робите свою роботу. Просто дозволяй почуттям прийти. Продовжуємо.

Терапевт Данієли попросив оцінити її тривожність після першого опису спогаду, хоча це зайняло лише трохи більше 30 секунд. Це було тому, що він хотів оцінити ступінь її емоційної залученості. Якби рейтинг SUDS Данієли був нижчим, її терапевт міг би заохочувати більше деталей. Якби рейтинг SUDS був надзвичайно низьким, її терапевт оцінив би наявність можливої дисоціації або оніміння. Враховуючи, що рейтинг SUDS передбачав високий ступінь залучення, її терапевт вирішив продовжити, не розширюючи рівень деталізації. Її терапевт підкріпив готовність Данієли думати про те, що сталося, і заохотив її продовжувати. Деякі з її наступних описів ще більше зменшили деталі; її терапевт не зауважив цього, а просто продовжував підкріплювати готовність Данієли дозволити собі відчувати її тривогу. Зрештою Данієла повторила цей короткий опис приблизно 70 разів під час свого першого сеансу експозиції. Після першого переказу терапевт Данієли запитував її рейтинг SUDS приблизно кожні 5 хвилин або після кожного 10-го повторення пам'яті. До кінця першого опромінення її тривожність знизилася до 55.

Деякі пацієнти мають лише дуже короткий опис травматичної події. Хоча експонування з дуже короткою пам'яттю може здатися дивним і повторюваним, це може принести користь

136

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

та сама мета, що й вплив на довшу пам'ять. Пам'ятайте, що мета опромінення полягає в тому, щоб зменшити тривогу, яку людина відчуває з приводу своїх спогадів, а не згадати спогади, які не викликають занепокоєння. Тим не менш, деякі пацієнти можуть наполегливо намагатися пригадати більше, або вони можуть дорікати собі за те, що не можуть пригадати важливі частини того, що сталося. Перевірте та нормалізуйте їхні труднощі з пригадуванням події та нагадайте їм, що немає необхідності пригадувати більше, щоб отримати користь від лікування. Швидше, мета полягає в тому, щоб зменшити страждання, пов'язані з частинами, які вони пам'ятають. Іноді інформація про подію не була

закодована та збережена пацієнтами під час події, і в таких випадках їхні зусилля пригадати більше марні.

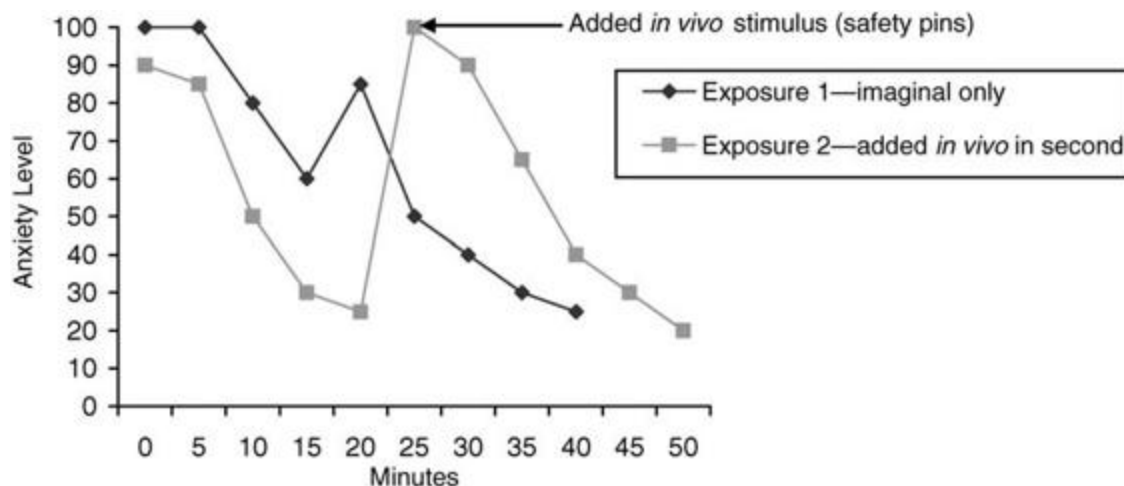
### **Націлювання на «гарячі точки»**

Після першого тижня домашньої практики вам може знадобитися націлитися на «гарячі точки» пам'яті. У більшості випадків спогад про травматичну подію має один або кілька емоційних кульмінацій, момент під час події, який викликав найбільший страх або інше емоційне збудження, зазвичай називають гарячими точками. Гарячі точки часто відповідають елементам травматичних спогадів, які виникають під час кошмарів, небажаних спогадів і спогадів (Holmes, Grey, & Young, 2005). Якщо пам'ять вашого пацієнта вже дуже коротка (наприклад, для опису потрібно кілька хвилин), можливо, цього не потрібно робити. Але у випадках, коли для опису оригінальної пам'яті потрібно більше 5–10 хвилин, часто необхідно націлитися на гарячі точки.

Ви можете визначити гарячі точки, відзначаючи зміни в рейтингу SUDS протягом опису спогадів, спостерігаючи за виразом обличчя та поведінкою пацієнта або просто запитуючи свого пацієнта, які частини пам'яті були найбільш тривожними. Багато спогадів включають деталі попередніх і наступних подій, які зазвичай не настільки емоційно значущі, як гарячі точки. Коли ви визначите гарячу точку, попросіть своїх пацієнтів обійти попередні аспекти історії та перемотати вперед до періоду, що передує гарячій точці. Після закінчення гарячої точки обріжте подальші деталі та попросіть їх «перемотати» назад до початку гарячої точки. Як правило, сегмент гарячої точки має бути коротким, не більше 5 хвилин. Повторення гарячої точки протягом решти сеансу зменшує занепокоєння, пов'язане з цим дуже емоційно важливим аспектом пам'яті.

Наприклад, уявна експозиція Йоланди зосереджена на її спогаді про пограбування. Під час першого сеансу вона розповідала історію чотири рази, займаючи приблизно 15 хвилин кожен раз. Після першого сеансу Йоланда шість разів практикувала експозицію. Під час другого сеансу її терапевт швидко помітив, що її тривожність була помітно

нижчою, ніж на попередньому сеансі, і була на траєкторії подальшого зниження. Її терапевт вирішив, що Йоланда готова працювати над гарячими точками. Після першого перегляду історії терапевт наказав Йоланді почати з моменту, коли вона підходила до чоловіка на вулиці. Ця інструкція видала деталі про те, як Йоланда виходила з офісу, про що вона думала, повертаючись додому, і пам'ятки по дорозі. Потім її терапевт заохочував її розповісти про свій досвід справжнього нападу, про думки, які промайнули в її голові, коли вона побачила ніж злочинця, і про те, як вона себе почувала в той момент. Після гарячої точки її терапевт попросив її зупинитися та повернутися до тієї самої точки, а не продовжувати опис того, як її знайшли та доставили до лікарні. Націлювання на гарячу точку спочатку посилює занепокоєння Йоланди. Однак коли вона повторювала цю гарячу точку знову і знову, вона відчувала подальше зменшення тривоги.



Уявна експозиція

137

Запитання допомагають пацієнтам уточнити гарячі точки. Морган, яка спочатку описала свою гарячу точку словами «Потім він мене зґвалтував», не хотіла описувати будь-які подробиці про справжнє зґвалтування. Щоб націлитися на гарячу точку, терапевт Моргана запитав її: «Що ви відчували, коли він штовхнув вас усередину?»; «Про що ти думав?»; «Де були його руки?»; і «Де були твої руки?» і

*«Чим він пахнув?» Зрештою Морган почала дуже докладно описувати згадування, і рейтинг її тривоги зріс з 50 за весь спогад до 100.*

*Спочатку вам може здатися, що ви злі, коли просите пацієнтів детально розповісти про гарячі точки. Рівень деталізації є незвичним для багатьох інших форм терапії. Проте ця деталь потрібна пацієнтам, щоб повністю обробити свій травматичний досвід і отримати повну користь від впливу. Крім того, роблячи це, ви повідомляєте пацієнтам, що можете точно почути, що сталося, і все одно дбаєте про них. Пізніше Морган розповів: «Коли мені настав час відкрити очі, я боявся, що ви побачите мене інакше. Але коли ти дивився на мене так само, як завжди, і ставився до мене так само, мій сором за те, що сталося, став менше».*

**Поєднання експозиції *Imaginal* та *In Vivo*** Якщо ваш пацієнт швидко звикає під час сеансу, вам може бути корисно поєднати експозицію *in vivo* та експозицію уявно. Моллі показала швидке звикання на сесії, і її записи домашніх завдань також показали звикання. Тому Моллі принесла на цю сесію свій матеріал для експозиції *in vivo*, шпильки. Коли вона звикла лише до спогадів, її терапевт попросив її тримати шпильки в руках, поки вона продовжувала експозицію уяви (див. Малюнок 7.3). У випадку Моллі їй було необхідно відкрити очі, щоб повністю відчувати подразники *in vivo*.

### **Коли переходити до нової пам'яті**

У більшості випадків вам потрібно провести експозицію з більш ніж одним спогадом. Таким чином, ви повинні мати план для прийняття рішення про те, коли завершити вплив одного спогаду та **РИСУНОК 7.3**. Огляд Моллі: поєднання *in vivo* та уявного впливу.

138

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*перейти до наступного. Ми оцінюємо багато спогадів до 0 SUDS. Ви знаєте, що з пам'яттю закінчили, коли ваш пацієнт раніше був залучений і відчував значну тривогу, але тепер повідомляє «Нічого, я*



зовсім не тривожуся», навіть на початку експозиції. Пацієнти також можуть повідомити, що їм набридає пам'ять. Деякі пацієнти, однак, продовжують повідомляти про оцінку SUDS 10 або 20 на початку експозиції та не виявляють подальшого звикання. Навіть на цьому рівні пацієнти можуть повідомити, що їм набридає пам'ять. Наприклад, Йоель оцінив своє занепокоєння в 15 після того, як 3 тижні спогадів про сексуальне насильство в дитинстві. Він повідомив, що йому набридли спогади, і що його відчуття тривоги було значно нижчим, ніж він міг пригадати. Він також зазначив, що щоразу, коли він переставав зосереджуватися на цій пам'яті, його тривога фактично зростала, оскільки він більшою мірою починав помічати різні стимули, що провокують тривогу. У цьому випадку терапевт висунув гіпотезу про те, що оцінка тривоги Йоела була більшою мірою пов'язана з його нездатністю повністю відключити інші стимули, що провокують тривогу. Таким чином, терапевт вирішив перейти до іншого спогаду. Якщо ви досягли моменту, коли гарячих точок немає, і здається, що пам'ять повністю оброблено, ймовірно, настав час перейти до нової пам'яті.

## **УСУНЕННЯ НЕПОЛАДОК**

### **Реакція на те, що пацієнти говорять під час опромінення**

#### **Запити на зупинку**

Пацієнти періодично просять дозволу зупинитися. Наприклад:

"Я б хотів, щоб це закінчилося".

"Чи маю я продовжувати це робити?"

"З мене досить, я можу зупинитися?"

"Як довго я маю це робити?"

Ваша мета — заохотити їх продовжувати, у той час як ви зміцнюєте їхнє відчуття контролю над процесом. Наприклад, ви говорите їм, що для них добре продовжувати, тому що вони отримують максимум від

лікування, залишаючись під впливом, навіть якщо це важко. Водночас нагадайте їм, що ніхто їх до цього не примушує, і що вони самі вирішують продовжувати.

### ***Вірять, що вони не можуть зробити експозицію***

Деякі пацієнти сумніваються, що зможуть завершити опромінення. Вони можуть висловити це як запитання: «А що, якщо я не зможу цього зробити?» або твердження: «Я не можу цього зробити». У будь-якому випадку повідомте їм, що їхні занепокоєння зрозумілі, але вони все ж повинні спробувати викритися.

ЛІНЕТТ: Я не думаю, що зможу це зробити. Можливо, тобі варто відмовитися від співпраці зі мною.

ТЕРАПЕВТ: Ви уникали думати про нещасний випадок стільки років, цілком природно запитувати себе, чи можете ви дозволити собі думати про це та відчувати почуття. Більшість людей, які починають цю роботу, дуже бояться цих почуттів. Але коли вони починають,

Уявна експозиція

139

більшість людей вважають, що можуть це зробити. Під час оцінювання ви змогли розповісти мені досить багато про те, що сталося, і це вас дуже засмутило, але ви все добре пережили. Тому я вірю, що ви зможете описати це ще раз. Коли ви будете повторювати це і залишатися при цьому, вам стане легше.

ЛІНЕТТ: А що, якщо ні?

ТЕРАПЕВТ: Ну, я дійсно думаю, що це спрацює. Але якщо це не так, ми разом з'ясуємо причину та змінимо процедуру, щоб вона працювала для вас. Це надзвичайно рідко, коли людина просто не може це зробити, і я не бачив жодних ознак того, що це стосується вас.

## ***Спроба запобігти події, яка вже відбулася***

*Вплив передбачає прийняття травматичної події. Деякі пацієнти чинять опір прийняттю, і іноді їх опір, здається, впливає на звикання. Помірно підвищена тривожність Бренді суттєво не зменшилася під час або між пробами впливу. Під час кожного сеансу, приблизно через 30–45 хвилин після експозиції, вона тримала руки перед обличчям і хитала головою, кажучи: «Ні, ні». Незабаром після цього тривога Бренді зросла, і вона попросила припинити. Після третього сеансу її терапевт запитав Бренді, чи знає вона, про що вона думає, коли хитає головою і каже «Ні». Бренді заявила, що вона «не хотіла, щоб він це зробив» і що вона «хотіла, щоб він пішов». Виявилося, що Бренді була настільки занурена в пам'ять, що відчувала, що може якось зупинити це, а не приймати це як подію, яка вже сталася в минулому. Терапевт Бренді навчив її використовувати навичку DBT радикального прийняття подій у своєму житті (див. Розділ 9). Вона заохочувала Бренді радикально прийняти сексуальне насильство в дитинстві під час уявного показу. Потім Бренді почала звикати.*

## ***Виявлення відповідальності за травматичну подію***

*Пацієнти іноді висловлюють відповідальність за свою травматичну подію під час контакту. Якщо це станеться, хоча у вас може виникнути бажання припинити уявне опромінення, загалом ми не рекомендуємо цього. Багато пацієнтів продовжують відчувати зниження тривоги, навіть якщо їхнє вираження відповідальності може посилити почуття провини. Інші пацієнти також можуть знизити своє почуття відповідальності через вплив. Таким чином, поки не стане зрозуміло, що прояв відповідальності повністю блокує звикання, продовжуйте показ.*

*Якщо після опромінення пацієнт все ще відчуває відповідальність, вирішіть це питання за допомогою когнітивної реструктуризації. Наприклад, під час опису сексуального насильства в дитинстві під час викриття Гері сказав: «Я міг би його відбити». Терапевт Гері звернув увагу на це та заохотив його продовжити та завершити всі 45 хвилин запланованого впливу. Після цього вона розпочала когнітивну реструктуризацію, щоб дослідити зазначену думку.*

## ***Неможливо говорити/Відмова розголошувати***

*Іноді пацієнти, які погодилися на опромінення, все ж не можуть говорити, коли їм пропонується почати опромінення. Пацієнт, який не вербалізує пам'ять, є не-*

140

## ***КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР***

*імовірно користь від лікування. Пропонувати пацієнту уявити спогад (без вербалізації його вголос) не рекомендується, оскільки ви не можете визначити, наскільки пацієнт зосереджений на спогаді. Відсутність вербалізації також заважає пацієнтам дізнатися, що ви можете почути їхній жахливий досвід(и) і все одно підтримати їх. Якщо пацієнт не говорить, перевірте його або її, будьте терплячими та використовуйте лагідні підказки, такі як «Ти ніколи раніше цього не говорив, тому зрозуміло, що важко почати говорити про це»; «Що перше, що ви пам'ятаєте, сталося?»; або «Тут безпечно; ти можеш розповісти мені, що сталося, і все буде добре».*

*Якщо після 10–15 хвилин перевірки та підказок пацієнт мовчить або вимовляє лише кілька слів, подумайте, чи можуть модифікації бути корисними для початку.*

*Деякі пацієнти вважають, що спочатку легше записати спогад, ніж вимовити його вголос. Фактично, у нас були пацієнти, які воліли писати, а не говорити під час першого знайомства з кожним спогадом. На наступному занятті вони вербалізували спогад після тижня щоденного запису вдома. Письмо також може бути корисним для пацієнтів, які не можуть вербалізувати деталі гарячих точок. Незалежно від того, скільки її підказували, Кеті не стала розповідати про фізичне насильство в дитинстві. Однак вона могла писати дуже докладно, а також могла багаторазово читати те, що вона написала.*

*У рідкісних випадках у нас були пацієнти, які, здавалося, мали слабку вербальну пам'ять про події через те, що вони були дуже молодими на момент травми; деякі з цих пацієнтів почали з малювання своєї*

травми. Малюнки використовувалися як сходи́нка для написання, а потім для вербалізації. Якщо пацієнти з чіткими спогадами старшого віку не бажають вербалізувати або писати спогади, ми також можемо змусити їх почати з малювання тривожних образів. Мета, однак, завжди полягає в тому, щоб якомога швидше перейти до стандартної експозиції.

### **Дисоціація та оніміння**

Пацієнти, які відокремлюються та/або заціпеніють під час впливу, не отримують користі, оскільки вони не відчують необхідних елементів успішного впливу. Дисоційовані пацієнти або занадто занурені в пам'ять (тобто мають спогади) і не усвідомлюють, що вони в безпеці, або вони більше не займаються пам'яттю та своєю емоційною реакцією. Так само пацієнти, які «заціпеніли», не відчують тривоги. У вас є кілька варіантів, коли ви стикаєтеся з пацієнтами, які дисоціюють або заціпеніють під час уявного впливу. По-перше, якщо через дисоціацію під час експозиції ви виявите, що ваш пацієнт дуже дисоціативний (наприклад, більшу частину життя живе в дисоційованому стані), ви можете вирішити, що пацієнт потребує короткого огляду, або не дуже короткий, курс DBT/навчання усвідомленості перед тим, як продовжити експозицію (див. Розділ 9). Короткий курс навчання усвідомленості також може допомогти деяким менш дисоціативним пацієнтам.

Другий, часто успішний варіант полягає в тому, щоб використовувати стратегії з розділу цього розділу про титрування тривоги, щоб зменшити інтенсивність тривоги пацієнтів під час перерахунку спогадів. Наприклад, попросіть пацієнтів відкрити очі. Титрування рівнів тривоги підходить для пацієнтів, які можуть переносити помірні рівні тривоги, але які дисоціюють або притупляються, якщо пам'ять стає надто яскравою, а тривога – надто інтенсивною. Іноді вам потрібно бути креативним у пошуку способів титрувати тривогу. Наприклад, запрошення безпечної особи, наприклад партнера, на сеанс може вплив терпимим для деяких пацієнтів.

*По-третє, ви можете повернутися до експозиції in vivo або почати з неї. Багато пацієнтів менш схильні до дисоціації та оніміння під час впливу in vivo , можливо, через об'єкти*

*Уявна експозиція*

*141*

*і ситуації більш конкретні, ніж спогади. Вплив in vivo також зазвичай передбачає, що пацієнти тримають очі відкритими, і безпека ситуації може бути більш очевидною. Пацієнти можуть з більшою готовністю використовувати когнітивні стратегії, щоб допомогти їм залишатися зі своєю тривогою і не дисоціювати. Наприклад, під час in vivo контакту з футболкою, залишеною її жорстоким чоловіком, коли він переїхав, Джастін постійно повторювала собі: «Немає способу, щоб футболка через кімнату може завдати мені болю. Я можу залишатися присутнім». Крім того, ви можете легше регулювати інтенсивність подразників in vivo , наприклад, пересуваючи об'єкт далі, що дає пацієнтам можливість навчитися залишатися присутніми під час експозиції.*

*Четверта стратегія включає методи заземлення, які допомагають пацієнтам залишатися присутніми. Однією зі стратегій є використання сенсорних стимулів, таких як дотик до холодних предметів (наприклад, банки з газованою водою або металевих підлокотників стільця), які можуть допомогти пацієнтам підтримувати поточну усвідомленість. Ваш голос також може служити цій меті. Підтримуючи підтримуючу схему, можна допомогти пацієнтам залишатися на зв'язку та бути в сьогоденні (наприклад, «Ти тут у безпеці, ти можеш торкнутися сорочки, і ніхто не заподіє тобі болю... Просто дозволь собі відчувати страх, знаючи, що нічого поганого не трапиться, і тривога не може зашкодити вам... Дозвольте собі підійти до сорочки, коли будете готові»). Проте, використовуючи свій голос під час уявного опромінення, будьте обережні, щоб не переривати пацієнта перерахування спогадів. Попросити частіше оцінювати SUDS, як правило, є безпечним способом використовувати свій голос, щоб нагадати пацієнтам, що вони перебувають у безпечному місці. Часто*

корисно заздалегідь обговорити та узгодити стратегії, особливо за допомогою таких речей, як ніжне постукування по руці або, як ми використовували в кількох крайніх випадках, нюхання солі.

П'ята стратегія полягає в тому, щоб перешкоджати дисфункціональній поведінці. Деякі пацієнти демонструють дуже чітку поведінку відступу, коли вони починають дисоціювати (наприклад, згортання клубком на стільці, переміщення в позу ембріона на підлозі, закривання вух). Така поведінка, ймовірно, зменшує їх взаємодію зі світом. Інструктування таких пацієнтів щодо більш функціональної поведінки може допомогти перервати дисоціацію. Наприклад, якщо пацієнт починає згортатися калачиком під час уявного впливу, обережно скажіть: «Чому б вам не поставити ноги на підлогу, поки ми продовжимо?» І, можливо, ви могли б сісти на стілець, як раніше». Один із способів засвоїти такі інструкції – спочатку запитати рейтинг SUDS. Будьте уважні та наполегливо переривайте будь-яку потенційно небезпечну поведінку пацієнта, таку як скручування під рогом столу або удари себе ручкою. Навіть дуже дисоційовані пацієнти часто реагують належним чином, коли їм вказують на проблеми безпеки.

Шоста стратегія передбачає залучення допомоги постачальника, який виписує рецепти, оскільки деякі пацієнти можуть повністю отримувати контакт після зміни або додавання ліків. Якщо можливо, знайдіть психіатра, який (1) знайомий з ліками, які можуть допомогти в таких ситуаціях, і (2) розуміє вплив. Зміни ліків (у поєднанні з іншими стратегіями в цьому розділі) можуть допомогти деяким пацієнтам із серйозною дисоціацією та психотичними симптомами продовжити вплив. Наприклад, Марго була схильна до дисоціативних спогадів у повсякденному житті. Після цих епізодів вона зазвичай мало пам'ятала про свою поведінку чи ситуацію. Кожного разу, коли Марго намагалася експозиції *in vivo*, вона одразу втрачала чутливість, тому її оцінки SUDS ніколи не піднімалися вище 0.

Після першого викриття вона також повідомила: «Мій дідусь прийшов до мене вчора ввечері і побив мене, а потім погрожував

*заподіяти тобі біль, якщо я продовжу розповідати тобі про його справи. Я прокинувся під столом із закривавленим носом». Оскільки дідусь Марго помер, терапевт зв'язався з психіатром Марго, який підтримав КІТ. Після збільшення дози антипсихотичних препаратів Марго змогла продовжити вплив. Так само*

142

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*Ми помітили, що зміни ліків допомагають пацієнтам, які повідомляють, що після сеансів опромінення вони відчували, що перебувають у «тумані» та нездатні працювати протягом кількох днів.*

*Як правило, метою коригування ліків на цьому етапі є послаблення збудження симпатичної нервової системи, яке може викликати дисоціацію, і зменшення психотичних явищ, а не блокування тривоги. Важливо зазначити, що бензодіазепіни (наприклад, лоразепам, алпразолам) не показали ефективності при симптомах ПТСР (Braun, Greenberg, Dasberg, & Lerer, 1990; Gelpin, Bonne, Brandes, & Shalev, 1996) і зазвичай не є ефективними. доповнюють цілі експозиції. Якщо пацієнт уже приймає бензодіазепін у стабільній дозі, препарат не потрібно змінювати на початковій фазі впливу. Проте не заохочуйте пацієнтів, які просять збільшити вживання бензодіазепінів (наприклад, приймаючи один під час або до практики впливу), нагадуючи їм, що вони повинні відчувати тривогу під час впливу, і що речі, які послаблюють тривогу, такі як прийом ліків або залучення до безпечної поведінки (див. Розділ 6), перешкоджають його ефективності. Якщо ваш пацієнт приймає ліки під час впливу, майте на увазі, що нове навчання, яке відбувається в контексті наркотиків, може не поширюватися на контексти, не пов'язані з ліками, тому подальший вплив може знадобитися для узагальнення після припинення прийому ліків (див. Розділ 10). Також обговоріть будь-які важливі проблеми з ліками з клініцистом, який призначає.*

*У багатьох випадках вам потрібно комбінувати стратегії, щоб зменшити дисоціацію. Наприклад, Джастін змогла успішно почати*



опромінення та припинити дисоціацію, перемкнувшись на *in vivo* опромінення з футболкою, зберігаючи її очі відкриті, її терапевт надає досить постійний потік інструкцій, її найкраща подруга відвідує сеанс і нагадує собі вголос, що вона в безпеці. Після того, як вона звикла до футболки під час сеансу, вона та її терапевт розробили ретельну ієрархію футболок для неї, щоб почати вдома. Частиною цього процесу для Джастін було навчання справлятися зі своєю тривогою, одночасно відпрацьовуючи навички, спрямовані на те, щоб утримувати її в сьогоденні. Коли ці навички вдосконалювалися, вона змогла повернутися до експозиції уяви.

### **Реагування на ускладнення, про які повідомляють після сеансу**

Доцільно запланувати повторний дзвінок протягом кількох днів після першого сеансу опромінення з пацієнтами, які піддаються ризику труднощів. Більшість пацієнтів не відчують особливих труднощів протягом цього періоду, особливо якщо вони відчули значне зниження тривоги під час сеансу. Деякі, однак, відчують погіршення симптомів, труднощі з виконанням домашнього завдання та/або повторну появу дезадаптивного пристосування, такого як вживання алкоголю, наркотиків, очищення або самоушкодження. Будьте готові відповідати таким пацієнтам і оцінювати безпеку, якщо це викликає занепокоєння. Наприклад, незважаючи на значне зниження тривоги, Карла розповіла наприкінці першого сеансу уявного впливу, що у неї посилилося бажання порізатися. Це не дивно, тому що Карла мала історію різання. Її терапевт також зауважив, що Карла заявляла: «Я відчуваю себе такою брудною» кілька разів під час контакту, що свідчить про те, що бажання порізатися може бути пов'язане зі соромом. Терапевт використав решту сеансу, щоб виконати когнітивну реструктуризацію цієї думки та склав з Карлою план стратегій протистояння бажанням відрізати.

Терапевт Лаури подзвонив їй через кілька днів після того, як вона вперше відчула спогад про пограбування. Лаура заявила, що не слухала запис після сеансу, тому що відчувала себе дуже наляканою. Коли Лаура подумала про викриття, вона знайшла

Уявна експозиція

сама була охоплена страхом, і її пильність зросла настільки, що вона не могла заснути. У результаті терапевт Лаури вирішив запланувати ще один сеанс впливу уяви на той самий тиждень. Це хороший приклад того, як важливо наближатися, а не відступати від впливу, коли симптоми погіршуються. Під час другого сеансу Лаура відчувала більше зниження тривоги, після чого вона погодилася розпочати домашню експозицію, написавши опис свого нападу вдень. Після третього сеансу опромінення через тиждень Лаура почала робити опромінення за допомогою аудіозапису вдома.

Лі Мей кілька років зазнавала фізичного насильства з боку свого хлопця. Через тиждень після першого сеансу Лі Мей повідомила, що відчуває дедалі більшу депресію, і її показник депресії Бека підвищився з 21 на момент прийому до 37.

Декілька факторів сприяли її депресії. По-перше, Лі Мей повідомила, що відчуває відповідальність за жорстоке поводження, оскільки вважала, що догодити своєму хлопцеві — це її обов'язок. Крім того, вона заявила, що її потреба в допомозі означає, що вона невдача і тягар для інших. Нарешті, у Лі Мей було мало дозвілля чи зовнішніх соціальних контактів. Терапевт Лі Мей розробив двосторонній підхід до лікування депресії без переривання впливу. По-перше, вона працювала з Лі Мей, щоб визначити та зайнятися приємною діяльністю. По-друге, вона використовувала когнітивну реструктуризацію, щоб визначити переконання, які, за її припущенням, могли сприяти депресії Лі Мей.

### **Небажання робити експозицію або домашнє завдання експозиції**

Деякі пацієнти настільки бояться і неохоче займаються експозицією та домашньою практикою, що виявляють низку причин не робити цього. Наприклад, пацієнти можуть намагатися переконати вас, що це не спрацює. Передбачувана тривога інших пацієнтів щодо впливу насправді перевищує тривогу, яку вони відчують на початку. Відповідайте на небажання, підтверджуючи занепокоєння та страхи пацієнтів. У той же час підкресліть, що найкраще, що можуть

зробити ваші пацієнти, — це просуватися вперед із опроміненням, щоб вони почали пожинати його переваги. Крім того, підкресліть важливість повторення. Також заохочуйте їх застосувати експериментальний підхід до лікування «Подивимося». Що стосується домашніх завдань, використовуйте стратегії вирішення проблем, щоб допомогти пацієнтам знайти спосіб почати домашню практику.

Іноді пацієнти повідомляють, що просто не хочуть чути себе на записі. Наприклад, Гленда, яка пережила сексуальне насильство в дитинстві, різко відреагувала на ідею послухати себе на касеті.

ГЛЕНДА: Ти маєш на увазі, що збираєшся записати мій голос і хочеш, щоб я його послухала? Я не думаю, що я б хотів цього!

ТЕРАПЕВТ: Так. Домашня практика має вирішальне значення для успіху експозиційної терапії, оскільки вона збільшує кількість повторень. Пам'ятайте, що експозиція працює, коли вона повторюється.

Більшості людей важко просто повторити спогад вголос вдома. Стрічка використовується, щоб нагадати вам про напад під час домашніх тренувань.

ГЛЕНДА: Але я ненавиджу чути свій голос на плівці — я звучу жахливо.

ТЕРАПЕВТ: Ну, інший варіант полягає в тому, що ви можете вимовити спогад вголос без касети вдома, або, якщо це не спрацює, ви можете почати його записувати. Ключ у тому, що якщо ви це пишете чи говорите, ви повинні робити це стільки ж часу, скільки витрачаємо на це ми.

сьогодні. Що ми можемо зробити, так це зробити стрічку. Таким чином ви зможете пізніше вирішити, як ви хочете проводити свою домашню практику. З тобою це буде добре?

ГЛЕНДА: Звичайно. Мені насправді байдуже, що ви мене записуєте; Мені стає так незручно слухати себе.

У деяких випадках дискомфорт пацієнта від прослуховування відеозапису може бути частиною загальної тенденції звести нанівець його або її емоційні реакції. Це може бути особливо вірогідним у пацієнтів з прикордонним розладом особистості (BPD). Наприклад, незважаючи на значне зникання під час першого сеансу, Дейдрре повідомила наступного тижня, що не може прослухати запис, на якому вона переказала спогад про те, як її мати зламала руку. Дейдра сказала: «Я звучала так плаксиво, я не могла витримати, щоб я була такою дитиною». Терапевт зазначив, що замість того, щоб свідомо брати участь у вправі впливу під час прослуховування запису, Дейдра зайняла осудливу, недійсну позицію щодо себе. Таким чином, замість того, щоб відчувати тривогу, вона загрузла у своїй вторинній реакції (насамперед сорому) і загострилася у своїй самознищенні. Втручання в цьому випадку полягало просто в тому, щоб розповісти Дейдрре про важливість усвідомленої участі в експозиції, а також про те, що таке самозвільнення і як воно заважає відчувати тривогу під час експозиції. Терапевт також припустив, що активне завдання, таке як написання пам'яті, могло б працювати краще та перешкоджати осудливому спостереженню Дейдри за її реакціями. Незважаючи на те, що Дейдрре відреагувала на це коротке втручання, деяким пацієнтам може знадобитися довше зосередитися на усвідомленості, перш ніж вони зможуть продуктивно брати участь у експозиції.

### **Повільне зникання або відсутність зникання, або помилкові оцінки SUDS**

Дуже повільне зникання або його відсутність може відбуватися з кількох причин. Погане зникання також може виражатися через нестабільний шаблон SUDS, у якому оцінки SUDS неодноразово зростають і падають протягом сеансу впливу. Коли ви визначите, що процес зникання пацієнта відбувається не так, як вам хотілося б, вам

*потрібно визначити проблему, як правило, висунувши гіпотезу про можливі причини, а потім досліджуючи ці причини з вашим пацієнтом.*

### ***Втручання інших емоцій, таких як гнів і сором***

*Як зазначалося в цій книзі, серед емоцій тривога найнадійніше зникає під час впливу. Оптимальні умови для зниження тривоги включають постійне залучення до стимулів, що викликають тривогу, і емоційної тривоги. Повторення в уявній експозиції є механізмом для створення цього постійного залучення. Коли пацієнти зосереджені майже виключно на інших емоціях, таких як гнів чи сором, вони не відчують оптимальних умов для впливу та можуть демонструвати незадовільне звикання.*

*Так само, якщо пацієнти рикошетять між тривогою та гнівом або тривогою та соромом, вони можуть не відчувати ідеального звикання. Цей шаблон також може спричинити непостійні шаблони рейтингів SUDS.*

*Якщо інші емоції заважають пацієнтам відчувати тривогу, у вас є два основні варіанти. По-перше, спробуйте навчити їх більше зосереджуватися на своїй тривозі*

*Уявна експозиція*

*145*

*gree, і повідомте їм, що ви подолаєте залишкові емоції за допомогою когнітивної реструктуризації. Деякі пацієнти можуть це зробити. Одна пацієнтка описала це як «відкладання» своїх інших емоцій під час впливу та забирання їх з полиці після впливу. Однак деяких пацієнтів спочатку потрібно навчити ідентифікувати та позначати різні емоційні стани. Необхідність ідентифікувати та позначати різні емоційні стани виникає як під час впливу, так і під час когнітивної реструктуризації. Роздатковий матеріал 8.5 корисний для навчання пацієнтів, як це робити. Однак докладний опис стратегій навчання розпізнаванню емоцій виходить за рамки цієї книги. Зазвичай*

*ми покладаємося на стратегії DBT. Зацікавлених читачів відсилають до ресурсів DBT (Linehan, 1993a, 1993b).*

*Інші пацієнти відчують емоційні реакції без тривоги як надто нав'язливі, щоб відкласти під час впливу. Когнітивна реструктуризація є хорошим інструментом для вирішення цих емоцій перед поверненням до впливу. Наприклад, Лорі повідомила про дуже непостійні рейтинги SUDS, які були пов'язані зі сплесками гніву на її твалтівника. Вона та її терапевт використовували когнітивну реструктуризацію, щоб позбутися її гніву. Згодом Лорі успішно продовжив викриття.*

### **Періодичне оніміння або дисоціація**

*Деякі пацієнти можуть періодично вимикатися або заніміти під час уявного впливу. Це зменшує звикання і, знову ж таки, може призвести до непостійних оцінок SUDS. Вимкнення та заціпеніння зазвичай є ознакою того, що пацієнти намагаються відновити спогад, який для них є надто складним. Стратегії, описані раніше для титрування тривоги та посилення заземлення, часто є ефективними.*

### **Відсутні гарячі точки**

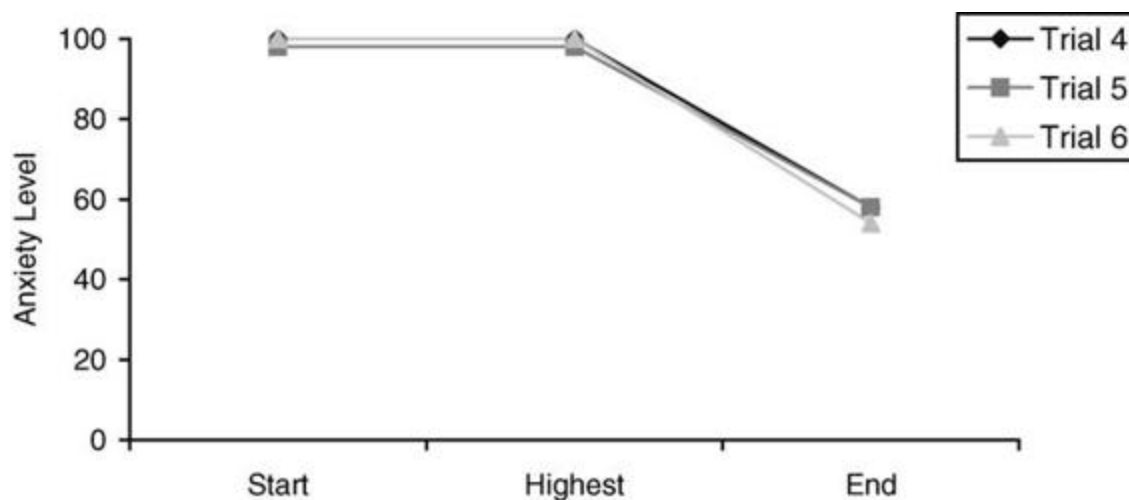
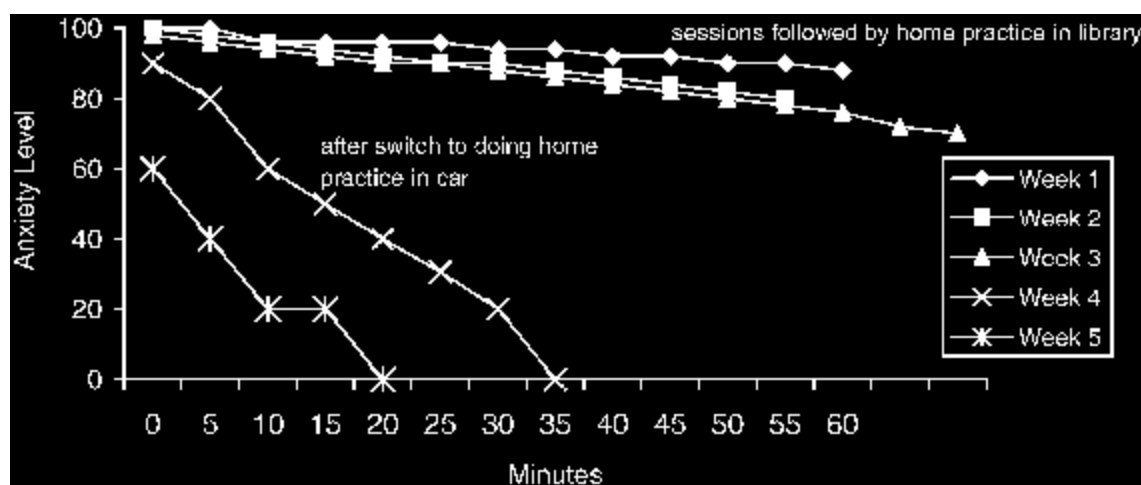
*Погане звикання або нестійкі оцінки SUDS також можуть вказувати на те, що необхідно звернути увагу на гарячу точку. Знайдіть ознаки, описані в розділі про гарячі точки, щоб визначити, чи є у пацієнта невирішена гаряча точка.*

### **Контекст експозиції**

*Середовище, в якому пацієнти проводять домашню практику, також може перешкоджати звикання. Як зазначалося в розділі 6, вплив дає пацієнтам можливість дізнатися нове значення (безпеку) для стимулу, який раніше асоціювався з небезпекою. Однак нове значення може бути досить специфічним для контексту, в якому відбулося нове навчання. Тому навчання, яке відбувається у вашому офісі, може не застосовуватися до ситуацій поза офісом, тому страх може повернутися в іншому контексті, і чому домашня практика дуже*

важлива для узагальнення зменшення страху. Хоча ми ще багато чого не знаємо про те, як контексти впливають на зменшення страху, увага до контексту може допомогти, коли ви не спостерігаєте зменшення страху між сеансами.

Кармен зазнавала фізичного насильства з боку свого чоловіка протягом 20 років. Коли вона приїхала на лікування посттравматичних стресових розладів, вона все ще жила в їхньому будинку, який вона виграла під час розлучення. Терапевт Кармен помітив, що хоча її тривога повільно знижувалася під час кожного сеансу, між першими трьома сеансами впливу відбулося мінімальне зменшення тривоги (див. Малюнок 7.4). Кармен була дуже мотивована та наполегливо продовжувала викривати ситуацію, незважаючи на дуже високий рівень стресу. Тим не менш, мінімальний між-



## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

**РИСУНОК 7.4.** Сеанси уявного огляду Кармен: інтервал у 1 тиждень.

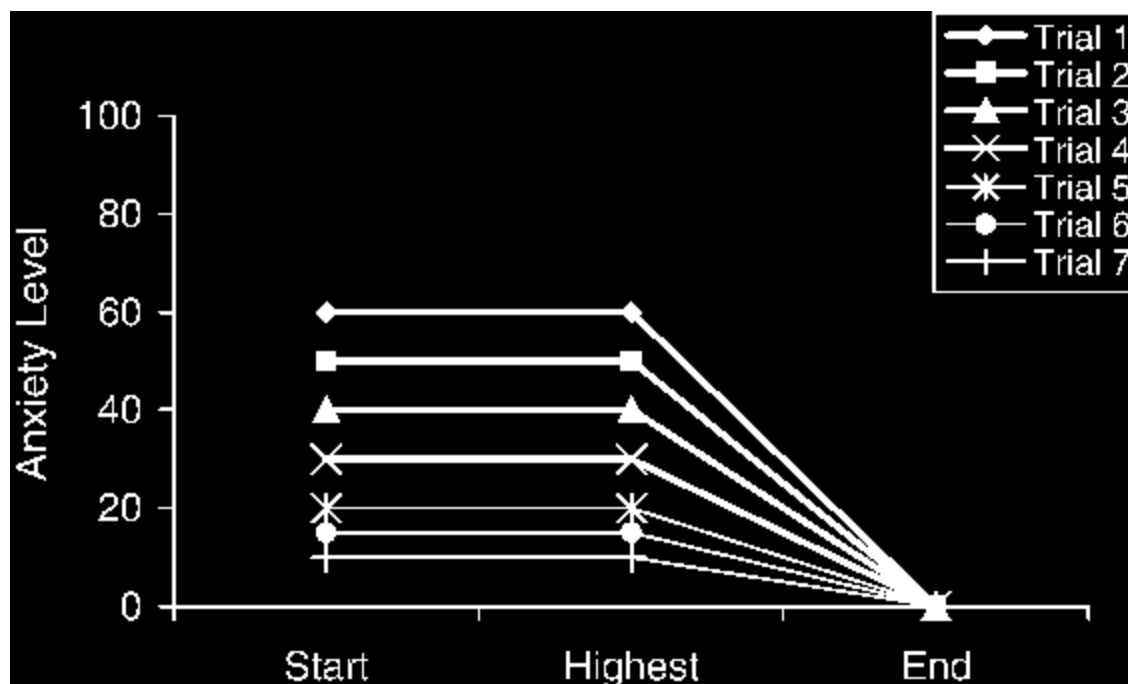
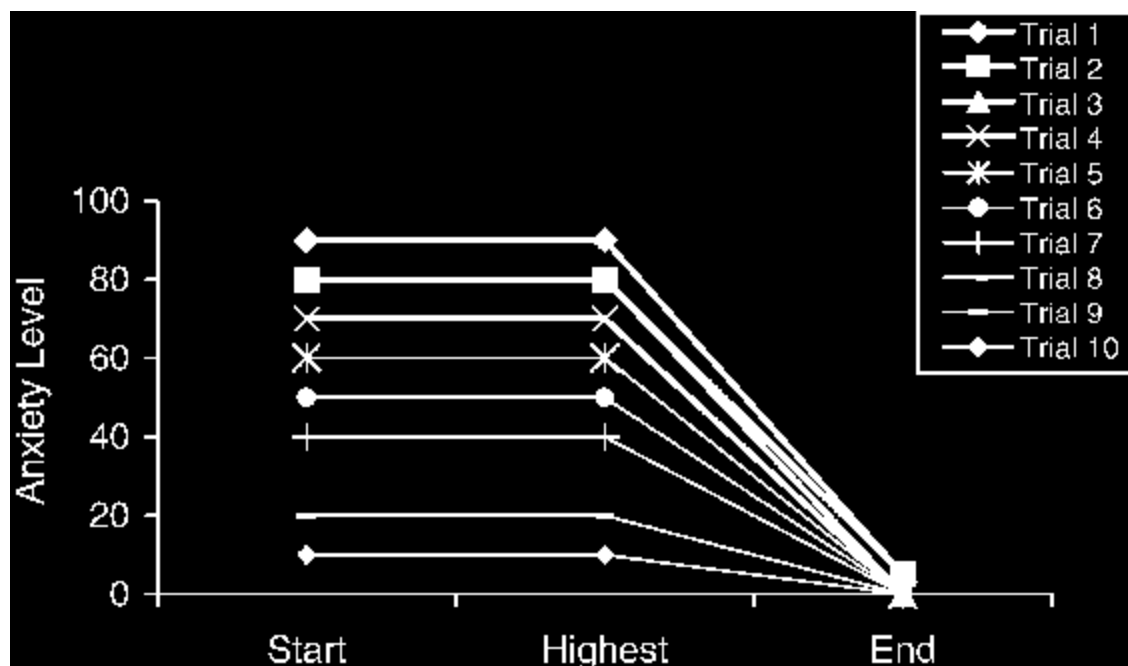
звикання до сеансів викликало занепокоєння, оскільки звикання між сеансами пов'язане з результатом лікування в рандомізованих дослідженнях (Jauch et al., 1998).

Після обговорення Кармен розповіла, що вона слухала свою касету з викриттям у бібліотеці свого будинку, де відбулася велика частина насильства. Терапевт Кармен припустив, що вплив у контексті, в якому відбулося жорстоке поводження, призведе до посилення страху. Згідно з цією гіпотезою, записи уявної експозиції Кармен у домашній практиці (рис. 7.5) показали незначне звикання між випробуваннями.

Терапевт Кармен запропонував їй послухати касету поза домом.

Кармен вирішила послухати у своїй припаркованій машині. На рисунку 7.6 наведено результати опромінення, проведеного в автомобілі. Проведення експозиції поза контекстом жорстокого поводження призвело до зменшення занепокоєння Кармен під час експозиції в кабінеті її терапевта (більше звикання між сеансами), як показано на малюнку 7.6. Після того як тривога Кармен зменшилася в машині, її терапевт повернувся до практики впливу вдома, спочатку **РИСУНОК 7.5.** Уявна домашня практика Кармен: другий тиждень — у бібліотеці.





Уявна експозиція

147

**РИСУНОК 7.6.** Уявна домашня практика Кармен: третій тиждень — у машині.

починаючи з вітальні, яка була менш частим місцем насильства, потім перейшовши до бібліотеки (Рисунок 7.7). Після переїзду до вітальні початковий рівень тривожності Кармен був вищим, ніж у машині, але нижчим, ніж у бібліотеці. Коли вона повернулася до бібліотеки, де найчастіше відбувалося насильство, її тривога знову зросла. Однак після звикання до іншого контексту Кармен також почала звикати до цього середовища. Цей приклад ілюструє важливість уваги до контексту в експозиційній терапії, особливо коли ви спостерігаєте відсутність звикання між сеансами під час сеансів і в записах домашньої практики. Це також демонструє, як ретельне ведення записів і використання графіків можуть допомогти виявити проблеми та оцінити прогрес.

**РИСУНОК 7.7.** Уявна домашня практика Кармен: п'ятий тиждень — у бібліотеці.

148

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### НЕЗВИЧАЙНІ РЕАКЦІЇ

#### Статеве збудження під час впливу

Деякі пацієнти відчують сексуальне збудження під час уявного спогаду про сексуальне насильство, навіть насильство, яке було насильницьким, болісним і вимушеним. Вони також можуть згадати, як були збуджені під час насильства. Будьте попереджені про таку можливість. Ви не хочете, щоб таке розкриття вас застало зненацька, оскільки це може змусити вас ненавмисно висловити здивування або зневагу. Такі реакції можуть бути не тільки контртерапевтичними, але й шкідливими. Хоча сексуальне збудження рідкість, воно, як правило, є джерелом величезного сорому. Пацієнти часто сприймають сексуальне збудження як збочене чи ненормальне.

Статеве збудження збиває з пантелику таких пацієнтів, і, щоб усунути дисонанс, вони роблять висновок: «Ну, мабуть, я цього хотів» або «Я ненормальний». Дуже важливо реагувати на розкриття

сексуального збудження без засудження та висловлювати безумовну позитивну повагу, прийняття та підтвердження.

Деякі пацієнти, які відчують збудження через свою пам'ять про насильство, також вважають, що їхнє збудження вказує на те, що вони, як і їхній злочинець, схильні до сексуального насильства над дітьми.

Важливо те, що деякі пацієнти насправді можуть мати в анамнезі правопорушення, які потрібно буде розглянути під час лікування. Обов'язково ретельно оцініть історію злочинів перш ніж робити коментар на кшталт «Навіть якщо ви збуджені, це не означає, що ви збираєтесь нападати на дітей». Наприклад, якщо пацієнтка в дитинстві примушувала свого брата або сестру до статевих актів, ваше твердження, очевидно, навряд чи буде переконливим. Навіть якщо поведінка пацієнта є ненормальною та/або має бути припинена, оскільки вона незаконна чи шкідлива, все одно можна повідомити, що вона зрозуміла. Також будуть потрібні інші тактики, щоб зменшити страждання, пов'язані з почуттям провини (див. Розділ 8).

## **Блювота**

Блювота або страх перед блювотою є ще однією реакцією пацієнтів на спогади про травму або пов'язану з ними тривогу. Нерідко пацієнти бояться блювати під час впливу або повідомляють про блювоту під час практики вдома чи на парковці після сеансу впливу. Досить цікаво, що хоча у нас були десятки пацієнтів, які повідомляли, що бояться блювати під час сеансу або блювали поза сеансом, ми ніколи не спостерігали, щоб пацієнти справді блювали під час сеансу, навіть коли вони були впевнені, що будуть.

Страхи блювати, як і інші страхи, мають тенденцію бути перебільшеними (тобто пацієнти переоцінюють вірогідність події та те, наскільки погано було б, якби це відбулося).

Багато пацієнтів очікують, що вас відмовлять від продовження контакту, коли ви дізнаєтесь про їхні позиви до блювання. Вони припускають, що ви будете або занадто огидні, або що ви усвідомите

ступінь їхнього занепокоєння і не хоче, щоб вони продовжували. Деякі також бояться, що якщо їх вирве, ви вирвете. На їхню думку, що може бути гіршим, ніж змусити вашого терапевта втратити контроль і захворіти? З цієї причини, якщо ви відчуваєте дискомфорт або боїтеся блювати, ви повинні лікувати свій власний страх перед тим, як почати контакт з пацієнтами, які, ймовірно, висловлять цей страх.

Коли пацієнти кажуть, що очікують блювати, найбільш корисною відповіддю є: «Я знаю, що відчувати нудоту неприємно, хоча зрозуміло, що вам хочеться блювати, коли ваша тривога настільки сильна. Це нормально, якщо вам потрібно блювати» або

«Я розумію, чому тобі хотілося блювати — те, що він з тобою зробив, справді було огидним. Якщо

Уявна експозиція

149

це вам потрібно, сміттєвий бак тут». Це повідомляє кілька важливих речей.

По-перше, це показує пацієнтам, що ви не боїтеся їхніх реакцій, навіть реакцій, які багато людей вважають неприємними, як-от блювота. По-друге, нормалізує блювоту. Це важливо, оскільки для деяких із цих пацієнтів відчуття, що блювота є «огидною», може посилити сором за ці події. По-третє, ви декатастрофізуєте блювоту, повідомляючи, що блювота не є небезпечною, хоча й неприємною. По-четверте, і, мабуть, найважливіше, це надсилає повідомлення про те, що реакція пацієнтів на спогади не збиває вас із колії чи не зупиняє вас, і вони не повинні. Хоча блювота є одним із найбільш екстремальних видів реакцій, важливо передавати подібні повідомлення щодо інших реакцій на вплив, яких ваш пацієнт може побоюватися.

**ВИСНОВОК**

*Ми не можемо підкреслити, наскільки потужним інструментом є уявне опромінення в лікуванні ПТСР. На жаль, дослідження вказують на те, що це інструмент, який недостатньо використовується в клінічній практиці (Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Rosen et al., 2004). Нашою метою в цьому розділі було надати вам інформацію, необхідну для продовження уявної експозиції. Багато пацієнтів, яких часто вважають неприйнятними кандидатами на опромінення, можуть завершити опромінення, використовуючи стратегії, розглянуті в цьому розділі. Тому ми заохочуємо вас наполегливо навчати пацієнтів, що їхні спогади не можуть зашкодити їм, і що зіткнення з цими спогадами допоможе їм оговтатися від травми.*

### **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 7.1. Imaginal Exposure ГЕЙ, ЦЕ ПРАЦЮЄ.**

..

*З вашої практики опромінення in vivo ви вже почали розуміти, що експозиційна терапія передбачає неодноразове наближення до того, чого ви боїтеся протягом тривалого періоду часу. Ви дізналися, що коли ви залишаєтеся з тим, чого боїтеся, після багатьох повторень, ви відчуваєте себе комфортніше в його присутності. Отже, якщо ви боялися смугастих котів через зустріч із левом, ви практикували in vivo («у реальному житті») контакт з смугастими котами. Ви створили ієрархію (градуований список). Можливо, ви почали з кошеня своєї подруги, якого вона тримала на колінах через кімнату навпроти вас. Спочатку ви були налякані, але приблизно через півгодини ваша тривога спала. Потім, через тиждень після цього, ви виявили, що більше не хвилюєтеся, тож підійшли ближче до кошеняти. Після кількох сеансів на близькій відстані, коли ваш комфорт підвищився, ви вирішили погладити кошеня. Далі ви вирішили перейти до дорослого кота, зрештою досягнувши помаранчевого кота (але не лева!). Ваша робота in vivo також може включати перегляд фотографій левів у журналах або перегляд їх у телевізійних шоу. Ми сподіваємося, що ви змогли розпочати цю роботу і відчули, що це за відчуття. Важливо, щоб ви навчилися (1) як залишатися в ситуації, (2) як використовувати принципи експозиції для планування вашої роботи з експозицією та (3) вірити, що експозиція спрацює, тобто ви почуватиметеся комфортніше в ситуації. після повторної практики.*

## ***АЛЕ Я ДОСІ НЕ МОЖУ ПЕРЕСТАТИ ДУМАТИ ПРО ЛЕВ***

*Все це знайомство з котями було дуже корисним: ви більше не боїтеся котів, тож відвідуєте друзів, у яких є коти, і можете ходити вулицею, не спостерігаючи за котом через плече.*

*Проте, незважаючи на успіх у подоланні страху перед котями, вас все ще турбують спогади про напад лева. Іноді без попередження, коли ви зайняті своїми справами, образ зубів і кігтів лева просто спливає у вашій пам'яті, і ви раптом відчуваєте страх. Ви можете помітити, що намагаєтесь зайнятися справою, щоб ваш розум не «бездіяв» і не було місця для спогадів. Напад лева все ще дуже яскравий, і відчуття небезпеки все ще переслідує вас. Ви можете сильно переживати за свою безпеку та безпеку тих, кого любите. Тож ви все ще стережіться небезпеки навколо вас.*

*І коли ви спите вночі, вам все ще може снитися, як ви біжите від лева. Що ще гірше, це засмучує те, що ви не можете викинути лева з голови, тому що насправді ви знаєте, що ви більше не в Африці, і що ви цілком тепер у безпеці від лева. Вам навіть може бути соромно, що ви не можете подолати це, або злитися, що воно так довго заволоділо вашим життям. Тож ви намагаєтесь ще більше відкинути спогади та повернутися до свого життя. Але чим більше ви намагаєтесь, тим більше спогадів повертаються, викликаючи страх, розгубленість і виснаження.*

## ***ТОЖ ЩО ТАКЕ УЯВНА ЕКСПОЗИЦІЯ?***

*Як ми вже говорили раніше, чим більше ви намагаєтесь не думати про щось, тим більше це повертається у ваш розум. Якщо ви намагаєтесь не думати про рожевого слона, про що ви думаєте? Чим більше ви підмітаєте речі «під килим», тим більше вони виходять з іншого боку. До цього часу ви знаєте, що уникання часто не дає очікуваних результатів. Це стосується не лише уникнення нагадувань про напад лева, як-от смугасті коти, шуби та леви на телебаченні, але й спогадів (продовження)*

*Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).*

150

*Уявна експозиція (стор. 2 з 3) нападу лева. Уявна експозиція працює так само, як in vivo експозиція, за винятком того, що ви піддаєте себе пам'яті про напад лева замість нагадування про напад. Ви робите це разом зі своїм терапевтом, розповідаючи історію нападу лева крок за кроком, мить за миттю, і розповідаючи про все, що сталося, що ви відчували, про що думали і робили в той час.*

### ***ЦЕ ЗВУЧИТЬ ЖАХЛИВО — ЧОМУ МЕНІ ЦЕ РОБИТИ?***

*Так, уявне опромінення може бути дуже страшним. Більшість людей із посттравматичним стресовим розладом відчують небажання повертати спогади, які вони придушували протягом тривалого часу. Зрештою, було досить погано пережити це, коли це сталося! Тобі пощастило, що ти вижив, тож навіщо тобі думати про те жахливе, що сталося? Деякі люди вважають, що думати про те, що трапилося, ніби знову переживати це знову: перший раз був досить поганим, тож навіщо проходити через це знову? Деякі люди бояться, що вони можуть*

*"мати нервовий зрив" або "збожеволіти", але, як ви дізнаєтесь, це дуже малоймовірно. Насправді, хоча це правда, що емоції людей можуть бути дуже інтенсивними під час виконання цієї роботи, більшість людей виявляють, що вони отримують посилене відчуття контролю від уявного показу. Коли ви дозволяєте собі думати про це, ви дізнаєтесь, що спогад — це лише спогад, і він не може завдати вам шкоди. У вас також є можливість продумати подробиці того, що сталося «новими очима». Ви бачите речі очима того, ким ви є зараз, а не тим, ким ви були під час травми. Це дозволяє вам*

*"обробити" пам'ять і прийти до нового розуміння значення того, що сталося. Можливість «закінчити» «незакінчену справу» дозволяє відкласти її назавжди.*

151

### *Уявна експозиція (стор. 3 із 3) **РОЗУМІННЯ ПАРАДОКС ЕМОЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ***

*Травматичний досвід може викликати відчуття, що ви втратили контроль над своїм життям. Під час травматичної події ви можете відчувати, що втратили контроль над тим, що з вами відбувається. Після події ви можете відчувати, що втратили контроль над своїм розумом. Думки, спогади та емоції, пов'язані з травмою, можуть втручатися у ваше повсякденне життя. Іноді ці емоції можуть здаватися дуже приголомшливими. Ті, хто пережив травму, зазвичай дуже стараються контролювати думки та почуття, відчувати більший контроль над життям. Ми часто думаємо, що відчувати певні емоції є ознакою слабкості або що відчувати емоції небезпечно. Однак спроби контролювати емоції шляхом їх придушення часто мають зворотний результат. Чим більше ви намагаєтеся контролювати такі думки та почуття, тим менше ви можете відчувати, що контролюєте їх.*

*Якщо ви схильні сприймати свої емоції як «проблему», а переживання емоцій як ознаку слабкості, зрозуміло, що ви б не відчувати їх. Насправді емоції мають корисну мету в нашому житті (див. таблицю «Розуміння своїх емоцій» у Роздатковому матеріалі 8.2), і розуміння цієї мети може допомогти вам конструктивно реагувати на події у вашому житті. Крім того, коли ви розумієте мету своїх емоцій, ви можете менше їх лякатися.*

*Відновлення контролю над своїм життям може означати дозволити собі відчувати певні емоції, навіть якщо вони іноді змушують вас почуватися «неконтрольованим». Випробовуючи свої думки про контроль над емоціями, ви можете знайти більш корисні способи думати про емоції.*



**РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 7.4.** Назва запису домашньої практики  
уявної експозиції

Номер пам'яті

Дата

Опис пам'яті для експозиції

- В ідеалі ви повинні щодня практикувати експозицію уяви. Чим частіше ви будете займатися, тим швидше ви помітите результати і менше будете відчувати розлад пам'яті.
- Знайдіть тихе та безпечне місце, щоб прослухати всю касету. (З міркувань безпеки не слухайте касету за кермом автомобіля.)
- Перед початком опромінення введіть свій рейтинг SUDS.
- Не відволікайтеся на інші справи під час прослуховування касети. Дозвольте собі пережити почуття так само інтенсивно, як і під час події, не відволікаючись на інші думки, образи чи дії.
- Дотримуйтесь будь-яких спеціальних інструкцій, наданих вашим терапевтом.
- Коли ви закінчите, введіть свій найвищий рейтинг SUDS під час прослуховування стрічки та свій рейтинг SUDS наприкінці експозиції.

## ВІСІМ

### Когнітивна реструктуризація

Емілія, 22-річна жінка, була направлена на лікування кошмарів. Емілія виросла в люблячій католицькій родині. Наприклад, її батьки не дозволяли жодній зі своїх дочок ходити на побачення або водити машину. Добре навчаючись у середній школі, Емілії дозволили подавати документи до коледжів-інтернатів лише після спільної кампанії благання її батьків. Під час першого семестру навчання Емілії в коледжі однокурсник Деніел запросив її відвідати ексклюзивну вечірку, яку організувала баскетбольна команда. Емілія була дуже підлещена і вирішила піти, хоча знала, що батьки заборонили б їй це робити, якби вона порадилася з ними. Емілія також збрехала своїй матері перед тим, як піти на вечірку, заявивши, що їй довелося припинити їхню телефонну розмову, щоб вона могла вчитися. Даніель підібрав Емілію на своїй машині та відвіз її на вечірку. Він зробив Емілії комплімент, сказавши, як гарно вона виглядає.

Коли вони прибули до квартири, де проходила вечірка, Емілія виявила, що вона єдина запрошена жінка. Тієї ночі незайману Емілію жорстоко згвалтували шестеро студентів. Вона також зазнавала содомізму як орально, так і анально. Коли студенти закінчили, Деніел сказав Емілії «прибратися у ванній», а потім відвіз її додому. Він висадив її в гуртожиток і сказав: «Дякую за гарний час; ти був чудовий. Ласкаво просимо до коледжу».

Протягом наступних кількох тижнів Емілія носила одяг, який приховував її тіло та макіяж, щоб приховати синці, і вона ніколи нікому не розповідала, що сталося. Кілька разів вона стикалася зі своїми кривдниками, і три рази хвалили її за те, що вона є

«такий хороший боець». Емілія кинула коледж під час різдвяних канікул, повернулася до батьків і вступила до місцевого коледжу.

Батьки Емілії сказали їй, що вони раді, що вона «прийшла до тям до того, як сталося щось погане».

Кілька років потому Емілію запросили відвідати її колишню сусідку по коледжу, з якою вона залишилася дружньою. Сусідка по кімнаті була заручена і хотіла, щоб Емілія познайомилася з її нареченим. Вона також хотіла, щоб Емілія була подружкою нареченої на її весіллі. Коли Емілія прибула до квартири своєї подруги, вона виявила, що наречений її подруги був одним із студентів, які її згвалтували. Після блювоти у ванній кімнаті Емілія сказала своїй подрузі, що, на її думку, у неї розвинулося харчове отруєння і їй потрібно повернутися додому. Тієї ночі Емілії почалися кошмари.

157

158

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

### **ЧОМУ МЕНІ СЛІД ВИКОРИСТОВУВАТИ КОГНІТИВНУ РЕСТРУКТУРУ?**

Ви використовуєте когнітивну реструктуризацію, щоб допомогти своїм пацієнтам змінити значення їхніх травматичних подій (Resick & Schnicke, 1993). Дослідження показують, що лише когнітивна реструктуризація може ефективно лікувати ПТСР (Marks et al., 1998). Однак, щоб вирішити емоції та супутні переконання, які не вирішені впливом та психоосвітою, ми зазвичай використовуємо когнітивну реструктуризацію як доповнення до впливу. У багатьох пацієнтів спостерігаються зміни в емоціях, які не викликають тривоги, під час впливу вторинних змін у переконаннях щодо відсутності тривоги. Наприклад, Кейшу згвалтував колишній морський піхотинець. Під час викриття вона зрозуміла, що оскільки її нападник був набагато сильнішим за неї, вона, ймовірно, постраждала б ще більше, якби боролася зі своїм гвалтівником; це призвело до зменшення її провини. Деякі пацієнти, однак, не змінюють своїх переконань під час впливу. Такі пацієнти часто отримують користь від когнітивної реструктуризації, спрямованої на переконання, які викликають не

тривожні емоції, такі як провина, сором і гнів (Jaycox, Zoellner, & Foa, 2002; Kubany et al., 2004; Kubany & Watson, 2002).

Ми також використовуємо когнітивну реструктуризацію для усунення некорисних переконань до початку контакту або коли є вагомі причини відкласти контакт. Наприклад, іноді ми зменшуємо інтенсивність емоції, яка не викликає тривоги, перед початком впливу. Ви можете вибрати цей шлях, якщо здається, що емоція, яка не викликає тривоги, погіршує здатність пацієнта до повного опромінення, або якщо емоція заважає йому або їй відчувати тривогу під час опромінення. Емілія була настільки зосереджена на своєму надзвичайному соромі та провині через те, що її згвалтували, що вони, здавалося, обмежували її відчуття тривоги. Деякі дослідження показують, що когнітивна реструктуризація може бути більш ефективною для зменшення таких емоцій, як сором і провина (Resick et al., 2002). Таким чином, терапевт Емілії намагався зменшити ці емоції перед початком впливу. Сюзі, навпаки, почала лікування через згвалтування, але не змогла зосередитися на своєму тривозі. Натомість вона коливалася між тривогою та сильною люттю. Дослідження та опубліковані тематичні дослідження вказують на те, що сильний гнів може перешкоджати викриттю (Фoa та ін., 1995; Jaycox & Foa, 1996). Таким чином, терапевт припинив вплив і націлив думки, пов'язані з гнівом Сюзі, з когнітивною реструктуризацією. Потім Сюзі успішно завершила експозицію.

Початок з когнітивної реструктуризації або *впливу in vivo* плюс когнітивна реструктуризація також може бути виправданим, якщо пацієнт повідомляє про дуже мало повторних симптомів і/або обмежену пам'ять події. Урсула скаржилася на хронічну низьку самооцінку, дистимію та занепокоєння. Вона повідомила, що завжди знала, що зазнала сексуального насильства від дядька, коли їй було 3 роки, хоча її пам'ять про фактичне насильство була дуже слабкою. Після смерті дядька їй на короткий час снилися кошмари.

Після початку терапії єдиним симптомом повторного переживання, про який вона повідомила, був помірний дистрес після того, як почула пісню, яка нагадала їй про насильство. Її найвиразнішими симптомами

ПТСР були уникнення, ангедонія, оніміння, відчуженість, погана концентрація та дратівливість/гнів. Враховуючи характер симптомів Урсули, її терапевт вирішив почати з *in vivo* впливу та когнітивної реструктуризації. Терапевт Каї також вирішив почати з когнітивної реструктуризації, оскільки Кая не мала чіткої пам'яті свого згвалтування. Поліція вважала, що Кайї дали препарат для згвалтування Рогіпнол. Кайя боялася певних подразників, які, здавалося, були пов'язані зі згвалтуванням; таким чином, її лікування також включало вплив *in vivo*.

Окремо, коли ви помічаєте, що ви схильні почати з когнітивної реструктуризації, радимо запитати себе, чи не вступаєте ви в змову зі своїм пацієнтом у

Когнітивна реструктуризація

159

уникнення впливу. Наприклад, враховуючи жорстокий характер згвалтування Емілії, перш ніж розпочати когнітивну реструктуризацію, терапевт Емілії запитав себе, чи виправдовується вона, щоб уникнути викриття. Декілька клініцистів зізналися нам, що іноді вони хочуть уникнути посттравматичного стресового розладу, тому що це здається недобрим. Терапевти, швидше за все, відчуватимуть бажання уникнути впливу, коли травматичні події здаються особливо жахливими. Під час оцінки Емілія зазначила, що вона була «закривавлена», «жахливо розірвана» і «повсюди були пеніси». Досвідченого психотерапевта Емілії, який займався посттравматичним розладом, турбувала лише оцінка. З огляду на те, що багато пацієнтів із такими ж жахливими травмами швидко одержали користь від опромінення, терапевт справедливо поставила під сумнів свою мотивацію відкласти опромінення. Однак у випадку Емілії терапевт вирішив, що є законна причина відкласти вплив на користь когнітивної реструктуризації, оскільки вона підозрювала, що почуття провини Емілії погіршить її здатність відчувати тривогу під час впливу.

Нарешті, когнітивна реструктуризація може полегшити обробку травматичних подій і розв'язання марних переконань у пацієнтів, які

не можуть або не бажають повністю опромінюватися. Наприклад, Гаррі ставав надзвичайно занепокоєним, а потім емоційно заціпенів щоразу, коли намагався завершити уявну експозицію своєї пам'яті про постріл. Терапевт Гаррі випробував багато стратегій, щоб титрувати завдання впливу, але нічого не спрацювало. Проте Гаррі зміг написати про свій досвід невеликими фрагментами. Він і його терапевт використовували його запис про потік свідомості, щоб визначити безкорисні переконання щодо травми. Гаррі обробив свій травматичний досвід, кинувши виклик своїм переконанням щодо значення своєї травми.

## **ЩО ТАКЕ КОГНІТИВНА РЕСТРУКТУРА?**

Когнітивна реструктуризація вчить пацієнтів систематично замінювати некорисні думки більш корисними та реалістичними думками (див. Роздатковий матеріал 8.1). На основі когнітивної моделі депресії, розробленої Беком (1976), когнітивна реструктуризація передбачає, що те, як ми інтерпретуємо події у світі, впливає на нашу емоційну реакцію на ці події. Наприклад, якщо ваш друг Гері запізнився на вечерю на 45 хвилин, ви можете подумати: «Гері, мабуть, потрапив у аварію». Крім того, ви можете подумати,

"Гері настільки неуважний, що вважає за потрібне спізнюватися на 45 хвилин. Він справді мав подзвонити». Може виникнути інша думка: «Я, мабуть, сказав Гері піти в інший ресторан. Мабуть, він там чекає. У цій плутанині я винен». Якби ви інтерпретували запізнення Гері за допомогою першого прикладу, ви, ймовірно, були б занепокоєні. Друге тлумачення, ймовірно, породило б гнів, а третє — провину. Об'єктивна ситуація не змінилася, але ваша емоційна реакція змінюється залежно від вашої інтерпретації.

Враховуючи припущення, що те, що ми думаємо, безпосередньо впливає на нашу емоційну реакцію, впливає, що внесення *суттєвих* змін у наше мислення змінить наші почуття. Однак суттєво змінити мислення часто буває важко. Багато людей також припускають, що когнітивна реструктуризація вчить людей мислити позитивно (наприклад, «Я впевнений, що з Гері все в порядку, і мені немає

причин засмучуватися»). Терапевти КПТ часто називають такий тип мислення «полліанівським», і це не ваша мета.

Натомість ви хочете навчити своїх пацієнтів використовувати когнітивну реструктуризацію для створення більш збалансованих і точних висновків, які загалом є більш корисними та часто складнішими, ніж їхні звичні способи мислення.

160

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

Як ми зазначали в розділі 2, різні когнітивні теорії та методи лікування використовують різну термінологію та конструкції (думки, переконання, схеми, оцінки тощо) для опису когнітивних процесів пацієнтів. Усі моделі когнітивних процесів певною мірою є метафоричними (Гертель, липень 2002 р., особисте спілкування). Таким чином, клінічно не важливо розмежовувати моделі та різну термінологію. У цьому розділі ми переважно використовуємо терміни «думки» та «переконання». Ми вважаємо за краще описувати думки, які сприяють негативним афектам або підтримці ПТСР, як «некорисні», «упереджені» або «проблематичні» замість «ірраціональних», «дисфункціональних», «помилкових», «дезадаптивних» або «недостатніх». Деякі пацієнти, чутливі до визнання недійсними, здається, вважають такі терміни, як «некорисний» або «проблематичний», менш недійсними.

Іноді ми вважаємо корисним розрізняти думки та переконання (Бек та ін., 1979; Фоа та Ротбаум, 1998). «Думки» можна концептуалізувати як фактичні думки, які виникають у ваших пацієнтів під час конкретних ситуацій. «Переконання» — це більш загальні припущення (або більш поширені думки), яких дотримуються ваші пацієнти. Зазвичай вам не потрібно визначати, чи є тлумачення думкою чи переконанням. Розрізнення здебільшого корисне для усвідомлення того, що базові переконання про світ і себе можуть забезпечити основу для підтримки конкретних думок. Таким чином, оскарження думки, яку легко ідентифікувати, іноді є безрезультатним, тому що пацієнту потрібно звернутися до більш фундаментального переконання, яке підтримує

початкову думку. Наприклад, Емілії було важко кинути виклик думці: «Я брудна». Опитування показало, що Емілія вірила, що погані речі трапляються з людьми, які не є доброчесними. Таким чином, Емілія не тільки вважала, що зґвалтування «забруднило» її, але й що її зґвалтували, тому що вона вже була «негідною», «аморальною» та «нечистою» через те, що її привабив Даніель і їй лестила його увага.

### **Шість кроків когнітивної реструктуризації: огляд**

Когнітивна реструктуризація складається з шести основних кроків (див. Роздатковий матеріал 8.2). На першому етапі пацієнти визначають ситуацію, в якій вони переживали. Далі пацієнти намагаються на другому кроці визначити конкретні емоції, викликані ситуацією, і оцінити інтенсивність цих емоцій за тією ж шкалою від 0 до 100 балів, яка використовувалася під час експозиції. Третій крок включає визначення думок, пов'язаних з негативними емоціями, і оцінку ступеня віри пацієнтів кожній думці. Часто їх описують як

«автоматичні думки», тобто швидкі думки, які виникають без наміру чи усвідомлення (Beck et al., 1979). Виявлення автоматичних думок може бути складним завданням. Вам може бути корисним навести приклад (наприклад, запізнення Гері), щоб пацієнти зрозуміли, як думки сприяють виникненню негативних емоцій. Після того, як відповідні думки були викликані, ви та ваш пацієнт обираєте одну думку, яку потрібно оскаржити та змінити. Деяким пацієнтам також може бути корисно почати з домашнього завдання, яке зосереджується лише на ідентифікації думок (на відміну від ідентифікації *та* змінених думок; дивіться автоматичний журнал думок у роздатковому матеріалі 8.3), як початковий крок у навчанні когнітивної реструктуризації.

Четвертий крок передбачає збір доказів, які підтверджують цю думку (тобто *доказів для*), і доказів, які не підтверджують її (тобто *докази проти*). Це також може включати визначення альтернативних інтерпретацій ситуації, запитання, чи мав би пацієнт таке ж тлумачення, якби хтось інший опинився в такій самій ситуації, та дослідження наслідків цієї думки. Після того, як ви зібрали всі дані avail-



інформації, ваш пацієнт генерує раціональну або корисну відповідь на п'ятому кроці.

Спочатку багатьом пацієнтам важко це зробити, і вони вважають, що використання формули допомагає почати. Формула, яку ми використовуємо, передбачає початок із певного факту з розділу *доказів для* (часто із передмовою словами «Хоча» або «Хоча») і пов'язуючи це з інформацією з розділу *докази проти*, часто за допомогою слів «ще» або

"насправді". Під час цього кроку пацієнти оцінюють, наскільки вони вірять у відповідь.

Нарешті, ваші пацієнти повторюють усі негативні емоції на шостому кроці.

Деяким пацієнтам потрібно провести поведінковий експеримент, щоб отримати докази, які підтверджують або спростовують їхні думки. Раціональна реакція також може включати визнання необхідності поведінкового експерименту, який для пацієнтів включає в себе щось зробити, щоб з'ясувати, що відбувається в результаті їхніх дій. Вплив можна частково концептуалізувати як поведінковий експеримент, який демонструє, що пацієнти здатні терпіти думки про подію та що їхня тривожність зменшується. Інші поведінкові експерименти також можуть бути корисними. Кайя вірила, що батько відмовився б від неї, якби дізнався, що вона була згвалтована. Під час когнітивної реструктуризації Кая вирішила, що наявні докази були дещо неоднозначними щодо потенційної реакції її батька. Вона дійшла висновку, що краще дізнатися, як він відреагує, а не продовжувати розмірковувати про його можливу реакцію.

Багато пацієнтів, які вивчають когнітивну реструктуризацію, відчують це розчаруванням. Дійсно, незважаючи на всю клінічну стурбованість щодо труднощів завершення експозиції, багато пацієнтів

із посттравматичним стресовим розладом мають однакові труднощі з когнітивною реструктуризацією. Таким чином, може бути корисно заздалегідь попередити пацієнтів про проблеми, пов'язані з навчанням мислити інакше. Деякі пацієнти добре реагують на метафори спорту або музичних інструментів. Наприклад, пояснюючи Кайї когнітивну реструктуризацію, терапевт спирався на досвід Кайї як танцівниці. Зокрема, вона запитала Кайю, чи був у неї новий інструктор з танців, який хотів змінити її танці (наприклад, як вона розставляла ноги чи рухала своїм тілом). Після того, як Кая відповіла «так», терапевт запитав, чи Кая спочатку вважала це незграбним і повільним танцювати новий спосіб порівняно зі старим. Кая знову погодилася. Терапевт сказав Кайї, що вона може відчувати ту саму незручність і повільність, коли навчиться думати по-іншому.

Навіть із такою підготовкою багато пацієнтів повертаються після своїх початкових зусиль щодо когнітивної реструктуризації з чистими аркушами домашніх завдань. Часто це розчарування може підживлювати самознищення; ваш пацієнт може сказати: «Бачите, це доводить, наскільки я дурний» або «Я повинен бути в змозі це зробити. Це показує, який я невдаха». Коли це станеться, негайно використовуйте ці думки для наступного прикладу когнітивної реструктуризації; такі думки, як правило, відносно легко оскаржити, і результатом є формулювання самоперевіряючої відповіді.

**Випадок Емілії: зразок діалогу з шести кроків** Як зазначалося раніше, терапевт Емілії вирішив почати з когнітивної реструктуризації через крайнє почуття провини Емілії, і сором. Емілія прийшла на цей сеанс дуже засмучена після того, як отримала дзвінок від свого колишнього сусіда по кімнаті, який викликав настирливі спогади про її зґвалтування.

### ***Представлення когнітивної реструктуризації***

Перш ніж почати когнітивну реструктуризацію, надайте огляд обґрунтування.

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

ТЕРАПЕВТ: Здається, у вас був справді важкий тиждень після того телефонного дзвінка.

ЕМІЛІЯ: Так. Я почуваюся таким огидним, таким брудним. Я не можу перестати думати про те, що сталося. Хотілося б, щоб я не був таким дурним і не пішов на ту так звану вечірку. Якби я просто зробив те, що хотіли мої батьки, я був би добре. Нічого з цього ніколи б не сталося. Я хотів би повернутися назад і зробити інший вибір. Цього разу я б зробив це інакше. Я б слухав своїх батьків.

ТЕРАПЕВТ: Я бачу, що це було дуже важко. Тож давайте подивимося, чи зможемо ми допомогти вам впоратися з тим, що сталося. Ви пам'ятаєте, коли ми говорили про те, як навчитися змінювати своє мислення? Ми говорили про це, коли я розглядав, що ми будемо робити в терапії.

ЕМІЛІЯ: Я пам'ятаю.

ТЕРАПЕВТ: Здається, це вдалий час, щоб почати це. Ми будемо використовувати стратегію під назвою

"когнітивна реструктуризація". Ви побачите, що це допоможе впоратися з деякими з цих почуттів, які виникли в результаті згвалтування. Отже, перше, про що слід пам'ятати за допомогою цієї стратегії, це те, що мета полягає в тому, щоб допомогти вам змінити своє мислення, що допоможе вам змінити свої почуття. Я хочу пояснити, що ми не прагнемо зробити все ваше мислення позитивним або щоб ви почали думати як Полліанна.

ЕМІЛІЯ: Добре, я не думаю, що це буде працювати надто добре. Я ніяк не можу повірити, що все сонячно.

ТЕРАПЕВТ: Ви абсолютно праві. Підхід до позитивного мислення не дуже добре працює. Замість цього ми збираємося навчити вас думати максимально реалістично та корисно. Дозвольте мені використати

приклад, щоб пояснити. Уявіть, що ваша найкраща подруга (я думаю, ви сказали, що її звати Аманда) не дзвонила вам протягом 3

тижн. Як би ви себе почували?

ЕМІЛІЯ: Дуже хвилююся.

ТЕРАПЕВТ: Чому? Що б ви думали?

ЕМІЛІЯ: Що з нею щось сталося. Батьки Аманди легковажні, і вони ніколи не згадають подзвонити мені. Вона могла бути в лікарні.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Отже, в цьому випадку ви думаєте, що з нею трапилося щось погане, і тоді відчуваєте занепокоєння. Як ви думаєте, що б ви відчували, якби подумали, що Аманда знайшла нових друзів і більше не хоче бути вашим другом?

ЕМІЛІЯ: Мені було б дуже сумно, справді боляче.

ТЕРАПЕВТ: А що б ви відчували, якби думали, що новий хлопець Аманди навмисно відрізає її від інших друзів?

ЕМІЛІЯ: Я б справді розлютилася на нього. І злий на Аманду за те, що вона така дурна.

ТЕРАПЕВТ: Так. А що, якби ви подумали: «У Аманди зараз багато роботи. Якщо вона не дзвонить, вона, мабуть, дуже зайнята роботою. Вона подзвонить мені, як тільки матиме час».

ЕМІЛІЯ: Гадаю, я була б добре. Нічого не відчуваю.

ТЕРАПЕВТ: У всіх цих прикладах ситуація залишається незмінною. Аманда не дзвонила тобі 3 тижні. Проте ваша емоційна реакція залежить від того, як ви інтерпретуєте ситуацію. Таким чином, якщо ми змінимо те, як ви думаєте, ми змінимо і ваші почуття.

Когнітивна реструктуризація

ЕМІЛІЯ: Я розумію. Але бажаю удачі, змінивши моє ставлення до того, що зі мною сталося.

ТЕРАПЕВТ: Вам може здатися неможливим змінити свої думки про ваше зґвалтування. Вони можуть здаватися просто правдою про те, що сталося. Незважаючи на це, ваші думки про зґвалтування можуть не допомогти вам впоратися з тим, що сталося. І, можливо, у вас не було нагоди зупинитися, подивитися на них і побачити, наскільки добре вони відображають реальність. Зрештою, якщо ви думали, що зґвалтування сталося вашою провиною, може бути дуже неприємно відчувати почуття провини, яке приходить із цим. Таким чином, ви можете спробувати витіснити ці думки зі свого розуму. Проте, звертаючи увагу на своє мислення, ми можемо навчитися помічати проблеми в нашому мисленні та замінювати марні думки більш корисними.

ЕМІЛІЯ: Я справді не можу уявити, як я могла думати інакше.

ТЕРАПЕВТ: Що ж, давайте спробуємо пройти кроки техніки та подивимося, як вона працює.

ЕМІЛІЯ: Добре. Я спробую.

На малюнку 8.1 наведено деякі пункти, які слід включити у своє обґрунтування. Суть обґрунтування полягає в тому, щоб переконати ваших пацієнтів у тому, що навчитися боротися з марними думками варто. Щоб підвищити переконливість обґрунтування, зробіть його інтерактивним і адаптуйте до кожного пацієнта. Щоб ваше обґрунтування було переконливим, обов'язково включати всі пункти на малюнку 8.1. Однак, якщо ви відчуваєте, що пацієнт не проданий когнітивною реструктуризацією, подумайте, чи були пропущені деякі важливі моменти для цього пацієнта, чи є інші способи зробити ці моменти. Роздатковий матеріал 8.1, який підсумовує обґрунтування когнітивної реструктуризації, не є заміною для обговорення обґрунтування. Однак огляд пацієнтів підсилює вашу дискусію. Ви також можете виявити корисним повернутися до деяких обґрунтувань протягом когнітивної реструктуризації. Наприклад, якщо пацієнтам

важко розпізнати свої думки, переконайтеся, що думки важко помітити, оскільки вони дуже автоматичні.

### ***Кроки 1 і 2***

Зазвичай вам буде легше навчати когнітивної реструктуризації, проводячи пацієнта через стратегію (як описано в роздатковому матеріалі 8.2). Роздатковий матеріал 8.4 є зразком 1. Те, як ви думаєте, впливає на те, як ви почуваетесь та дієте.

2. Травматичний досвід може вплинути на ваші думки про себе та світ.
3. Зазвичай ми не усвідомлюємо своїх думок.
4. Багато думок автоматичні та звичні.
5. Ми часто не усвідомлюємо цих думок, і вони можуть викликати страждання.
6. Вірити в істинність думки не означає автоматично, що вона є такою.
7. Думки, пов'язані з вашою травмою, схильні бути марними.
8. Ви можете уникати зосередження на автоматичних думках.
9. Звертаючи увагу на свої думки, ви можете виявити проблеми у своєму мисленні.
10. Ви можете навчитися мислити більш збалансовано та корисно.

**РИСУНОК 8.1.** Пункт, який слід включити в обґрунтування когнітивної реструктуризації.

164

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

робочий аркуш для когнітивної реструктуризації (змінено з Beck et al., 1979, p. 403). Ми віддаємо перевагу цій версії, оскільки вона надає

більш детальну інструкцію пацієнтам із ПТСР

буде корисним, коли ви намагаєтеся заповнити форму самостійно. Він також надає достатньо місця для визначення доказів за та проти думки або інших викликів цій думці.

Записування фактів і відповідної інформації полегшує побудову корисної відповіді на марну думку, тому що письмово зберігає інформацію впорядкованою та доступною для перегляду. Письмо також допомагає пацієнтам зосередитися на завданні.

Деякі пацієнти можуть бути стійкими до практики когнітивної реструктуризації спочатку письмово. Однак ми рекомендуємо використовувати роздатковий матеріал 8.4 принаймні кілька тижнів. Повідомте пацієнтів, що мета полягає в тому, щоб зрештою здійснити процес у їхній голові, але спочатку письмо допомагає більшості людей організувати та вивчити процес, доки вони не освоять його.

Роздатковий матеріал 8.2 детально розглядає етапи когнітивної реструктуризації та може бути використаний для закріплення тез, зроблених під час сесії.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Почнемо з цієї першої коробки. Це ситуація, яка викликала ваше страждання. Яка ситуація справді зробила цей тиждень поганим для вас?

ЕМІЛІЯ: Той телефонний дзвінок від моєї колишньої сусідки по кімнаті, а потім спогади.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож чому б вам не записати це прямо тут, у цьому першому полі.

[ Коментар: зазвичай ви хочете, щоб ваші пацієнти записували інформацію під час когнітивної реструктуризації. Письмо змушує пацієнтів бути більш активними учасниками процесу. Крім того, коли пацієнти практикують реструктуризацію вдома, їм потрібно буде писати. Лише в окремих випадках ми пишемо. Наприклад, якщо пацієнт надзвичайно не бажає брати участь у когнітивній

*реструктуризації, інколи ми вважаємо корисним почати писати, тоді передати його нашому пацієнту.]*

ТЕРАПЕВТ: Які емоції ви відчували після того, як вам зателефонували: божевілля, смуток, радість, провина, сором, тривога?

*[ Коментар: спочатку вам може бути корисно попередити пацієнтів про можливі емоції. Якщо ваш пацієнт має особливі труднощі з розпізнаванням і позначенням різних емоцій, ви можете знайти час, щоб переглянути таблицю «Розуміння своїх емоцій» у роздатковому матеріалі 8.2. ]*

ЕМІЛІЯ: Дуже соромно і винна. Мабуть, я теж хвилювався.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож запишіть у цьому полі «сором, провину та тривогу». За шкалою від 0 до

100, скільки сорому тобі було?

ЕМІЛІЯ: О, 95.

ТЕРАПЕВТ: А провина?

ЕМІЛІЯ: Це 100. Це була моя вина. Я ніколи не повинен був йти.

ТЕРАПЕВТ: Як щодо тривоги?

ЕМІЛІЯ: Це було досить погано, але не так погано, як два інших. Можливо, 45.

Кроки 1 і 2 прості. Незважаючи на це, пам'ятайте про потенційні проблеми, пов'язані з цими кроками, особливо з кроком 2. Як було зазначено раніше, певні типи думок зазвичай викликають певні емоції. Думки про небезпеку чи щось таке

Когнітивна реструктуризація



погані події викликають страх. Оскільки провина обумовлена переконаннями, що людині слід було поводитися інакше, Кубані та Уотсон (2003) розрізняють сором і провину, хоча вони часто розглядаються як тісно пов'язані між собою (Foa & Rothbaum, 1998, стор. 177). Сором включає думки, які знецінюють людину. Такі думки часто виражаються як твердження «я відчуваю себе» (наприклад, «я відчуваю себе брудним», «я заплямований», «я почуваюся нікчемою»; Kubany & Watson, 2003, стор. 70). Переконавання в гніві зазвичай зосереджуються на несправедливості чи неправильності ситуації. Нарешті, думки про втрату та неймовірність покращення справ часто викликають смуток і безнадійність. Розуміння зв'язку між конкретними думками та супутніми емоціями є важливим, тому що виклик гніву може змінити або не змінити сором. Однак одна ситуація, наприклад телефонний дзвінок Емілії, може викликати безліч емоційних реакцій, спричинених низкою різних думок. Це породжує дві можливі проблеми.

По-перше, пацієнти, які очікують значного зменшення всіх негативних емоцій на основі оскарження однієї думки, можуть бути розчаровані, і це може зменшити прихильність.

Таким чином, важливо викликати *специфічні* емоції разом із їх інтенсивністю, щоб пацієнти могли побачити, як їхній гнів різко впав після того, як вони успішно кинули виклик думці про несправедливість ситуації, хоча їхній сором не зменшується. Необхідність пов'язувати певні типи мислення з конкретними емоціями може бути більш важливою для пацієнтів із ПТСР, ніж для пацієнтів з іншими тривожними розладами чи депресією. Наприклад, хоча пацієнти з панічними розладами можуть відчувати сором за відсутність функціонування, головним завданням когнітивної реструктуризації в лікуванні паніки є виклик мислення, пов'язаного з тривогою. Рідко один випадок одночасно викликає дуже сильну тривогу, гнів, сором і провину у пацієнтів з панікою. Однак це зазвичай трапляється з пацієнтами з посттравматичним стресовим розладом і може створювати проблеми для необізнаних терапевтів. Ми спостерігали, як досвідчені когнітивні терапевти, які новачки стикаються з посттравматичним стресовим розладом, спотикаються з

когнітивною реструктуризацією, тому що вони не були готові до широкого діапазону інтенсивних емоцій і думок, викликаних однією ситуацією. Отже, іноді їм не вдавалося допомогти своїм пацієнтам пов'язати мислення, пов'язане з соромом, з емоцією сорому тощо. У результаті, коли пацієнти відчували зменшення лише однієї емоції, але все ще інтенсивно відчували інші, вони вважали, що когнітивна реструктуризація не працює, навіть коли вона працювала. Роздатковий матеріал 8.5 є корисним інструментом, який допоможе багатьом пацієнтам навчитися визначати типи конкретних думок, які можуть лежати в основі їхніх конкретних емоцій.

По-друге, пацієнтам також може бути важко визначити зменшення певних емоцій, коли вони повідомляють про інтенсивність свого глобального дистресу, який можна концептуалізувати як суму всіх негативних емоцій. Таким чином, вони можуть не відчувати переваги успішної когнітивної реструктуризації, коли викликана думка пов'язана лише з однією емоцією. Наприклад, Джоел успішно кинув виклик переконанню «автомобільна аварія сталася лише з моєї вини» і замінив його на «хоча я міг би вчасно відреагувати, якби їхав повільніше, 16 інших водіїв потрапили в аварію на цій ділянці дороги через лід. Навіть якби я все зробив правильно, напевно, все одно потрапив би в аварію».

Хоча Джоел повідомив, що вірить своїй новій думці на 100%, він не відчув жодного зменшення почуття провини. Опитування виявило, що Джоел змішав гнів і смуток у своєму початковому SUDS-рейтингу «провини» 100. Коли він розділив провину та гнів, він виявив, що його SUDS-рейтинг провини помітно знизився до 20, але його рейтинг гніву все ще залишався 100, другорядним. на його переконання, що місто мало б розмістити попередження, посипати дорогу сіллю та краще очищати сніг. Його смуток про мертву собаку також не змінився.

166

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

Багатьом пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом, особливо тим, хто зазнав жорстокого поводження в дитинстві, важко

визначити та позначити конкретні емоції. Рідко такі пацієнти спонтанно формулюють цю проблему, і вони можуть вдавати, що розуміють, коли ви обговорюєте конкретні емоції за звичкою. У таких випадках ви можете не визначити їх нездатність розрізняти різні емоції, доки вони не відреагують ні на когнітивну реструктуризацію, ні на вплив.

Деякі з цих пацієнтів можуть дізнатися про конкретні емоції, пов'язуючи назви емоцій із відповідними потягами (Linehan, 1993a, 1993b; див. роздаткові матеріали 8.2 і 8.5). Наприклад, навчити Джоеля, що почуття провини пов'язане з бажанням виправитися (наприклад, Джоел мав сильне бажання вибачитися перед своєю дружиною, яка сильно постраждала в аварії), і що гнів пов'язаний із бажанням напасти (наприклад, Джоел повідомив про бажання «побити дурня, який не стежив за льодом на дорозі») допоміг Джоелю відокремити гнів від провини.

Деяким пацієнтам, однак, може знадобитися додаткова робота над цією проблемою. У таких випадках можуть допомогти стратегії DBT (див. Розділ 9).

### ***Крок 3***

Крок 3 передбачає визначення думок, які виникли в ситуації.

ТЕРАПЕВТ: Давайте з'ясуємо, які думки призвели до цих емоцій. про що ти думав

ЕМІЛІЯ: Ну, що я щойно сказала. Це була моя вина. Я повинен був послухати, що сказали б мої батьки, і залишитися вдома.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте почнемо з цього і запишемо це. Чому б вам не написати «згвалтування сталося лише з моєї провини», щоб ми були справді конкретними. добре. А тепер запишіть

«Мені слід було послухати, що сказали б мої батьки, і залишитися вдома».

Що ви ще подумали?

[ Коментар: терапевт моделює, як думки артикуються з метою виклику.]

ЕМІЛІЯ: Я брудна, і ніколи більше не буду чистою.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож запишіть кожен із них. Що ще?

ЕМІЛІЯ: Я не можу піти на те весілля, тому що це небезпечно. І я засмучений тим, що не сказав про це своїй сусідці по кімнаті. А якщо він завдасть їй болю? Я такий слабкий. Я мав би змогу їй сказати.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте також це все запишемо. Ви сказали: «Я не можу піти на весілля, бо це небезпечно». Давайте також запишемо, що «я повинен розповісти своєму сусідові по кімнаті, що сталося, щоб він не зробив їй боляче». Вам це здається правильним?

[ Коментар: Терапевт припускає, що думка, яка викликає страждання Емілії щодо її сусіда по кімнаті, є думкою, що < /i> вона повинна розповісти сусідці по кімнаті. Вона перевіряє це з Емілією, щоб пересвідчитися, що вона не витлумачила неправильно.]

ЕМІЛІЯ: Так, я повинна сказати їй це заради її безпеки.

ТЕРАПЕВТ: Добре, останнє ви сказали. Ти пам'ятаєш?

ЕМІЛІЯ: Ні.

*Когнітивна реструктуризація*

167

ТЕРАПЕВТ: Хіба це не було «я такий слабкий»?

ЕМІЛІЯ: Я. Я слабкий. Я такий слабкий, що піддався спокусі замість того, щоб послухати батьків. І через це мене згвалтували. Я такий жалюгідний.

*ТЕРАПЕВТ: Тож давайте також напишемо «Я слабкий», а також «Я такий жалюгідний».*

*У цьому розділі висвітлюється корисність запису думок на папері. Емілія демонструє загальну тенденцію швидко перекидатися від однієї негативної думки до іншої, а потім знову. Запис її думок на папері допомагає зафіксувати думки, щоб їх можна було акуратно розібрати, одну за одною.*

*Терапевт зауважив, що Емілія багато разів протягом кожного сеансу заявляла, що зітталування сталося «моєю провиною». Вона вирішила, що Емілії потрібно якомога швидше оскаржити цю думку. Вона також помітила, що тлумачення Емілії про те, що зітталування було її виною, здавалося, пов'язане з її переконанням, що вона повинна була зробити те, чого хотіли б її батьки. Емілія майже завжди пов'язувала ці два твердження. Виходячи з історії Емілії (тобто її суворого виховання), терапевт висунув гіпотезу, що Емілія вважала, що мала зробити те, чого хотіли б її батьки, не лише через зітталування, а й через те, що вона мала глибоке переконання щодо важливості слухати своїх батьків. Терапевт також висунув гіпотезу, що це переконання є частиною інфраструктури, яка підтримує думку моя вина.*

*Таким чином, демонтаж інфраструктури може допомогти Емілії оскаржити думку про мою вину .*

*Однак, незважаючи на наявність цієї гіпотези, терапевт все ще не вирішив, яка думка є найкращою початковою думкою (тобто Емілії може бути корисно випробувати одну або дві інші думки, перш ніж братися за моя вина думав). Тому вона вирішила дослідити переконання Емілії щодо її батьків, щоб вони з Емілією могли прийняти більш обґрунтоване рішення.*

*ТЕРАПЕВТ: Тепер я хотів би повернутися до одного з ваших попередніх тверджень. Ви сказали, що повинні були зробити те, чого хотіли б ваші батьки. чому*

*ЕМІЛІЯ: Ну, по-перше, якби я зробила те, що вони хотіли, мене б не згвалтували. Я б просто більше вчився. Мені справді варто було їх послухати.*

*ТЕРАПЕВТ: Чи слід робити лише те, що хочуть батьки, якщо щось інше має поганий результат? Іншими словами, припустимо, ви пішли на вечірку і добре провели час. Ви б все ще думали, що повинні були зробити те, що хотіли б ваші батьки?*

*ЕМІЛІЯ: Добре. Можливо, я б не почувався так сильно, але так. Я все одно почувався б винним за те, що збрехав своїй матері та не дотримувався її вчень.*

*ТЕРАПЕВТ: Здається, це виходить за рамки просто цієї ситуації. Здається, ви вірите в важливість дотримання вчень своїх батьків.*

*ЕМІЛІЯ: Так. Ваші батьки – ваш авторитет. Вони навчають вас цінностям. Я повинен завжди робити те, що кажуть мої батьки або те, що вони хочуть, щоб я робив.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, давайте запишемо це. Що про вас говорить те, що ви не зробили того, чого хотіли б ваші батьки?*

*ЕМІЛІЯ: Це означає, що я слабка і не маю хороших цінностей. Я не хороша людина.*

168

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Отже, давайте підсумуємо це. «Щоб бути хорошою людиною, я повинен робити те, що хочуть мої батьки». Це точне твердження для вас?*

*ЕМІЛІЯ: Абсолютно.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, давайте повернемося назад і оцінимо, наскільки ви вірите цим думкам. Ми настільки захопилися ідентифікацією думок,*

*що забули їх оцінити. Почнемо з вашої думки: «Це була моя вина». Наскільки ви вірите, що це правда?*

*Може бути важко визначити, яка думка є хорошою першою думкою для оскарження.*

*Кілька факторів допоможуть вам вирішити це питання. По-перше, на початку лікування може бути корисно звернути увагу на думки, які здається, відносно легко оскаржити. Успіх у когнітивній реструктуризації допомагає мотивувати пацієнтів виконувати це іноді складне завдання. Зазвичай ви також не хочете починати оскаржувати думки, які значною мірою підтверджені доказами. Такі думки здебільшого оскаржуються, зосереджуючись на наслідках утримання думки, більш складній стратегії для вивчення більшості пацієнтів. Крім того, на початку когнітивної реструктуризації в ідеалі ви хочете, щоб пацієнти виявили, що деякі думки явно не підтверджуються фактами.*

*По-друге, ви можете зосередитися на критично важливих думках, які, на вашу думку, принесуть вам «найбільшу віддачу від ваших грошей». По-третє, подумайте про те, щоб поставити під сумнів основні переконання, тому що пацієнти іноді думають, що дана думка має повний сенс, оскільки вона логічно випливає з глибоко укорінених переконань. Нареши́ті, використовуйте оцінки, щоб допомогти вам вибрати думку. Наприклад, якщо пацієнт повідомляє, що він або вона оцінює віру в чотири думки на відносно низький рівень, а в одну – дуже сильно, ви можете вирішити поставити під сумнів тверду думку.*

*Скористайтесь тими самими вказівками, щоб вирішити, чи потрібно вам визначити основні переконання. Якщо вам важко кинути виклик автоматичним думкам через переконання, що лежать в основі, визначте та оскаржте ці переконання. Проте в інших ситуаціях ви можете успішно кинути виклик більш очевидним думкам, і зробити це може бути легше та швидше, ніж кинути виклик основоположним переконанням. Глибоко вкорінені переконання також іноді змінюються самі по собі через зміни поведінки, які є результатом складних автоматичних думок. Наприклад, Джордж вважав, що він хороша людина лише тоді, коли нікого не злить.*

*В результаті оскарження його конкретної думки: «Я не повинен не погоджуватися зі своїм босом»,*

*Джордж поступово змінив свою поведінку, і ця зміна поведінки змінила його основні переконання.*

*Тепер перед терапевтом Емілії стояв вибір. Емілія визначила ряд важливих думок і переконань, багато з яких вона використовувала, щоб підтримувати одне одного. Терапевт Емілії визначив два шляхи, які можуть бути дуже корисними. По-перше, вона могла оскаржити думку про мою провину з точки зору спроби отримати докази проти </i> уявлення про те, що лише Емілія винна. Іншими словами, вона могла б допомогти Емілії перекласти частину провини на своїх гвалтівників. Крім того, вона могла б подолати переконання Емілії щодо слухання батьків, оскільки Емілія використала це переконання як доказ того, що вона могла запобігти згвалтування. Зрештою, психотерапевт спочатку обрала попередній шлях, тому що вона думала, що зможе змінити думку Емілії про мою провину, навіть не кидаючи виклик її батьківській вірі, і що це може відносно швидко пом'якшити почуття провини. Крім того, вона припустила, що переконання батьків буде важче оскаржити.*

*Немає правильних відповідей у виборі думки для оскарження, хоча іноді ви можете зробити висновок, що вибрали неправильну відповідь. Наприклад, коли ваш пацієнт*

*Когнітивна реструктуризація*

*169*

*бореться, або коли думка здається заплутанішою, чим більше ви над нею працюєте, у вас є два варіанти. Ви можете продовжувати оскаржувати оригінальну думку та замінити її трохи більш функціональною думкою. Крім того, ви можете сказати своєму пацієнту, що було б краще спочатку розглянути іншу думку. Іншими словами, визнайте, що ви спочатку не вибрали найкращий шлях і що інший шлях може спрацювати краще. Потім поверніться до початкової думки.*



*Терапевт міг здогадатися про батьківські переконання Емілії. Натомість вона намагалася викликати переконання за допомогою запитань. Когнітивну реструктуризацію найкраще проводити в сократівському стилі, коли ви використовуєте запитання, щоб допомогти своїм пацієнтам відкрити нові значення та переконання. Використання сократівського стилю допомагає вам уникнути суперечок зі своїми пацієнтами, навіть якщо їхні переконання здаються вам нелогічними та несправедливими.*

#### **Крок 4**

*Терапевт Емілії вирішив почати з думки моя вина . Однак вона не сказала Емілії, що вони почнуть із цієї думки. Тож, підкріпивши Емілію за хороше виконання перших трьох кроків, терапевт представив цю ідею запитанням.*

*ТЕРАПЕВТ: Гаразд, нам є над чим попрацювати, тому що ви добре впоралися з кроком 3.*

*Іноді цей крок справді складний, але ви справилися з ним дуже добре.*

*ЕМІЛІЯ: Дякую, але подивіться на все це. Не дивно, що я почуваюся лайном.*

*ТЕРАПЕВТ: Це досить грубі думки. У вас є думка, з якої ви дійсно хотіли б почати?*

*ЕМІЛІЯ: Я не знаю, з чого почати.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, а як щодо того, щоб почати звідси, з думкою, що в згвалтуванні ти винен? Ця думка, здається, виникає у вас досить часто, і це, здається, дуже засмучує.*

*ЕМІЛІЯ: Добре.*

*ТЕРАПЕВТ: Тоді давайте обведемо цю думку, щоб ми могли зосередитися на ній. Тепер перейдемо до цієї колонки. Тут ми починаємо кидати виклик вашій думці. Ми збираємося збирати докази*

*на користь та проти вашої думки. Ви можете думати про це двома способами.*

*По-перше, ми діятимемо як науковці та почнемо знаходити факти, які підтверджують і суперечать вашим переконанням. А ми просто зосередимося на фактах. Ви також можете думати про це так, ніби ми юристи, які представляють факти у справі. Одна з речей щодо фактів полягає в тому, що їх справді не можна сперечатися, якщо хтось не поводить ся нерозсудливо. Наприклад, загальноновизнаним фактом є те, що світ круглий.*

*Більшість людей погодиться, що ми не можемо сперечатися з цього приводу. правильно?*

*ЕМІЛІЯ: Так.*

*ТЕРАПЕВТ: Це те, що ми шукаємо. Факти. Ми почнемо з фактів або доказів, які підтверджують вашу віру. Я припускаю, що ви розумна людина і вірите у те, у що вірите, з поважної причини. Нам потрібно знайти цю причину. Отже, у верхній частині цієї колонки напишіть «докази», тобто f, o, r. . . . Які докази підтверджують ваше переконання, що зґвалтування сталося з вашої вини?*

*ЕМІЛІЯ: Якби я зробила те, чого хотіли б мої батьки, я б цього не зробила*

*170*

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*Я пішов на вечірку, і якби я не пішов, мене б не зґвалтували тієї ночі.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Тепер ми знаємо на 100%, що б сталося, якби ти залишився вдома тієї ночі? Іншими словами, чи знаємо ми, чи міг вертоліт впасти на дах? Чи, можливо, Даніель спробував щось у вашій кімнаті?*

*ЕМІЛІЯ: Ні. Я точно не знаю.*

*ТЕРАПЕВТ: Але здається розумним припустити, що якби ви зробили інший вибір того вечора, все пішло б зовсім інакше.*

*ЕМІЛІЯ: Так. Я був би зі своїм сусідом по кімнаті всю ніч. Вона хотіла, щоб ми разом навчалися.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте запишемо це.*

*[ Коментар: Емілія виглядає збентеженою. Потім терапевт моделює докази твердження.]*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, давайте запишемо щось на кшталт «Я міг би прийняти рішення, яке сподобалося б моїм батькам, і це б зменшило ймовірність чогось поганого, тому що я був би зі своїм сусідом по кімнаті всю ніч.»*

*Звучить правильно?*

*ЕМІЛІЯ: Так.*

*ТЕРАПЕВТ: Розумієте, було б важко стверджувати, що ви не могли прийняти інше рішення, тому що, теоретично, ви могли б прийняти.*

*ЕМІЛІЯ: Саме так.*

*[ Коментар: хоча дехто може сперечатися з логікою цієї точки зору, терапевт використовує цей розділ щоб підкреслити, що вона і Емілія працюють разом, знаходячи спосіб узгодити ці докази.]*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, для чого інші докази?*

*ЕМІЛІЯ: Я не знаю.*

*ТЕРАПЕВТ: Це був перший раз, коли ви прийняли для себе рішення, яке суперечило вченням ваших батьків?*

*ЕМІЛІЯ: Так.*

*ТЕРАПЕВТ: Вас коли-небудь гвалтували?*

*ЕМІЛІЯ: Звичайно, ні!*

*ТЕРАПЕВТ: То чи справедливо буде сказати, що в минулому, коли ви наслідували своїх батьків*

*teachings, вас не згвалтували? І коли ви пішли проти їхніх вчень і прийняли власне рішення, вас згвалтували?*

*ЕМІЛІЯ: Це не просто справедливо, це правда.*

*[ Коментар: може здатися контртерапевтичним вказувати на додаткові докази. Проте когнітивна реструктуризація, швидше за все, спрацює, якщо пацієнти зможуть справді зважити обидва докази і проти. Емілія не змогла сформулювати цей доказ. Таким чином, її тера-*

*Когнітивна реструктуризація*

*171*

*піст припустив, часто згадуючи Емілію про це, що це зіграло роль у підтримці її переконання про свою провину . Багатьох пацієнтів дивує, коли терапевт допомагає їм з доказами для розділу, тому що вони чекають, що терапевт більше відступить рішуче з доказами проти частини процесу. Наполегливо працюючи над виявленням доказів, проте ви моделюєте збалансований підхід, який є ознакою когнітивної реструктуризації.]*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож запишіть це. . . . Тепер, чи є інші докази того, що це ваша провина?*

*ЕМІЛІЯ: Одного разу я випадково почула, як мій батько сказав, що одну жінку згвалтували через те, що вона опинилася в такій ситуації. Мій батько не знає, що сталося, але я думаю, він би сказав, що це моя вина. З тих самих причин я написав тут.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте залишимо це досить фактичним і запишемо щось на зразок «Я чув, як мій батько звинувачував жінку в*

*тому, що вона була зґвалтована в минулому. Тому він міг би звинуватити мене, якби знав». Тому що ми насправді не знаємо напевно, що б він сказав, якби знав.*

*Чи здається це справедливим?*

*ЕМІЛІЯ: Так.*

*ТЕРАПЕВТ: Чи є ще якісь докази для?*

*ЕМІЛІЯ: Я думаю, що це головний доказ.*

*ТЕРАПЕВТ: Тепер давайте зосередимося на доказах проти. Давайте залишимо трохи місця на випадок, якщо ми придумаємо більше доказів для; напишіть тут «Докази проти». Які докази проти вашої думки?*

*ЕМІЛІЯ: Я не знаю. Я думаю, що це моя вина.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, давайте подумаємо над цим на хвилину. Ми єдині, хто причетний до цього зґвалтування?*

*ЕМІЛІЯ: Я не впевнена, що ви маєте на увазі.*

*ТЕРАПЕВТ: Ну, чи ви були єдиною людиною, яка була присутня під час зґвалтування, чи брали участь інші люди?*

*ЕМІЛІЯ: Звичайно, були залучені інші люди — ви це знаєте.*

*ТЕРАПЕВТ: Так. Ви були не єдиним, хто причетний до цього зґвалтування. Чи могли ви самі себе зґвалтувати, чи хлопці-баскетболісти мали бути активними учасниками вашого зґвалтування?*

*ЕМІЛІЯ: Вони мали бути активними учасниками.*

*ТЕРАПЕВТ: Ви змушували їх зґвалтувати вас?*

*ЕМІЛІЯ: Ні! Звичайно, ні. Крім того, я не міг змусити їх мене зґвалтувати — це смішно.*

*ТЕРАПЕВТ: Хіба це не доказ проти думки, що зґвалтування сталося повністю з вашої провини?*

*Уявіть, що ви потрапили в автомобільну аварію, де хтось проїхав на червоне світло. Тепер ви могли б уникнути аварії, вирішивши залишитися вдома, але ви б також не потрапили в аварію, якби інша людина не проїхала на червоне світло. Більш ніж одне рішення сприяло аварії, і більше ніж одне рішення сприяло вашому зґвалтуванню. Ви вирішили піти, але ті хлопці вирішили вас зґвалтувати. І ми просто погодилися, що ти не можеш змусити їх зґвалтувати тебе.*

*ЕМІЛІЯ: Я не можу сперечатися з цим. Я досі вважаю, що це моя вина, але вони змушені були мене зґвалтувати*

172

### *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*мене зґвалтувати. І я не змушував їх і не просив їх зґвалтувати мене. Вони могли вирішити не твалтувати мене.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, добре. На даний момент ми лише збираємо докази, тому я не здивований, що ваша думка досі не змінилася.*

*ЕМІЛІЯ: То що мені записати?*

*ТЕРАПЕВТ: Що ви думаєте?*

*ЕМІЛІЯ: Як щодо «Мене не могли б зґвалтувати, якби вони не вирішили мене зґвалтувати». Я не змушував їх твалтувати мене».*

*[ Коментар: тут Емілія демонструє поширену помилку мислення, описану Кубані та Watson (2002) щодо почуття провини . Зосереджуючись на своїй ролі в зґвалтуванні, Емілія не визнає, що більшість подій спричинено кількома факторами.]*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, що ще?*

*ЕМІЛІЯ: Краще мене.*

*ТЕРАПЕВТ: Хм. Коли Даніель запросив вас на вечірку, що він вам про це сказав?*

*ЕМІЛІЯ: Він сказав, що баскетбольна команда влаштовує невелику вечірку, і що кожен із хлопців запрошує або дівчину, або студентку, яка йому подобається. Він сказав, що буде весело.*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, Деніел не запросив вас на вечірку, на якій ви будете єдиною жінкою, і не обіцяв, що вас згвалтують.*

*ЕМІЛІЯ: Звичайно, ні. Я б не пішов, якби він це сказав.*

*ТЕРАПЕВТ: Ви впевнені? Якби Даніель сказав вам, що насправді має статися, ви б зробили інший вибір?*

*ЕМІЛІЯ: Абсолютно! Я б ніколи не підійшов до тієї вечірки!*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, підставою для того, щоб піти на цю вечірку було те, що це буде звичайна вечірка, і що якби ви знали інше, ви б залишилися подалі. Насправді Деніелу довелося вам серйозно збрехати, щоб змусити вас піти, чи не так?*

*ЕМІЛІЯ: Так. Але я мав знати.*

*ТЕРАПЕВТ: Чому?*

*ЕМІЛІЯ: Тому що . . .*

*ТЕРАПЕВТ: Чому? Можливо, я дурний, але я розгублений. Враховуючи інформацію, яку ви мали на той час, чому ви повинні були подумати, що вас повністю обманюють і що вас підлаштовують під групове згвалтування? Насправді, дозвольте мені поставити це питання іншим способом. Якби вашу подругу Аманду збрехали, коли вона була студенткою першого курсу, і її згвалтували, ви б сиділи тут і казали їй, що вона повинна була знати, що трапиться?*

*[ Коментар: Терапевт починає з того, що «притворюється дурнем». Цей підхід часто називають*

*Підхід «Колумбо», названий на честь телевізійного детектива Колумбо, який часто поводився тупо. Цей підхід корисний для пом'якшення питань і полегшення діалогу щодо думок пацієнтів, оскільки він змушує пацієнтів чітко висловлювати те, що вони думають. Одним із критичних факторів у використанні цього підходу є постановка запитань у щирій манері, яка свідчить про те, що ви справді*

*Когнітивна реструктуризація*

*173*

*потрібні відповіді. Хоча цей підхід дуже добре працює в отриманні доказів проти, у цьому випадку терапевт передумала та спробувала альтернативний підхід. Зокрема, вона запитала чи буде Емілія ставитися до друга так само, як вона ставиться до себе. Це ще одна стратегія, яка іноді може допомогти пацієнтам прийняти іншу точку зору.]*

*ЕМІЛІЯ: Ні.*

*ТЕРАПЕВТ: Що б ви сказали?*

*ЕМІЛІЯ: Це не вона. . . несправність. Я розумію це. У брехні винен той придурок Деніел. Я думаю, що це доказ проти.*

*ТЕРАПЕВТ: Давайте спробуємо підсумувати те, що ми щойно обговорювали, тому що насправді я думаю, що ми знайшли два докази проти. По-перше, схоже, ми згодні з тим, що ти вирішив піти на гарну вечірку, ти не вирішив бути згвалтованим, і що якби ти знав, що трапиться, ти б прийняв інше рішення.*

*ЕМІЛІЯ: Я погоджуюся з цим. Я була б безпечнішою, якби послухала батьків, але я не просила, щоб мене згвалтували.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Давайте запишемо це. . . . Тепер другий доказ полягає в тому, що Деніел навмисно збрехав вам, щоб залучити вас на*



вечірку, і що якби це сталося з Амандою, ви б сказали їй, що це була вина Деніела.

ЕМІЛІЯ: Я справді його ненавиджу.

ТЕРАПЕВТ: Це зрозуміло. Він збрехав вам і підлаштував вас на згвалтування. Отже, давайте додамо те, що ми щойно сказали хвилину тому, до доказів проти.

ЕМІЛІЯ: Добре. Деніел навмисно мені збрехав, і це також робить його провину.

ТЕРАПЕВТ: Я думаю, що ми якось розв'язали це питання, але я хочу переконатися, що ми повністю впоралися з ним. Я розумію, будь ласка, виправте мене, якщо я помиляюся, що одна з причин, чому ви думаєте, що це ваша провина, полягає в тому, що ви повинні були знати, що трапиться.

ЕМІЛІЯ: Це правда, я мала знати.

ТЕРАПЕВТ: Думка «Я повинен був знати» — це окрема думка, і нам, можливо, доведеться її окремо оскаржити. Проте я хочу витратити хвилину й трохи пройти цим шляхом, оскільки це може означати, що ми втрачаємо деякі докази для. Чи є якась конкретна причина, чому ви повинні були знати, що Деніел підлаштовує вас під групове згвалтування?

[ Коментар: тут терапевт виходить з ладу, ґрунтуючись на своїй гіпотезі, що вона може спроможна переконати Емілію, що вона повинна була знати. Тоді це допомогло б Емілії більш повніше оскаржити думку про мою провину . Вона також йде цим шляхом, щоб визначити, чи деякі пропущені фактичні докази сприяють самозвинуваченню Емілії. Терапевт залишає собі однак, зауваживши, що їм, можливо, доведеться кинути виклик слід думати окремо .]

ЕМІЛІЯ: Що ти маєш на увазі?

ТЕРАПЕВТ: Ну, хтось попереджав вас триматися від нього подалі?

*ЕМІЛІЯ: Ні, не раніше, ніж я пішла на вечірку. Пізніше до мене дійшли чутки про нього. Але майже до кінця семестру.*

174

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, у вас не було жодної інформації на той момент , яка б свідчила про те, що йому не можна довіряти, щоб запросити вас на вечірку з іншими людьми .*

*ЕМІЛІЯ: Ні. Він виглядав милим. Насправді деякі інші дівчата в класі сказали мені, що вони вважали його дуже гарним і що мені пощастило, що мене запросили.*

*ТЕРАПЕВТ: Це доказ проти? Іншими словами, у той час, коли ви прийняли рішення, здається, у вас не було жодних доказів або причин не довіряти йому, щоб відвести вас на справжню вечірку. Фактично, інші дівчата навіть заздрили твоєму запрошенню.*

*ЕМІЛІЯ: Гадаю. Я маю на увазі, тепер, озираючись назад, мені здається, що я повинен був знати. Але я думаю, що мені було б досить важко передбачити, що трапиться.*

*ТЕРАПЕВТ: Насправді люди дуже часто звинувачують себе в негативних подіях. І одна з причин, чому ми так робимо, полягає в тому, що ми начебто припускаємо, що знали більше, ніж насправді на той час. Ми також можемо взяти на себе відповідальність, тому що це дає нам відчуття, що ми маємо більше контролю над поганими речами. Якщо ми думаємо, що могли запобігти чомусь у минулому, то ми думаємо, що зможемо запобігти цьому в майбутньому. Але мені здається цілком зрозумілим, що якби ви знали, що трапиться, ви б прийняли інше рішення.*

*ЕМІЛІЯ: Добре. Отже, що я записую?*

*ТЕРАПЕВТ: Як щодо такого: «Коли я прийняв рішення піти на вечірку, у мене не було причин не довіряти Даніелю або думати, що станеться*

*щось погане.*

*Інші дівчата навіть заздрили, тому, схоже, вони теж не передбачали нічого поганого».*

*[ Коментар: Кубані та Уотсон (2002, 2003) висвітлили низку факторів, які сприяють виникненню почуття провини у постраждалих. Одним із таких факторів є ретроспективне упередження, за якого ті, хто вижив, припускають, що вони повинні були діяти відповідно до кількості інформації, яку вони мали зараз замість того, щоб визнати, що вони прийняли найкраще рішення вони могли з інформацією яка була доступна на той час.]*

*ТЕРАПЕВТ: Чи є інші докази проти?*

*ЕМІЛІЯ: Гадаю, якщо Деніел частково винен, інші хлопці також частково винні.*

*Я маю на увазі, що вони також згвалтували мене, а не лише Деніела.*

*ТЕРАПЕВТ: Безумовно. Давайте запишемо це. (Емілія пише.) Ще щось?*

*ЕМІЛІЯ: Не те, що я можу придумати.*

*ТЕРАПЕВТ: Що ж, ви стали доказом проти того, що Деніел та інші баскетболісти частково винні в тому, що сталося. У мене є питання. Якби це сталося з Амандою, і вона сказала б тобі: «Добре, Деніел та інші хлопці частково винні», що б ти їй сказав? Ви б погодилися?*

*ЕМІЛІЯ: Що ж, важко прикидатися, що це сталося з нею, а не зі мною, але я б сказала, що їй потрібно стати реальною. В основному це все вина Деніела та інших хлопців. Все, що вона зробила, це пішла на вечірку. Вони справді жахливі люди, що зробили це з нею, і вона не повинна звинувачувати себе. Вона повинна звинувачувати їх. Вона не вибирала згвалтування! ( починає плакати)*

*ТЕРАПЕВТ: (тихо) Отже, це доказ проти?*

*ЕМІЛІЯ: Я не знаю. Це здається іншим, коли я думаю про себе. Я просто зосереджуюсь на тому, що міг би зробити інакше, але я не просив, щоб це сталося зі мною. Я просто хотіла піти на вечірку, як і інші дівчата.*

*ТЕРАПЕВТ: Ви справді відрізняєтеся від Аманди?*

*ЕМІЛІЯ: Не зовсім.*

*ТЕРАПЕВТ: Тож чи можна сказати, що більшу частину провини слід покласти на гвалтівників?*

*ЕМІЛІЯ: Так. Людина, яка вчинила поганий вчинок, має бути найбільше звинувачена.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, чому б вам не записати це. . .*

*Цей розділ демонструє процес збору доказів, щоб оскаржити переконання.*

*Як правило, ви хочете зібрати якомога більше доказів за і проти . У цьому сценарії у терапевта все ще були деякі альтернативні докази проти шляхів для розгляду, як-от той факт, що Емілія боролася зі своїми гвалтівниками, що вони були більшими за неї та переважали її чисельністю. . Ви також можете попросити пацієнтів провести мозковий штурм щодо альтернативних інтерпретацій події, запитуючи їх, як інші можуть інтерпретувати цю подію. Нарешті, може бути корисно попросити пацієнтів визначити переваги та недоліки продовження віри. Цей підхід особливо корисний, коли пацієнти дуже неохоче відмовляються від певної віри.*

*Емілія змогла отримати докази під керівництвом свого терапевта. Деякі пацієнти можуть легко отримати докази для . Вони також можуть пропонувати інші думки (проти фактів) як докази. У таких*

*ситуаціях важливо уточнити, що пацієнт сплутав інші думки з доказами. Один м'який спосіб зробити це – запитати пацієнта, чи це твердження справді факт, чи це думка. Ви також можете запитати, чи може хтось сперечатися щодо фактичного статусу заяви в суді. Зазвичай ці два питання допомагають пацієнтам усвідомити, що твердження є думкою, а не фактичним доказом. Багатьох пацієнтів ця відмінність збиває з пантелику, і ви не повинні замовчувати це; якщо їм важко розпізнавати факти, знайдіть час, щоб навчити цьому.*

*Цей розділ також описує поширене явище, коли пацієнти працюють через почуття провини.*

*Коли пацієнти визнають, що інші зіграли роль у їхній травмі, вони можуть дедалі більше злитися. Подальше завдання для Емілії — навчитися відкидати свій гнів, і тоді вона може засмутитися через те, що з нею сталося. Думки, що викликають смуток, також можна дослідити за допомогою когнітивної реструктуризації, або пацієнти можуть просто спробувати прийняти свою втрату. У цей момент той, хто вижив, в ідеалі досягає визнання. За словами однієї з жертв зґвалтування: «Хоча я ніколи не хотів бути зґвалтованим і не хотів би, щоб хтось пережив те, що я зробив, я б не був тим, ким я є зараз, якби цього не сталося. Тож я думаю, що я більше не хочу цього геть. Це сталося, я вижила, і мені подобається, ким я є зараз, включаючи ті частини мене, які стали результатом зґвалтування».*

## **Кроки 5 і 6**

*Важливо не зупинятися після колонки викликів; скоріше допоможіть своєму пацієнту сформулювати стислу та послідовну відповідь, яка підсумовує основні переконливі моменти, сформульовані під час етапу виклику. Відповіддю є повідомлення, яке можна взяти додому, і ви хочете, щоб пацієнти відрепетирували його, щоб вони могли відреагувати на марні думки, якщо вони повторять.*

*сир. Іноді дуже успішна когнітивна реструктуризація усуває цілу лінію мислення, і ваш пацієнт може отримати одкровення під час фази виклику. Наприклад, Чарлі, який зазнав фізичного насильства в дитинстві, мав жорстокого сина. Чарлі продовжував давати синові гроші, незважаючи на переконання, що це його обов'язок як батька — допомагати своїм дітям. Під час когнітивної реструктуризації Чарлі дійшов висновку, що якщо він не змусить цього сина виїхати, у нього не буде емоційних чи фінансових ресурсів для інших дітей. Цей висновок спричинив кардинальні зміни в поведінці, мисленні та емоціях Чарлі. Однак у багатьох випадках когнітивна реструктуризація передбачає відсікання некорисних думок. У таких випадках важливо генерувати відповіді, які активно і багаторазово використовуються для заміни майбутніх марних думок.*

*ТЕРАПЕВТ: Тепер настав час зібрати все це разом.*

*ЕМІЛІЯ: Як це зробити?*

*ТЕРАПЕВТ: З практикою ви, ймовірно, знайдете різні способи зробити це, але на початку часто корисно попрацювати з певною формулою. Зазвичай ми беремо найпереконливішу частину зі списку доказів за і поєднуємо її з деякими з найбільш переконливих доказів проти. Ви можете зробити це кількома способами. Наприклад, ви можете сказати щось на кшталт: «Якби я зробив те, чого хотіли б мої батьки, мене, мабуть, не згвалтували б, і все ж я вирішив піти на вечірку. Більша частина провини повинна лягти на Деніела та інших хлопців, які вирішили збрехати мені і згвалтувати мене». Ми вважаємо за краще використовувати терміни «і все ж», щоб пов'язати докази за з докази проти, тому що «але» як би означає, що докази не такі важливі. Інший спосіб зробити це — придумати «Хоча . . . насправді . . . »*

*заява. Іншими словами, незважаючи на те, що докази за правдиві, фактично є також докази проти. Перше, що потрібно зробити, це вирішити, який є найбільш переконливим доказом за і проти.*

*ЕМІЛІЯ: ( деякий час дивлячись на аркуш) Що ж, я точно вважаю, що якби я слухала вчень своїх батьків, то, мабуть, була б безпечнішою ,*

*але—і все ж—я не вирішив бути зґвалтованим і тримався б подалі, якби знав, що трапиться.*

*Даніель та інші хлопці пішли на вечірку з відкритими очима, і вони вирішили зґвалтувати мене. Тому вони винні більше, ніж я.*

*ТЕРАПЕВТ: Відмінно. Запишіть це.*

*ЕМІЛІЯ: Добре, що я щойно сказала? . . . нічого, я пам'ятаю.*

*[ Коментар: Будьте готові нагадати своєму пацієнту про раціональну відповідь. Іноді пацієнти висловлюють дуже чітку відповідь, а потім втрачають її, щойно закінчують говорити. Це також підкреслює необхідність запису відповіді.]*

*ТЕРАПЕВТ: А тепер прочитайте це вголос. ( Емілія читає це.)  
Наскільки ви вірите цій думці?*

*ЕМІЛІЯ: Я в це майже вірю. Скажіть 95.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Тож давайте перерахуємо ваші емоції. Де твій сором?*

*ЕМІЛІЯ: Все ще досить високо. Я все ще відчуваю себе дуже брудним, тому що всі ті хлопці займалися зі мною сексом.*

*Скажіть 85.*

*Когнітивна реструктуризація*

*177*

*ТЕРАПЕВТ: Як щодо вашої провини?*

*ЕМІЛІЯ: Це набагато менше. Можливо, 30.*

*ТЕРАПЕВТ: А ваша тривога?*

*ЕМІЛІЯ: Хм, можливо, трохи знизилася. Можливо, 40.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Думка, яку ми розглядали, була значною мірою думкою про провину, і це те, що ми бачимо тут. Ваша провина - це те, що найбільше впало.*

*ЕМІЛІЯ: А знаєш що?*

*ТЕРАПЕВТ: Що?*

*ЕМІЛІЯ: Я зліша. Я злий на них за те, що вони мене згвалтували. Це якось дивно. Досі я не сердився. Я був надто зайнятий звинуваченням себе. Але я зараз. Вони мені збрехали.*

*Вони обдурили мене. І це було нечесно. Принаймні я волів би бути злим, ніж весь час відчувати себе таким винним.*

### ***ПОШИРЕНІ ДУМКИ ПРО ПТСР***

*Почуття провини є поширеною емоційною реакцією у пацієнтів із ПТСР і зазвичай пов'язане із самозвинуваченням. Різноманітність інших моделей мислення також є поширеним у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, і знайомство з типовими типами мислення полегшує когнітивну реструктуризацію (дивіться малюнки 8.2 і 8.3 для типових думок про посттравматичний стресовий розлад). Наприклад, багато пацієнтів повідомляють про мислення, пов'язане зі соромом, яке може включати такі думки, як «Я брудний», «Я поганий» і «Я монстр». На додаток до стандартних запитань, описаних раніше, попросіть пацієнтів визначити прототип «брудної» або «поганої» людини. Потім шукайте особливості ваших пацієнтів, які відповідають і не відповідають цьому визначенню. Також подумайте про те, чи є люди, які роблять «погані речі», але не є «поганими людьми». Па-*

- Моя тривога ніколи не зменшиться.*
- Мені страшно, тому це, мабуть, небезпечно.*
- Я не можу впоратися зі своєю тривогою.*



- *Якщо я залишатимуся зі своєю тривогою, я можу втратити контроль або збожеволіти.*
- *Якщо я дозволю собі відчувати якісь почуття, я буду повністю приголомшений.*
- *Якщо я подумаю про те, що сталося, я можу там «застрягти».*
- *Якщо я подумаю про те, що сталося, я не зможу його вимкнути.*
- *Я не можу терпіти дискомфорт від думок про те, що сталося.*
- *Думати про те, що сталося, буде незручно, і це не допоможе.*
- *Уникання — це єдиний спосіб контролювати ситуацію.*
- *Небезпечно виходити на вулицю одному.*
- *Я ніколи не перебуваю в безпеці в громадських місцях.*
- *Усі люди небезпечні.*
- *Я не зможу терпіти своє хвилювання.*
- *Надто соромно думати про це.*
- *Мені дуже соромно зіткнутися з тим, що сталося.*
- *Якщо я подумаю про це, я так розсерджуся, що можу вибухнути.*

**РИСУНОК 8.2.** *Приклади думок, які заважають висвітленню.*

178

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

- *Мені ніколи не стане краще.*
- *Мої симптоми ПТСР означають, що я слабка людина.*

- *Якби я справді хотів, я міг би це зупинити, тож у всьому я винен.*
- *Те, що сталося, доводить, що я нікчемна людина.*
- *Я думав, що зможу впоратися з будь-чим, і абсолютно помилявся. Я безлад.*
- *У світі немає безпечного місця.*
- *Іншим людям байдуже до мене.*
- *Людям не можна довіряти.*
- *Я не можу себе захистити.*
- *Я не в безпеці серед людей.*
- *Я не можу довіряти собі.*
- *Мої неконтрольовані почуття та думки означають, що я божеволію.*

### ***РИСУНОК 8.3.*** *Приклади думок, які викликають страждання.*

*Пацієнти з історією сексуального насильства в дитинстві також іноді повідомляють про почуття сорому через сексуальне збудження, яке виникло під час насильства (наприклад, «Моя сексуальна реакція означає, що я брав участь у насильстві»). Мета тут полягає в тому, щоб допомогти пацієнтам усвідомити, що вони не можуть контролювати ступінь, до якої їхнє тіло реагує на сексуальну стимуляцію. Одна з перерахованих раніше стратегій, яка може бути корисною, полягає в тому, щоб запропонувати постраждалому подумати про те, як він або вона інтерпретує сексуальне збудження в іншої дитини такого ж віку. Багато тих, хто вижив, набагато охочіше звинувачують себе, ніж інших.*

*Думки, пов'язані з безнадійністю щодо покращення та «низькою самооцінкою», також часто виникають, особливо серед пацієнтів із супутньою депресією або дистимією. Багато пацієнтів спочатку раді почати лікування, але коли вони починають, цілий ряд факторів може*

погіршити їхній настрій. Наприклад, пацієнти можуть відчувати посилення нав'язливих симптомів, коли вони починають наближатися до речей, яких уникали; це іноді трапляється після прочитання Загальних реакцій на травматичний досвід (роздатковий матеріал 5.1) під час психоосвіти. Деякі пацієнти мають нереалістичні очікування щодо лікування. Коли вони починають дізнаватися більше про те, що це стосується, вони сумніваються, що зможуть завершити лікування. Крім того, вони можуть виконувати лікувальні вправи, але покращення може бути повільним. У цей момент деякі пацієнти думають: «Це безнадійно, справи не покращаться». Будьте уважні до такого роду думок, тому що вони можуть швидко призвести до депресії та навіть суїцидальності у пацієнтів, схильних до суїциду. Депресія часто покращується під час лікування ПТСР, але важка депресія може перервати лікування, тому найкраще втрутитися за допомогою тактики, яка, як відомо, є корисною для лікування депресії (наприклад, планування діяльності; див. Розділ 9). Безнадійні думки також можуть бути змінені за допомогою когнітивної реструктуризації. Наприклад, Кармен, чия практика опромінення прогресувала дуже повільно, відчувала дедалі більше розчарування. Малюнок 8.4

супроводжував наступне обговорення.

**ТЕРАПЕВТ:** Отже, після того, як ви закінчили домашнє завдання, ви відчуваєтеся більш безнадійним. Чи можете ви визначити, про що ви думали в той час?

**КАРМЕН:** Це йде дуже повільно. Мій ПТСР ніколи не покращиться.

**ТЕРАПЕВТ:** Добре, давайте напишемо це. Щось іще?

**КАРМЕН:** Це має йти швидше.

180

**КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

*ТЕРАПЕВТ: Добре, напишіть і це. Щось іще? Що означало для вас те, що все йде повільно?*

*КАРМЕН: Я слабак. Я не встигну; Я можу просто здатися зараз. Самогубство було б простіше.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, давайте також напишемо ці думки.*

*[ Коментар: як пише Кармен, її терапевт зауважує, що перша думка є фактом; Тривога Кармен зникає дуже повільно (див. Розділ 7), незважаючи на часту практику.]*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, добре. Тепер ми вигадали кілька дуже тривожних думок. Цілком зрозуміло, що ви відчуваєте безнадійність, коли лікування йде повільно і ви думаєте, що краще не стане. Насправді це факт, що це йде повільно, чи не так?*

*КАРМЕН: Так, мабуть.*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, давайте збережемо це, коли ми будемо збирати факти.*

*КАРМЕН: ( Закреслює.)*

*ТЕРАПЕВТ: Здається, у нас є два типи думок: що краще не стане, і думка про те, що це означає для вас — що ви слабкі.*

*КАРМЕН: Здається, так.*

*ТЕРАПЕВТ: Давайте попрацюємо над першим на цьому аркуші, а другий збережемо для наступного аркуша.*

*КАРМЕН: Добре (обводить це).*

*ТЕРАПЕВТ: Наскільки ви вірите в правду — що ваш посттравматичний стресовий розлад ніколи не покращиться?*

*КАРМЕН: Це абсолютно вірно.*

*Кармен та її терапевт продовжили збір доказів за та проти. Вони не використовували додаткові стратегії, оскільки час був обмежений, і терапевт міг сказати, що вони зможуть створити вірогідну відповідь, використовуючи докази для та проти.*

*На наступному занятті вони поставили під сумнів думку «Я слабак», яку Кармен почала оскаржувати вдома (див. Малюнок 8.5). Вони визначили важливі факти, які спонукали до цієї думки (повільне лікування та наявність суїцидальних думок) і ключові докази проти (той факт, що Кармен виявила сміливість, протистоячи своїм спогадам про травму під час впливу, і що вона виявила сміливість, подала на розлучення та вирвалася з жорстоких стосунків). Подальше обговорення показало, що Кармен це не нова думка, а те, про що думала неодноразово протягом своїх 20 років*

*роки жорстокого поводження. Ця думка також, ймовірно, сприяла тому, що вона залишилася в образливій ситуації. З цієї причини терапевт визнав, що дослідження наслідків цієї думки може бути корисним. Остання відповідь підкреслила сміливість Кармен і контрпродуктивний ефект думки, що вона слабка.*

*Пацієнти з ПТСР також часто мають думки про довіру («Я більше нікому не можу довіряти») і безпеку («Я ніколи більше не буду в безпеці», «Небезпечно залишати свій будинок», «Світ небезпечний»). Багато з цих думок також можуть бути обговореними.*

182

## *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*розширено, зосереджуючись на доказах за і проти. Попросити пацієнтів визначити людей, включно з терапевтом, яким вони взагалі довіряють, і допомогти їм усвідомити, що довіра — це не «все або нічого» (тобто в довірі є відтінки сірого), можна посилити стандартне завдання.*

*Безпека також існує в континуумі. Хоча ми не постійно навчаємо пацієнтів стилям мислення (Beck et al., 1979; Beck, 1995; Burns, 1980;*

див. роздатковий матеріал 8.6), можна навчати стилів мислення (наприклад, «мислення все або нічого»). дуже корисно з думками про безпеку. Думки про безпеку часто обмежують здатність пацієнтів займатися значущою діяльністю, і дослідження конкретних наслідків для конкретного пацієнта також є корисним. Крім того, подумайте про відносну безпеку різних ситуацій.

Жодна ситуація не є на 100% безпечною, і пацієнти повинні навчитися приймати певні рівні небезпеки, щоб жити своїм життям. Вивчення доказів на користь і проти відносної безпеки ситуацій може допомогти пацієнтам отримати перспективу. Думки про безпеку щодо реалістично безпечних ситуацій також можна змінити за допомогою відповідних *in vivo* розподілів впливу/поведінкових експериментів. Майте на увазі, що деякі пацієнти можуть не мати відповідних думок про ймовірну небезпеку в одній ситуації, тому що вони неадекватно стурбовані малою ймовірною небезпекою в спорідненій ситуації (наприклад, Джилл готова втекти темним провулком, щоб уникнути чихуахуа). Вивчення відносної безпеки та проведення поведінкових експериментів, щоб визначити, як інші бачать відносну безпеку даної ситуації, може бути корисним для цих пацієнтів.

Нарешті, багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом повідомляють про думки, пов'язані з контролем (наприклад, «Мої симптоми означають, що я вийшов з-під контролю», «Не контролюю свої емоції означає, що я слабкий»). Більш точне визначення того, що означає «неконтрольований» або «слабкий», може допомогти пацієнтам усвідомити, що дозвіл собі відчувати емоції часто відображає сміливість, а не слабкість. Крім того, спроби контролювати емоції часто мають парадоксальний ефект, змушуючи пацієнтів відчувати себе неконтрольованими, тому що чим більше зусиль вони докладають для контролю над небажаними думками та почуттями, тим більше ці почуття та думки вторгаються. Таким чином, зменшення зусиль контролювати емоції часто призводить до чудового відчуття контролю. Виклик думок про контроль може бути критичним елементом лікування для багатьох пацієнтів із ПТСР.

## **КОГНІТИВНА ПЕРЕСТРУКТУРА ПРИ ПТСР:**

### **МОЖЛИВІ ПРОБЛЕМИ**

*Важливо пам'ятати, що когнітивна реструктуризація може супроводжуватися деякими підводними каменями під час лікування ПТСР.*

**Когнітивна реструктуризація: техніка, яка потенційно може стати недійсною** Валідація передбачає пошук мудрості у відповідях наших пацієнтів (Linehan, 1993a).

*Визнаючи важливість валідації в лікуванні посттравматичних стресових розладів, ми тепер відкрито визнаємо, що когнітивна реструктуризація може бути недійсною технікою для деяких пацієнтів, оскільки когнітивна реструктуризація неявно передбачає що мислення пацієнтів певною мірою неправильне або неправильно. Хоча клініцисти з когнітивної терапії часто забувають про це, це не є оптимальним підходом для багатьох пацієнтів із ПТСР. ПТСР часто супроводжується інвалідністю в анамнезі, і багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом стають занепокоєними та стійкими до когнітивного розладу.*

*Когнітивна реструктуризація*

183

*тивної реструктуризації, якщо вони вважають, що їхній терапевт руйнує їх сприйняття когнітивної реструктуризації.*

*Наприклад, після ознайомлення з когнітивною реструктуризацією Кая дуже засмутилася. Вона заявила, що когнітивна реструктуризація вказує на те, що її мислення неправильне, і що якби вона думала інакше, то була б кращою. Терапевт Кай, який не вживав слів «неправильно» або «краще», спочатку намагався переорієнтувати Каю на думку про те, що її мислення може бути більш корисним або функціональним. Кая відповіла: «Ти все ще кажеш, що я думаю неправильно», і засмучувалася дедалі більше. У Кайї була історія*

виходу з КПТ з іншим терапевтом. Таким чином, терапевт Кайї змінив тактику. Замість того, щоб намагатися переконати Каю, що когнітивна реструктуризація не обов'язково свідчить про «неправильне мислення Кайї», терапевт підтвердив інтерпретацію Кайї. Вона зазначила, що розуміє, чому Кая бачить когнітивну реструктуризацію таким чином. Терапевт перевіряв Каю протягом кількох хвилин, зазначивши, що відповідь Кайї мала сенс і що когнітивна реструктуризація не є ідеальною технікою. Кая почала заспокоюватися, і терапевт запитав її, чи вірить вона, що її думки допомагають їй завжди. Кая відповіла:

"Абсолютно ні. Я почувався б краще, якби міг думати інакше». Відповідь Кайї є загальною. Після перевірки поглядів пацієнтів вони самі генерують обґрунтування когнітивної реструктуризації та можуть продовжувати.

### ***Недійсність під час когнітивної реструктуризації***

Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом, які схильні до самознищення, також можуть ненавмисно зробити недійсними власні думки, емоції та досвід через когнітивну реструктуризацію. Нам стало відомо про цю проблему, коли колега, який має досвід роботи з депресією, представив випадок, у якому його пацієнтка легко генерувала докази проти свого власного мислення. Пацієнтка тоді зазначила, що докази проти просто довели, що вона була дурною, оскільки висловила свою початкову думку. Вона також дуже засмутилася. Колега зазначив: «Моїм пацієнтам із депресією важко знайти докази проти або вони не вірять у це. Зазвичай вони не перекручують докази проти, щоб сказати, що їхні власні думки просто дурні». Проте ми помітили, що багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, особливо ті, хто пережив насильство в дитинстві, називають своє власне мислення «дурним» у певний момент під час процесу когнітивної реструктуризації. Три стратегії допомагають зменшити недійсність під час когнітивної реструктуризації.

По-перше, допоможіть своїм пацієнтам зібрати переконливі докази своїх думок. Розділ доказів є критично важливим, оскільки він



*підтверджує, чому пацієнти дотримуються такої думки. Перевірка мислення є життєздатною стратегією для уникнення недійсності та пов'язаного з ним негативного впливу, який може зірвати поставлене завдання.*

*На відміну від інших груп населення, яких ми лікуємо (наприклад, пацієнтів із панікою, депресією та розладами харчової поведінки), нас постійно вражає те, наскільки важко деяким пацієнтам із посттравматичним стресовим розладом визначити докази для. Крім того, хоча ми навчаємо всіх пацієнтів визначати докази, деякі не визнають докази або створюють лише поверхневі докази. Не дозволяйте цьому ковати. Едрієнн, 30-річна жінка, яка пережила інцест, швидко звикла під час контакту, але продовжувала повідомляти про низьку самооцінку, сором і дратівливість. Її терапевт заохочував Адрієнн визначити конкретні ситуації, які викликали низьку самооцінку та сором. Адрієнн сказала: «Ну, це весь час. Просто я завжди думаю, що я товстий і потворний». Згодом було виявлено основне переконання «я нічого не вартий».*

*Оспорюючи переконання «я нікчемність» (Малюнок 8.6), Адрієнн не змогла знайти жодних доказів, незважаючи на її твердження про 100% віру.*

*Когнітивна реструктуризація*

*185*

*ТЕРАПЕВТ: Що ж, у вас повинні бути докази цього переконання, тому що ви вірите в це на 100%.*

*АДРІЄНН: Я знаю, це просто дурість. Я просто дурний. Я просто такий дурний, і це доводить це.*

*ТЕРАПЕВТ: Що ж, якщо ви так сильно вірите своїй думці, я припускаю, що у вас є вагома причина вірити в неї — не просто так. Раніше, коли я запитав вас, яку частку вашої самооцінки ви пов'язуєте з вагою та формою тіла, ви сказали, що 90%. Тоді мені*

*цікаво, чи є факт вашої надмірної ваги доказом того, що ви «нікчемні»?*

*АДРІЄН: Так, мабуть, ви маєте рацію. Це головне.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, то чому ви вважаєте, що надмірна вага робить вас нікчемними?*

*Звідки ви цього навчилися?*

*АДРІЄН: Я не знаю. Діти в школі дражнили мене, а батько називав мене нікчемною жирною свинею. Він також мене так називав, коли гвалтував.*

*ТЕРАПЕВТ: Ось і ми. Ви дізналися про цей зв'язок від свого батька та дітей у школі. Насправді, що наша широка культура говорить про надмірну вагу?*

*АДРІЄНН: Це погано.*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, ви також навчилися цьому від суспільства. Давайте запишемо це.*

*АДРІЄН: Що я товста?*

*ТЕРАПЕВТ: Надмірна вага не обов'язково означає, що хтось нікчемний.*

*Багато людей із зайвою вагою не почуваються нікчемними. Але у вас був досвід, який навчив вас поєднувати це. І ці події відбулися; це факти. Давайте напишемо: «Я маю надлишкову вагу, і мій батько, діти в школі і навіть суспільство в цілому навчили мене, що надмірна вага — це погано, і що людей із зайвою вагою судять за надмірну вагу. Давайте також зазначимо, що ваш батько насправді назвав вас нікчемним. Хтось коли-небудь називав вас нікчемним?»*

*АДРІЄН: Я не думаю, що хтось насправді це сказав. Але я знаю, що це правда (зітхає). Мій батько також сказав, що тому він мене гвалтував. Він назвав би мене нікчемною, жирною свинею. Потім він*

сказав, що саме тому він займався зі мною сексом. Йому треба було знайти щось корисне, чим зайнятися з кимось таким нікчемним. Оскільки він мав годувати мене, мені потрібна була мета, бо я був такий нікчемний.

[ Коментар: вага в нашому суспільстві дуже цінується. Хоча Адрієнн не може визначити, як вона дізналася, що її вага пов'язана з її переконаннями про себе, терапевт показує їй, що її вірування мають певну основу в її історії та культурному середовищі. Під час цього дослідження Едрієнн також виявила інші докази зі своєї історії зґвалтувань, які підтвердили її переконання про нікчемність.]

По-друге, слідкуйте за надмірною зосередженістю на доказах проти, що супроводжується ескалацією негативного впливу. Наприклад, Майк створив кілька доказів своєї віри в те, що він ніколи більше не буде в безпеці, а потім продовжив створювати потік доказів< /i> проти. Він також ставав все більш злим. Коли його терапевт запитав його, про що він думає, він відповів: «Це просто доводить, що я божевільний. Я абсолютно безнадійний, коли думаю про такі смішні речі». Терапевт відповів, підтвердивши недійсну відповідь Майка: «Ну, дивлячись на всі докази проти , які ми створили, я бачу

186

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

чому ви можете так подумати». Потім він попросив Майка переглянути розділ доказів для , і разом вони створили додаткові докази для. Після цього Майк прокоментував: «Мабуть, є причини, чому я думаю так, як думаю».

Нарешті, багато пацієнтів отримують користь від того, що дізнаються про самознищення та позначають його (Linehan, 1993a). Зокрема, ви можете навчити пацієнтів, що (1) інвалідність заважає більшості людей, (2) самознищення є особливо важким, і що (3) вони схильні до самознищення. Коли пацієнти зрозуміють концепцію самоануляції, вони часто можуть використовувати це як короткий шлях. Наприклад, Кірстен була схильна до самовідмови. Коли вона

почала самовизнавати себе, її терапевт просто запитав: «Що ти робиш зараз, у цей момент». Кірстен на мить подумала, а потім коротко засміялася: «Я роблю це знову, чи не так? Я анулюю себе». Її негативний вплив одразу зменшився, і Кірстен змогла зосередитись на когнітивній перебудові.

### ***Що я кажу, коли думка здається правдою?***

Якщо пацієнт формулює факт як думку, дослідіть значення цього факту. Вам також може знадобитися пошук глибинних переконань, щоб знайти відповідну ціль для виклику. У попередньому прикладі перша «думка», яку Едрієнна сформулювала як причину її низької самооцінки та сорому, була «Я не могла вміститись між простором у огорожі, тому що я занадто велика». Терапевт Едрієнн визнав це як факт (Едрієнн буквально не могла пройти крізь простір), і що виклик цьому навряд чи змінить емоції Адрієнн. Тому вона запитала Адрієнн: «Що це означало для вас?» Адрієнна відповіла,

«Що я товстий і потворний; Я говорю це собі 100 разів на день». Її терапевт зрозумів, що ця думка була осудом і, ймовірно, пов'язана з її стражданням.

Межа між «жиром» і «надмірною вагою» складна для пацієнтів, які насправді мають надмірну вагу. Едрієнн мала надмірну вагу та форму, хоча й не страждала від сильного ожиріння. Таким чином, терапевт очікував, що оскаржити цю думку буде важко.

Вона уявила, яку реакцію може отримати виклик, і придумала: «Хоч я маю надмірну вагу і не можу вміститись у місці, це не означає, що я товста й потворна». Терапевт не очікував, що така відповідь буде дуже правдоподібною або помітно вплине на сором і смуток Адрієнни. Вона припустила, що в основі думки «Я товстий і потворний» лежить глибше переконання, яке може зменшити сором і смуток, якщо його успішно оскаржити. Вона також припустила, що основоположне переконання буде більш глобальним і більш піддатливим для оскарження.

*ТЕРАПЕВТ: Адрієнно, я, мабуть, переживаю, але деякі люди, які сказали мені, що вважають себе «товстими та потворними», сказали, що в результаті вони почуваються вони нічого не варті. Це те, що ви вірите про себе?*

*АДРІЄН: (плаче) Однозначно. Весь час. Я знаю, що я нікчемний. І знаєте, я навіть вірив у це, коли схуд і важив лише 100 фунтів.*

*[ Коментар: чим крайніше твердження, тим менша ймовірність його правди. Легше оскаржити твердження, що містить екстремальні слова, такі як «завжди», «все» або «повне» або «ніколи». ]*

*Терапевт Едрієнни почав з того, що кинув виклик цьому поширеному переконанню, а не більш поверхневому «Я товста і потворна». Терапевт також зрозумів, що їй, можливо, все одно доведеться вирішити зв'язок Едрієнн між товстим і потворним, а також самооцінку в якийсь момент.*

*Когнітивна реструктуризація*

187

*Іншими словами, Адрієнн зрештою виграє від усвідомлення того, що вона може бути привабливою та водночас із зайвою вагою. Хоча може здатися, що думки Едрієнн відійшли від теми посттравматичного стресового розладу, пацієнти часто мають широкий спектр думок, що сприяє їхньому стражданню. Особливо це стосується пацієнтів з історією жорстокого поводження з дітьми. Вам часто доводиться звертатися до цих думок, щоб повністю вирішити такі емоції, як сором і смуток. Крім того, як і у випадку з Едрієнн, такі думки іноді мають підґрунтя в історіях травм пацієнтів.*

***Що робити, якщо пацієнт не вірить відповіді?***

*Деякі пацієнти можуть не вірити відповіді, отриманій шляхом поєднання фактів.*

*Коли це трапляється, вам потрібно проаналізувати відповідь, щоб визначити, яка частина є неправдоподібною. Це може просто підтвердити вашому пацієнту, що всі складові факти правдиві, і призведе до більшої віри у відповідь. В інших випадках ви визначаєте слабку ланку у відповіді, яку змінюєте, щоб зробити відповідь правдоподібною. Часто незначна зміна реакції може змінити ситуацію. Заперечення Едрієнн переконанню «я нікчемність» призвело до кількох доказів за та проти. Її терапевт також попросив її дати визначення «вартої» людини. Ця стратегія може бути корисною, коли кидаєте виклик думкам, що включають властиве судження. Коли їм задають питання про те, що людина варта уваги, більшість пацієнтів пропонують одну з двох відповідей. Деякі кажуть, що всі люди мають цінність. Інші відповідають, що всі люди мають цінність, за винятком тих, хто шкодить іншим, наприклад, убивць, гвалтівників і розбещувачів дітей. Адрієнн погодилася з першим визначенням, тож її терапевт обережно вказав на невідповідність.*

*ТЕРАПЕВТ: Отже, ви хочете сказати, що ви єдина людина на планеті, яка не має цінності?*

*АДРІЄН: (зі сльозами) Таке відчуття!*

*Згодом, будуючи відповідь, Едрієнна написала: «Хоча я завжди почувалася нікчемною, і мій батько називав мене нікчемною, насправді мене люблять, і я змінюю ситуацію».*

*ТЕРАПЕВТ: Було б корисно включити щось із нашої дискусії про вашу цінність порівняно з іншими. Як щодо «Якщо всі інші на планеті варті, то я теж». (Адрієнна записує це.) Гаразд, давайте прочитаємо відповідь вголос. (Адрієнн читає це.) Наскільки ви вірите, що це правда?*

*АДРІЄН: Близько 20%.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, значить, це не працює для вас. Давайте розглянемо це ближче. Перша частина:*

*"Я завжди почувався нікчемним". Наскільки ти в це віриш?*

*АДРІЄН: Це просто факт — 100%!*

*ТЕРАПЕВТ: Наступна частина: «Мій батько назвав мене нікчемним». Наскільки ти в це віриш?*

*АДРІЄНН: Крім того, це сталося — 100%.*

*ТЕРАПЕВТ: Наступна частина: «Насправді мене люблять, і я змінюю ситуацію». Наскільки ти в це віриш?*

188

### *КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР*

*АДРІЄН: Однозначно 100%.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре, остання частина не працює. «Якщо всі інші на планеті варті, я теж». Давайте подивимося, чи зможемо ми трохи налаштувати це, щоб воно працювало на вас. Здається, що важко думати про себе так само, як ти думаєш про інших. І все ж думати про себе як про єдину нікчемну людину, здається, призводить до відчуття надзвичайної безнадійності. Що відбувається, коли ви вважаєте себе схожим на інших людей?*

*АДРІЄНН: Ну, менш безнадійно.*

*ТЕРАПЕВТ: Чи спрацювало б сказати: «Коли я думаю про себе, як про інших, я відчуваю менш безнадійним»?*

*АДРІЄН: Можливо. (Записує це.)*

*ТЕРАПЕВТ: А тепер прочитайте відповідь ще раз. (Едрієнн читає це.) Наскільки ви в це вірите?*

*АДРІЄН: Близько 90%.*

*ТЕРАПЕВТ: Добре. Коли ви так думаєте, наскільки сильні безвихідь і сором?*

*АДРІЄНН: Ну, безнадія — це 40, і сором — це теж 40.*

***Що робити, якщо у пацієнта здається, що когнітивні зміни не зберігаються протягом сеансів***

*Деякі пацієнти успішно кидають виклик думці протягом одного сеансу, а потім повертаються, здається, що втратили позицію. Дві проблеми є важливими для досягнення тривалих змін у мисленні ваших пацієнтів. По-перше, пацієнти повинні згадати, що ви робили під час сеансу. По-друге, їм потрібно повторно перевірити думку, якщо та сама думка виникає знову.*

*Збереження когнітивних змін може бути більшою проблемою при лікуванні ПТСР, ніж при багатьох інших розладах. Причини цього такі ж, як і ті, які ми обговорювали щодо психоосвіти, а саме те, що пацієнти, які сильно збуджуються, можуть мати труднощі з концентрацією та утриманням інформації. Пацієнти, які схильні до дисоціації, також можуть мати труднощі, особливо якщо обговорення травми викликає періодичну дисоціацію. Як і у випадку з психоосвітою, аудіозапис сеансів когнітивної реструктуризації на додаток до використання роздаткових матеріалів і робочих аркушів може бути дуже корисним для цих пацієнтів. Одна сильно збуджена пацієнтка любила слухати свою останню касету неодноразово між сеансами. Вона зазначила, що прослуховування записів «справді допомагає зрозуміти те, що я дізналася та зрозуміла».*

*Пацієнтам без цих труднощів також може бути важко втілити зміни під час сеансу у своє повсякденне життя. Едрієнн зазначила, що думка «Я товста й потворна» та основне переконання «Я нікчемна» приходили їй у голову настільки часто, що здавалося, ніби вона думає про це «постійно». Виклик цієї думки один раз під час заняття може не призвести до зміни її щоденного мислення. Перевірте складність навчитися мислити по-іншому для таких пацієнтів і повідомте їм, що деякі думки є настільки звичними, що для їх зміни потрібно багато практики.*

*АДРІЄНН: Зараз я вірю в цю думку, але маю відчуття, що коли я повернуся вдома й подивлюся в дзеркало чи щось подібне, я знову*



думатиму по-старому. Я не знаю, як це запам'ятати.

ТЕРАПЕВТ: Ви думали про це сотні разів щодня протягом 30 років.

*Когнітивна реструктуризація*

189

*Ми не можемо знати напевно, що спонукало вас так думати, але це звичка, яку ви практикуєте протягом тривалого часу. Змінити звичку, яку ви мали протягом тривалого часу, не станеться миттєво, але тепер, коли ви знаєте, як кинути виклик цій думці, ви можете почати вправлятися помічати її та відрепетирувати альтернативу, яку ми сьогодні придумали.*

*[ Коментар: хоча інколи ви наголошуєте на відпрацюванні всього складного процесу, коли думка така часта й звична, просто повторне прослуховування відповіді – це швидкий шлях, який працює, якщо пацієнти дійсно вірять у відповідь. Вони також можуть носити письмову відповідь на картці для читання.]*

## **ВИСНОВОК**

*Когнітивна реструктуризація є важливою додатковою технікою для зменшення негативних емоцій, які не реагують на вплив. Його також можна використовувати для виклику думок, які погіршують здатність пацієнтів брати участь у впливі, і як альтернативу для пацієнтів, для яких вплив не підходить. Однак існує ряд способів, за допомогою яких пацієнти з посттравматичним стресовим розладом можуть відмовитися від когнітивної реструктуризації для посттравматичного стресового розладу. Ми розглянули та запропонували пропозиції щодо вирішення деяких із цих проблем; ви можете розробити власні стратегії, коли ви ближче ознайомитесь із впровадженням когнітивної реструктуризації в цій популяції.*

**РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 8.1.** *Що таке когнітивна реструктуризація?*

*Когнітивна реструктуризація дає вам змогу краще контролювати свої почуття. Передумова когнітивної реструктуризації полягає в тому, що ви можете навчитися контролювати інтенсивність своїх емоційних реакцій, змінюючи те, як ви думаєте про те, що відбувається у вашому житті. На перший погляд, ви можете відчувати себе некомфортно від думки, що те, як ви думаєте про речі, може сприяти вашому стражданню. Однак пам'ятайте, що на ваш спосіб мислення вплинув ваш травматичний досвід.*

*Тобто:*

→

→

*ТРАВМА*

*ДУМКА*

*ЕМОЦІЯ*

*Наприклад:*

*Напад*

→

*Чоловіки є*

→

*Страх*

*людина*

*небезпечно*

*З цього ви можете зрозуміти, що, щоб звільнитися від наслідків травми, ви повинні взяти під контроль власні думки, а не дозволяти*

страху чи іншим негативним емоціям домінувати над ними.

**Емоційні реакції часто пов'язані з думками.** Люди, які пережили травму, часто відчують сильні емоційні реакції на поточні ситуації. Такі інтенсивні реакції є звичайним наслідком травматичних подій. Наприклад, через вашу минулу травму ви можете раптово стати дуже сильно наляканими, сумними, винними або злими в деяких ситуаціях, часто не знаючи чому. Ви можете відчувати, що ваші емоції вийшли з-під вашого контролю. Хоча це правда, що події впливають на нас значним чином, правда також, що ми можемо навчитися краще контролювати наші емоційні реакції на події, взявши під контроль думки, пов'язані з ними.

**Те, як ви думаєте, впливає на ваші почуття та дії.** Майже кожную хвилину свого життя ви берете участь у розмові з самим собою. Це як розмова з самим собою. Ця внутрішня саморозмова - це те, як ви інтерпретуєте і розумієте світ. Ваші розмови з самим собою можуть вплинути на те, як ви відчуваєтеся та поведетеся. Якщо ваші розмови з самим собою нереалістичні або не допомагають, ваші емоції можуть переповнювати вас.

**Травматичний досвід може вплинути на ваші думки про себе та світ.** Ваш травматичний досвід, можливо, переконав вас, що світ є небезпечним місцем. Страх і тривога, пов'язані з травмою, могли сформувати ваше мислення. У результаті ви, цілком зрозуміло, можете подумати, що багато ситуацій є більш небезпечними, ніж вони є насправді. Як описано в «Континуумі безпеки та небезпеки» (нижче), навіть якщо ванна може здатися дуже страшною людині, яка вижила у водах, заражених акулами, насправді вона безпечна. Таким чином, уникання ванни навряд чи зробить людину, яка пережила акулу, реально більш безпечною, навіть якщо вона або вона можуть тимчасово відчувати менше тривоги.

Травматичний досвід також може вплинути на ваше мислення іншими способами. Наприклад, це може змусити вас подумати, що ви не контролюєте ситуацію, або що ви недостойні чи не в змозі впоратися зі стресом. Віра в те, що світ небезпечний і що ви не в змозі з ним впоратися, була сформована вашим досвідом і допомогла

вам пережити травму. Однак вони не обов'язково можуть бути вірними для всіх ситуацій, з якими ви стикаєтесь у своєму повсякденному житті.

(продовження)

Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

190



Що таке когнітивна реструктуризація? (стор. 2 із 2)

### **Континуум безпеки й небезпеки**

Навіть якщо реально ми знаємо, що ванна є відносно безпечною, ванна може здатися дуже страшною для людини, яка вижила у водах, повних акул.

Завжди очікувати небезпеки («Краще перестрахуватися, ніж шкодувати») — це природна реакція, яка захищає нас від майбутньої небезпеки. Але ця «помилкова тривога» може змусити нас уникнути багатьох ситуацій, які реально безпечні. Довгострокові наслідки такого надмірного уникнення можуть бути не вартими невеликого виграшу в безпеці.

**Як правило, ми не усвідомлюємо, що розмовляємо з самими собою.** Наша саморозмова зазвичай автоматична. Розмова з самим собою у

формі «автоматичних думок» приходить у наш розум настільки швидко, що ми можемо не усвідомлювати цього, тому почуття, які воно викликає, здаються поза нашим контролем.

**Автоматичні думки сприяють стражданню.** Автоматичні думки можуть сприяти почуттю тривоги, суму, гніву та провини. Вони можуть призвести до того, що ви втратите контроль і перевантажитесь, тому що автоматичні думки часто сліднують шаблону або стилю мислення, який не є корисним.

Ви можете уникати зосередження на автоматичних думках. Ви можете відчувати, що єдиний спосіб впоратися з цими тривожними думками — не думати про них. Це може на деякий час допомогти вам відчувати себе краще, але неприємні думки про ваш травматичний досвід відіграють головну роль у стражданні, яке ви відчуваєте. Уникнення їх не допомагає зменшити їхню інтенсивність або покращити самопочуття в довгостроковій перспективі. Хоча часом це може бути важко, звернення уваги на марні автоматичні думки дозволить вам краще контролювати свої емоційні реакції на ситуації. Це, у свою чергу, призведе до тривалої зміни страждань, які ви відчуваєте.

**Вірити в істинність думки не означає автоматично, що вона є такою.** Оскільки автоматичні думки є реакцією на коліна, вони зазвичай базуються на почуттях, а не на фактах. Хоча здається це правдою, одна лише думка не робить її правдою! Ви дізнаєтеся, як оскаржити ці думки, щоб ми могли прийняти більш об'єктивне рішення щодо того, наскільки точно вони відображають реальність.

**Звертаючи увагу на свої думки, ви можете навчитися виявляти проблеми у своєму мисленні та замінювати некорисні думки іншими збалансованими.** Когнітивна реструктуризація включає ряд кроків, які допоможуть вам навчитися помічати свої думки, уважно їх вивчати та об'єднувати всю інформацію про ситуацію, щоб створити збалансовану та корисну відповідь.

## **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 8.2. Як я можу навчитися контролювати некорисні думки?**

### **НАВЧІТЬСЯ ОБ'ЄКТИВНО ПЕРЕВІРЯТИ СВОЇ ДУМКИ**

Когнітивна реструктуризація – це навичка подолання, яка включає в себе вивчення того, наскільки реалістичними є ваші думки. Ця навичка допоможе вам краще контролювати те, як ви думаєте, відчуваєте та поведетесь у стресових ситуаціях. Дослідження показали, що когнітивна реструктуризація дуже ефективна для зменшення та контролю почуття депресії та тривоги. Це може допомогти вам впоратися зі своїми тривожними емоційними реакціями на ситуації, пов'язані з травмою.

#### **Шість основних кроків до вивчення когнітивної реструктуризації**

- **Крок 1. Зверніть увагу на ситуацію.** Включає визначення ситуації або подій, які викликали ваш дистрес. Коли ви усвідомлюєте тригери вашого дистресу, його стає більш передбачуваним і легше контролювати.
- **Крок 2. Зверніть увагу на свої емоції.** Включає визначення ваших емоцій і оцінку їх інтенсивності. Усвідомлення своїх емоцій допомагає вам визначити думки, які можуть бути пов'язані з вашими емоціями.
- **Крок 3. Визначте свої автоматичні думки.** Включає розпізнавання автоматичних думок, які спричиняють ваш дистрес. Більше усвідомлення ваших автоматичних думок відкриває двері для їх зміни.
- **Крок 4. Киньте виклик своїм автоматичним думкам.** Включає оцінку ваших думок і розпізнавання стилів мислення, які можуть призвести до негативних емоцій. Ви навчитесь технікам, які допоможуть вам реалістично і корисно інтерпретувати події.
- **Крок 5. Відповідайте на некорисні думки.** Включає заміну некорисних автоматичних думок на більш корисні способи мислення. Розвиток альтернативних способів мислення може допомогти вам відчувати більше контролю та особистої ефективності.

• **Крок 6. Помічаючи свої емоції.** Включає переоцінку інтенсивності ваших емоцій. Це дає вам змогу побачити, чи була ваша когнітивна реструктуризація ефективною для зменшення інтенсивності ваших емоцій.

## **ВИКОРИСТАННЯ АВТОМАТИЧНОГО ЖУРНАЛУ ДУМКІВ**

Почнемо з кроків 1, 2 і 3 — помічаємо ситуацію, свої емоції та автоматичні думки.

Використовуйте автоматичний журнал думок (роздатковий матеріал 8.3) як інструмент, який допоможе вам навчитися усвідомлювати ваші тригерні ситуації, емоції та автоматичні думки. Приклад заповненого автоматичного журналу думок у роздатковому матеріалі 8.3 показує, як це працює.

(продовження)

3 Zayfert, Becker, and Gillock (2002). Copyright 2002 Professional Resource Exchange, Inc. Передруковано з дозволу в Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD Клаудією Зайферт і Керолін Блек Бекер. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

192

Як я можу навчитися контролювати некорисні думки? (сторінка 2 з 4) **Крок 1. Зверніть увагу на ситуацію**

Якщо ви схожі на багатьох людей із посттравматичним стресовим розладом, може здатися, що ваш дистрес схожий на хвилю з неба, яка накрила вас. Ви можете не усвідомлювати, що викликало ваш дистрес або звідки воно походить. Дуже часто до того часу, коли ви усвідомлюєте свій дистрес, ви виходите з ситуації, яка його викликала. Коли ви усвідомлюєте тригери вашого дистресу, його стає більш передбачуваним і легше контролювати. Знання того, які

ситуації можуть викликати певні почуття, допоможе вам підготуватися до корисної відповіді.

- У першому стовпчику автоматичного журналу думок опишіть ситуацію, у якій ви перебували, або події, які відбувалися, коли ви відчували страждання. (Підказка: іноді тригерна подія може бути не навколо вас; натомість це може бути думка чи спогад про щось із минулого.) **Крок 2. Зверніть увагу на свої емоції**

Спочатку це може бути важко, тому що, якщо ви схожі на багатьох людей із ПТСР, ви доклали багато зусиль, щоб не помічати своїх емоцій. Можливо, ви звикли вважати свої емоції поганими. Якщо ви думаєте про свої емоції як про суто негативний досвід, має сенс спробувати їх позбутися.

Насправді ви можете настільки вправно ігнорувати свої емоції, що вам буде важко їх розпізнати та позначити. І все ж звернення уваги на свої емоції має вирішальне значення для змін. Пам'ятати про свої емоції легше, коли ви приймаєте їх як цінний людський досвід. Емоції цінні, тому що вони мають мету в нашому житті. Емоції служать сигналами певного роду ситуацій і спонукають нас діяти певним чином. Навчитися визначати та спостерігати за цими сигналами є важливим кроком до прийняття своїх емоцій. (Підказка. Іноколи ви можете визначити свої емоції за бажанням, яке ви відчуваєте, коли ви засмучені.) Знаючи мету своїх емоцій, вам легше прийняти їх як частину нормального людський досвід. Знаючи, що сигналізують ваші емоції, ви зможете ефективно реагувати. Нижче наведено список загальних спонукань, які люди відчують з кожною емоцією, і її мету.

## **РОЗУМІННЯ СВОЇХ ЕМОЦІЙ**

### **Потяг до емоцій**

### **Призначення**

### **Страх**

Щоб уникнути небезпеки Signals і підказує захистити



*Гнів*

*Щоб атакувати*

*Сигналізує про несправедливість і спонукає вас виправити несправедливу ситуацію. Провина*

*Для ремонту*

*Сигналізує, що ви зробили щось не так, і спонукає вас виправити порушення*

*Ганьба*

*Щоб приховати*

*Сигналізує про те, що думки, почуття чи поведінка є соціально неприйнятними, і спонукає вас утримуватися від дій відповідно до них*

*Печаль*

*Вийти*

*Сигналізує про втрату та спонукає вас популяризувати скорботу*

*• У другому стовпчику автоматичного журналу думок перелічіть усі емоції, які ви помітили. Потім оцініть їх інтенсивність за шкалою 0–100 SUDS.*

*(продовження)*

*193*

*Як я можу навчитися контролювати некорисні думки? (сторінка 3 із 4) **Крок 3. Визначте свої автоматичні думки***

*Тепер, коли ви визначили тригерну подію та емоції, які ви відчуваєте, наступним кроком є усвідомлення ваших автоматичних думок. Це нелегко. Ви повинні вийти за межі своїх думок, щоб помітити їх, ніби*

*ви слухаєте їх запис. Дуже часто ми плутаємо свої думки з реальністю. Але якщо ви подумаєте про це, наші думки можуть точно відображати реальність, а можуть ні. Я можу думати, що завгодно, але це не означає, що це правда. Я можу думати, що рожевий слон у кімнаті як завгодно, але це не буде правдою. Отже, бачите, наші думки існують окремо від реальності, хоча іноді вони можуть відображати реальність, а іноді – ні. Як тільки ми приймаємо це, стає легше вийти за межі наших думок, щоб спостерігати за ними.*

- *Запишіть першу автоматичну думку, яка спала вам на думку в цій ситуації. Запишіть це саме так, як це пройшло у вас у голові, від першої особи («Я») і використовуючи власні слова. Потім від 0% до 100% оцініть, наскільки ви вірите в цю думку.*

*Ваші емоції можуть допомогти вам визначити ваші автоматичні думки. Якщо вам важко визначити свої автоматичні думки в певній ситуації, вам може бути корисно використовувати свої емоції як підказку для своїх думок. Посібник з емоцій і пов'язаних з ними думок (роздатковий матеріал 8.5) показує зв'язок між емоціями та певними видами думок. Наприклад, почуття смутку часто пов'язані з думками про втрату. Втрата може приймати різні форми. Деякі поширені форми втрати включають втрату людини, надії, невинності або власної гідності. Якщо вам важко розпізнати автоматичні думки, спробуйте цей підхід:*

- *Зверніть увагу на свої емоції. (Підказка. Ви можете розпізнати свої емоції, звернувши увагу на бажання, яке ви відчуваєте. Наприклад, смуток зазвичай пов'язаний із бажанням кинути палити.)*
- *Поставте собі запитання, яке відповідає цій емоції (наприклад, для смутку: «Що я втратив?»)*

*Використання аркуша когнітивної реструктуризації*

*Якщо ви визначите свої некорисні автоматичні думки, ви готові до кроків 4, 5 і 6. Тут ви берете під контроль свої некорисні автоматичні думки, кидаючи їм виклик, формуючи нові думки замість некорисних а*

потім переоцініть інтенсивність своїх емоцій. Робочий аркуш когнітивної реструктуризації (Роздатковий матеріал 8.4) допоможе вам спостерігати за своєю реакцією на стресові ситуації та кинути виклик некорисним думкам. Чим більше ви практикуватиметеся заповнювати роздатковий матеріал 8.4 для стресових ситуацій, тим більше ви покращуватимете свої навички та контролюватимете марні думки. Тому намагайтеся заповнювати його хоча б раз на день. Спочатку вам може здатися, що це важко. Ваш терапевт допоможе, якщо вам важко оскаржити думку.

(продовження)

194

Як я можу навчитися контролювати некорисні думки? (сторінка 4 з 4) **Крок 4 — кидайте виклик своїм автоматичним думкам**

Цей крок передбачає оцінку ваших думок і розпізнавання стилів мислення, які можуть призвести до негативних емоцій. Деякі прийоми, які можуть допомогти вам реалістично і корисно інтерпретувати події, перераховані нижче.

- Перевірте думку, відповівши на такі запитання у відведеному місці:
- Які я маю докази для цієї думки?
- Чи існує альтернативний погляд на ситуацію — альтернативне пояснення?
- Які наслідки (переваги–недоліки) такого мислення?
- Підказка. Зважуючи докази за і проти цієї думки, не забувайте використовувати факти, а не почуття. «Докази» повинні бути підтверджені в суді як факт.

**Крок 5. Відповідайте на некорисні думки**

Цей крок передбачає заміну некорисних автоматичних думок на більш корисні способи мислення. Розвиток альтернативних способів

*мислення може допомогти вам відчувати більше контролю та особистої ефективності.*

- *Створіть відповідь на свою думку, яка поєднує докази на користь і проти його думки, а також наслідки продовження думки в ціле висловлювання. Використовуйте цю відповідь, щоб допомогти вам впоратися, якщо у вас знову виникне така думка в майбутньому. ( Підказка. Якщо у вас виникли проблеми з поєднанням доказів, використовуйте формат, Хоча... насправді . . . ) .*

- *Оцініть, наскільки ви вірите цій відповіді (0–100%).*

- *Примітка. Іноді ви можете виявити, що докази підтверджують вашу автоматичну думку. Якщо так, то замість цього може бути корисним розробити план дій для реагування на ситуацію.*

### ***Крок 6. Зверніть увагу на свої емоції***

*Цей крок передбачає переоцінку інтенсивності ваших емоцій. Це дає вам змогу побачити, чи ваша когнітивна реструктуризація була ефективною для зменшення інтенсивності ваших емоцій.*

## **МИСЛЕННЯ 'ВСЕ АБО НІЧОГО'**

Коли людина так думає, вона бачить усе в чорно-білих тонах. Наприклад, хтось може позначити всіх людей як «хороших» або «поганих», не думаючи про золоту середину.

Якщо між ними немає «відтінків сірого», можливо, ви думаєте «все або нічого».

Прикладом мислення типу "все або нічого" є недосягнення ваших цілей і, незалежно від того, наскільки близько ви підійшли, мислення:

- «Я повний провал».

Люди, які пережили травматичні події, часто бачать особисту безпеку в принципі «все або нічого»: якщо ситуація не є повністю безпечною, вона цілком небезпечна. Середнього шляху немає. Ще один приклад мислення «все або нічого» — коли людина бере на себе повну відповідальність за те, що сталося, навіть якщо ситуація не була повністю під її контролем. Наприклад, людина, яка зазнала нападу на побаченні, може подумати:

- «У всьому я винна, бо погодилася його поцілувати».

## **НАДЛИЖНЕ УЗАГАЛЬНЕННЯ**

Надмірне узагальнення — це коли ви робите висновок з одного випадку та застосовуєте його до всіх випадків. Коли ви припускаєте, що негативні результати однієї події відбуватимуться весь час, ви надмірно узагальнюєте.

Приклади такого типу мислення:

- «Я не мав контролю під час землетрусу; Я ні над чим не можу контролювати».
- «Я ходила на побачення з чоловіком, який напав на мене. Щоразу, коли я йду на побачення з чоловіком, на мене нападуть».

(продовження)

Адаптовано з Beck (1995), *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Авторське право 1995 Джудіт С. Бек. Адаптовано з дозволу в *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD* Клаудією Зайферт і Керолін Блек Бекер. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

200

## Поширені стилі мислення (стор. 2 із 2) **ЕМОЦІЙНЕ МІРКУВАННЯ**

Здебільшого ваш досвід визначає ваші очікування щодо майбутнього. Якщо ви берете участь в емоційних міркуваннях, ваші емоції визначають ваші очікування. Більшість із нас вважає, що наші почуття є точним відображенням того, як усе є насправді. У багатьох ситуаціях це розумно припустити. Однак інколи наші емоції можуть не повністю збігатися з реальністю ситуації. Людина, яка використовує емоційне міркування, може подумати:

- «Я відчуваю страх, коли сідаю в машину, тому їздити в машині небезпечно».
- «Я нервую щоразу, коли йду в продуктовий магазин, тому в продуктовому магазині має бути щось, що може мені зашкодити».

## **ЗАЯВЛЕННЯ «СЛІД»**

Це неписані правила, які ви маєте для себе чи інших, які базуються на бажаному за дійсне, а не на факті. Твердження «потрібно» породжують нереалістичні очікування та можуть викликати почуття провини, сорому, розчарування та гніву. Твердження «повинен» також можуть містити такі слова, як «повинен», «повинен» або «повинен». Ось приклади такого типу мислення:

- «Я вже маю це подолати».

- «Моя мати мала захистити мене».
- «Я мав припинити знущання».

## **ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ**

Це трапляється, коли ви вважаєте себе особисто відповідальним за погані речі, які сталися, навіть якщо ви не повністю контролюєте їх. Коли ви берете участь у такій формі мислення, ви можете ігнорувати докази того, що інші люди поділяють відповідальність за події. Приклади:

- «Це була моя вина».
- «Я дозволив цьому статися».

201

## **Д Е В ' Я Т Ь**

### **Додаткові інструменти**

У цьому розділі наведено огляд корисних додаткових інструментів КПТ для лікування складних випадків ПТСР. Додаткові інструменти взято з емпірично підтверджених або багатообіцяючих методів лікування, розроблених для інших розладів або проблем, які зазвичай виникають разом із ПТСР. Розвиток знайомства з деякими з цих втручань розширює вашу здатність розглядати повну клінічну картину посттравматичного стресового розладу за допомогою підходу формулювання випадку. Наприклад, знайомство з лікуванням панічного контролю (Barlow & Craske, 2000), лікуванням панічного розладу, яке має найбільшу емпіричну підтримку, допомагає вам пристосувати лікування для пацієнтів із супутнім ПТСР і панічним розладом.

Деяким пацієнтам потрібне лише лікування ПТСР, оскільки немає додаткових проблем. Супутні захворювання також часто вирішувалися разом із посттравматичним стресовим розладом, і деякі пацієнти не

бажають звертатися до супутніх захворювань. Проте супутні захворювання часто вимагають втручання.

Таким чином, окрім використання систематичного підходу для розробки належного лікування, вам може бути корисним мати «набір інструментів», який містить втручання для поширених супутніх проблем.

Для деяких проблем панель інструментів може просто містити відповідні джерела перенаправлення.

Наприклад, ви можете не бажати стати експертом у лікуванні розладів харчової поведінки. Якщо так, ви можете відстежувати симптоми розладів харчової поведінки пацієнтів і направляти їх до експерта з розладів харчової поведінки після завершення лікування ПТСР або, якщо необхідно з міркувань безпеки, до або під час лікування ПТСР. Подібним чином, ви можете скеровувати пацієнтів до офіційної програми лікування болю, а не впроваджувати втручання проти болю разом із лікуванням ПТСР або після нього. Зазвичай ми також направляємо пацієнтів із проблемами токсикоманської залежності до експертів із токсикоманії для поетапного або одночасного лікування. Ступінь, до якого ви доповните свій набір інструментів навичками втручання в допоміжних областях, частково залежить від наявності спеціалістів з цих інших питань у вашій місцевості.

Однак деякі навички є безцінними незалежно від наявності джерела рекомендацій. Наприклад, офіційні програми діалектичної поведінкової терапії (DBT) можуть бути доступні для прийому направлень осіб із прикордонним розладом особистості (BPD), які мають виражену схильність до суїциду та порушення регуляції емоцій. Проте багато людей із посттравматичним стресовим розладом і легкими формами БЛД не відповідають вимогам таких програм. Прикордонні симптоми також можуть 202

Додаткові інструменти



бути достатньо серйозним, щоб перервати лікування, але недостатньо серйозним, щоб виправдати відмову від лікування ПТСР на користь допуску до програми DBT. Таким чином, ми рекомендуємо вам трохи ознайомитися з DBT.

Крім того, вирішення супутніх проблем часто має явні переваги.

Наприклад, якщо ви вирішите поведінково лікувати залишкові проблеми зі сном у пацієнта, який відреагував на КПТ з приводу посттравматичного стресового розладу, у вас буде старт, оскільки ви вже маєте робочий союз із пацієнтом. Ви також будете знайомі з базою знань і навиками пацієнта, а також з його чи її сильними сторонами та областями труднощів.

Більше того, пацієнт, імовірно, мав би значну довіру до вас, якби лікування досі принесло покращення. Навпаки, якщо у пацієнта виникло порушення сну після КПТ з приводу посттравматичних стресових розладів, і ви направили цього пацієнта до клініки сну, необхідно встановити новий зв'язок і довіру до терапевта та терапії.

## **ДІАЛЕКТИЧНА ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ**

Як зазначалося в цій книзі, ми знаходимо багато аспектів DBT (Linehan, 1993a) корисними при лікуванні постраждалих. DBT є комплексним лікуванням, і повна деталізація багатьох способів, які ми вважаємо DBT корисними для лікування травм, виходить за рамки цієї книги або глави. Зацікавленим читачам слід ознайомитися з Becker and Zayfert (2001) для додаткового обговорення застосування DBT до СВТ для ПТСР. Навчання DBT також доступне у Сполучених Штатах компанією Behavioral Tech (див. [www.behavioraltech.com](http://www.behavioraltech.com)), яка пропонує як онлайн-навчання, так і базу даних навчених постачальників DBT на своєму веб-сайті.

Багато концепцій DBT дуже корисні для лікування травм. Зокрема, ми найбільше покладаємося на біосоціальну теорію, яка лежить в основі DBT, діалектику прийняття та змін (Linehan, 1993a) та різноманітні навички DBT. Біосоціальна теорія стверджує, що БЛД (або серйозні проблеми з порушенням регуляції емоцій) виникає, коли вроджена

темпераментна вразливість до порушення регуляції емоцій поєднується з несприятливим середовищем (Linehan, 1993b). Розвиток гарного розуміння біосоціальної теорії та концепції визнання недійсним (включаючи самозвільнення) допоможе вам розробити комплексні формулювання випадків для багатьох пацієнтів. Крім того, пацієнти часто отримують користь від того, що їхні проблеми з порушенням регуляції емоцій пояснюються за допомогою біосоціальної теорії.

Діалектика прийняття та зміни (Лінехан, 1993b) чітко визнає необхідність балансу між прийняттям та зміною під час терапії. Ця діалектика діє як у ваших пацієнтах (тобто деякі речі, які вони можуть змінити, а інші вони повинні просто прийняти), так і у вас (тобто потреба збалансувати використання вами стратегій прийняття та змін; Becker & Zayfert, 2001). Ретельне знайомство з діалектикою прийняття та змін допомагає краще концептуалізувати завдання, з якими стикається даний пацієнт. Це також допоможе вам належним чином поєднати стратегії прийняття та зміни. КПТ значною мірою базується на технології змін. Навіть прийняття зазвичай досягається за допомогою методів змін. Наприклад, пацієнти повинні прийняти свою травму. Ми вчимо їх приймати свою травму під час впливу, змінюючи їхню основну стратегію подолання на уникнення. Ми також використовуємо когнітивну реструктуризацію, щоб змінити їх мислення. Однак інколи вміле впровадження специфічних стратегій, заснованих на прийнятті, полегшує прогресування лікування. Наприклад, ідея прийняття усвідомленої, прийнятної позиції щодо тривоги (і емоцій загалом) є корисною для багатьох

204

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

"Я помітив, що ви висловили значне небажання відчувати тривогу, і це зрозуміло, оскільки інтенсивна тривога, яку ви іноді відчуваєте, може бути надзвичайною та досить неприємною. Як ми вже говорили, тривога – це корисна людська емоція. Він виконує дуже важливу функцію, захищаючи нас, коли ми стикаємося з небезпекою. Однак це стає проблемою для вас, коли ви відчуваєте це в ситуаціях, які

становлять мінімальну небезпеку. Мета цього лікування полягає в тому, щоб зрозуміти, що ваша тривога є непотрібною в певних ситуаціях. Але щоб навчитися цьому, потрібно відчувати тривогу. Іншими словами, ваш успіх у проведенні цієї терапії може залежати від вашої готовності прийняти тривогу. Ми також можемо розглядати це як настрій, який ви привносите в терапевтичні завдання. Якщо ви схильні вірити, що будь-яка тривога — це погано, і що вам слід наполегливо працювати, щоб «позбутися» своєї тривоги, ви можете підійти до завдань терапії як до чогось, що ви повинні *терпіти* позбутися тривоги назавжди. Іноді ми називаємо це «білим ударом». Ви ніби стискаєте кулаки, стискаєте зуби й чекаєте, поки все закінчиться. Таке мислення, як правило, ускладнює дотримання терапевтичних завдань і програми. Інший спосіб підійти до завдань терапії — визнати та прийняти, що хоча тривога може бути незручною, вона допомагає нам вижити. Крім того, деякі люди вважають корисним практикувати радикальне сприйняття тривоги як цінного життєвого досвіду. Прийняття сприйнятливої позиції щодо свого занепокоєння може підвищити ймовірність успіху».

Багатьом пацієнтам легше прийняти сприйнятливую позицію щодо тривоги та інших емоцій після того, як їх навчили певним навичкам сприйняття DBT. Наприклад, у попередньому прикладі терапевт говорить про DBT навик радикального прийняття, який передбачає екстремальне прийняття речей, які раніше відкидалися. Навички усвідомленості, засновані на буддистському посередництві, вчать пацієнтів сприймати сьогодення без осуду.

Уважність, яка включена в роздатковий матеріал 9.1, далі розглядається в роздатковому матеріалі 9.2. Навички уважності можуть бути дуже корисними для пацієнтів, які дисоціюють, заціпеніли або мають труднощі з розрізненням і переживанням своїх емоцій.

Ми також використовуємо концепцію DBT «станів розуму», яка вводиться на початку формального навчання усвідомленості DBT. Терапевт представляє уявлення про те, що пацієнти можуть перебувати в одному з трьох станів розуму: розумний (або раціональний) розум, емоційний розум або мудрий розум. Розумний розум аналітичний і

раціональний, тоді як в емоційному розумі емоції домінують. На жаль, західна культура часто винагороджує нас за розсудливість, оскільки ми найбільш ефективні, коли поєднуємо емоції з розумом, стан, який називають «мудрим розумом». Пацієнти найчастіше бачать корисність цього, коли їх просять визначити час, коли вони «справді щось знали в глибині душі». Коли ми перебуваємо в стані мудрого розуму, ми знаємо речі справді значущим чином. Одним із прикладів мудрого розуму, який резонує з переважною більшістю пацієнтів із ПТСР, є рішення звернутися за лікуванням ПТСР. Наприклад, коли Аміру запитали про її рішення звернутися за лікуванням, вона відповіла: «Я була налякана і не хотіла цього робити. Але я *знав*, що мені потрібно, хоча й боявся, бо це був єдиний спосіб, яким я мігвилікуватися». У цій відповіді Аміра демонструє мудре мислення. Вона включає в себе як раціональні думки (наприклад, «Лікування було єдиним способом, яким я моглавилікуватися»), так і емоції (тобто «Я була налякана»), не скасовуючи жодного з них (наприклад, вона не каже, що її страх безпідставний).

## Додаткові інструменти

205

Аміра також «знає», що їй потрібно пройти лікування. Роздатковий матеріал 9.3 підсумовує різні стани розуму. У ході цієї дискусії ми також часто малюємо для наших пацієнтів пересічні кола Лінехана (1993b), які ілюструють мудрий розум як інтеграцію емоційного розуму та розумного розуму.

Багатьом пацієнтам може бути корисно обговорити вплив травматичного досвіду на душевний стан. Ми виявили, що метафора «Гойдалка емоцій і розуму» (див. Роздатковий матеріал 9.3) є корисним інструментом для нормалізації реакцій на травму та передачі впливу травми на здатність залишатися врівноваженим у стані розуму (Zayfert, Becker, & Гілок, 2002). Використовуючи цю метафору, ми підкреслюємо, що всі люди живуть на цій гойдалці і повинні намагатися збалансувати емоції та розум. Ті, хто не зазнав травми, сидять у центрі гойдалки, і їхні рухи містяться на короткій відстані від точки опори, що робить завдання збереження рівноваги відносно

легким. Проте травматична подія, як правило, швидко штовхає людину в емоційний розум, який часто сприймається як вийшов з-під контролю, і зазвичай намагаються швидко втекти з цього стану. Швидкий відступ до протилежного кінця призводить до розумного (часто заціпенілого) стану. Це готує основу для перевертання між емоційним розумом і розумним розумом. Коли гойдалки починають рухатися, людям може бути важче відновити рівновагу, яку вони мали, коли сиділи в центрі. Метафора гойдалки допомагає пацієнтам концептуалізувати свою власну схильність до рикошету між емоціями та розумом як зрозумілий наслідок травматичного досвіду.

Іншим інструментом, який ми використовуємо, щоб допомогти пацієнтам відновити цей баланс, є таблиця для розпізнавання станів розуму (Роздатковий матеріал 9.3). Наша мета в цьому робочому аркуші – допомогти пацієнтам визначити ознаки, які вказують на те, що вони перебувають у розсудливому чи емоційному розумі, і кроки, які вони можуть зробити, щоб допомогти відновити баланс між станами розуму.

Ми виявили, що багатьом пацієнтам корисні короткі, а інколи й триваліші курси навчання уважності. Таким чином, ми заохочуємо вас отримати досвід навчання усвідомленості. Вам також може бути корисно дізнатися про уважність з інших джерел (наприклад, Kabat-Zinn, 1994) і скласти список ресурсів для практики усвідомленості (або медитації) у вашій місцевості.

Як ми зазначали раніше в цій книзі, інші навички також можуть полегшити проведення КПТ

для ПТСР. Наприклад, стратегії самозаспокоєння та навички відволікання, взяті з DBT

може допомогти пацієнтам модулювати свою емоційну реакцію під час лікування. Підводячи підсумок, DBT може багато чого запропонувати травматологам, включаючи тих, хто ніколи не збирається впроваджувати повномасштабну DBT.

## **ПЛАНУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ**

Планування активності (також згадується як «поведінкова активація» та «планування приємної активності») є одним із основних компонентів КПТ для лікування депресії (Beck et al., 1979).

Дослідження демонтажу показують, що лише планування активності може призвести до подібного зниження депресії порівняно з плануванням діяльності разом з іншими елементами КПТ, такими як когнітивна реструктуризація (Jacobson et al., 1996). Таким чином, планування діяльності може бути дуже корисним у управлінні депресивним настроєм у пацієнтів з ПТСР.

На перший погляд, планування активності досить просте: ви та ваш пацієнт плануєте діяльність. Ми часто зосереджуємося на приємних заходах під час планування занять, тому що багато постраждалих від травм припинили будь-яку участь у приємних заходах, і багато хто

206

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

інші ніколи не навчилися використовувати приємні події для модулювання афекту. Однак інші пацієнти взагалі припиняють більшість своїх занять і потребують допомоги, щоб відновити основні повсякденні дії. Незважаючи на уявну простоту планування діяльності, нюанси цієї методики важливі, якщо ви хочете, щоб вона була ефективною. Тому рекомендуємо вам ознайомитися з цими нюансами. Зацікавлених читачів відсилають до Beck et al.

(1979) та Persons et al. (2001) для більш детального обговорення планування діяльності.

Розуміння номотетичної формули, яка лежить в основі КПТ для депресії, також корисно при розробці формулювань для пацієнтів із депресією та ПТСР. Інформація про номотетичний склад для лікування депресії доступна в тих же посиланнях.

## НАВИЧКИ АСЕРТИВНОГО СПІЛКУВАННЯ

Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом часто мають дефіцит наполегливих комунікативних навичок, що може спричинити значні життєві проблеми, які перешкоджають лікуванню. Наприклад, Адель прийшла на сесію і повідомила, що її збираються викинути з квартири за несплату квартплати. На роботі Адель заробила достатньо грошей, щоб заплатити за оренду та основні витрати, але її колишній чоловік, який залишив її заради іншої жінки, продовжував просити гроші. Адель повідомила, що не могла уявити собі відмовити в його проханні грошей чи будь-якому іншому проханні з цього приводу. Швидкий огляд історії Адель виявив давню модель відсутності належної самовпевненості.

Відсутність наполегливості Адель створила матеріально-технічну проблему, яка загрожувала зірвати лікування. Таким чином, її терапевт ненадовго інтегрував навчання наполегливості в лікування, а потім продовжив КПТ для ПТСР. Ймовірно, ви зустрінете багато таких пацієнтів, як Адель. Багато інших пацієнтів, однак, отримають користь від більш комплексного навчання наполегливості до або після завершення КПТ для ПТСР. Таке навчання має передувати КПТ для посттравматичних стресових розладів, наприклад, коли пацієнти перебувають у стосунках або життєвих ситуаціях, які передбачають активне емоційне, фізичне чи сексуальне насильство, або якщо вони зазнають повторного насильства в інших сферах свого життя. Є багато корисних довідників для вивчення навичок напористого спілкування, і більшу частину цієї літератури було перекладено на зручні для читання книги для самодопомоги (наприклад, див. Jakubowski & Lange, 1978; Alberti

& Еммонс, 1986). Здебільшого ми вважаємо недостатнім просто давати ці книги пацієнтам, оскільки багато пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом потребують більш інтенсивного навчання та допомоги у відпрацюванні навичок самовпевненого спілкування. Однак ці посилання допоможуть вам розвинути міцні знання про наполегливість, щоб ви могли поєднати тренування з напористості під час занять із бібліотерапією.

## **НАВИЧКИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ**

Багато КПТ включають етапи вирішення проблем (наприклад, КПТ для нервової булімії; Fairburn та ін., 1993) та/або базуються на вирішенні проблем для депресії (Nezu, 1986).

Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом часто приходять на лікування з проблемами, які погіршують якість їхнього життя та/або здатність продовжувати лікування. Тому часто корисно навчити їх семи простим крокам вирішення проблем.

### Додаткові інструменти

207

Вирішення проблем можна здійснювати як формально, так і неформально. Формальне розв'язування проблем передбачає чітке навчання семи кроків. Неформальне вирішення проблеми може складатися з проведення пацієнта через сім кроків, не будучи настільки чітким у процесі навчання. Останній варіант іноді працює краще для пацієнтів, які дуже засмучені проблемою та когнітивно перевантажені. Основна мета неформального вирішення проблем полягає в тому, щоб вирішити проблему якомога швидше за допомогою семи кроків, а не навчити вирішувати проблеми.

Крок 1 розв'язання проблеми полягає у визначенні проблеми максимально конкретною мовою (див. Роздатковий матеріал 9.4). Якщо пацієнти об'єднують кілька проблем разом, їх слід розділити та вирішити окремо. Крок 2 передбачає мозковий штурм якомога більшої кількості способів вирішення проблеми. Заохочуйте пацієнтів виходити за межі простих відповідей і дійсно намагатися досліджувати всі рішення без суджень. Тут варто записати навіть абсурдні відповіді, щоб підкреслити експансивний характер цього типу мозкового штурму. Обґрунтування цього етапу полягає в тому, що гарне рішення з більшою ймовірністю з'явиться, якщо згенеровано багато рішень. Наприклад, під час мозкового штурму щодо вирішення проблеми з транспортом Джеремі жартома сказав: «Я міг би сісти на свого домашнього ослика, покатати його тут і прив'язати його біля лікарні». Однак він не хотів записувати цю відповідь, оскільки це було «смішно». Його терапевт попросив його записати це, після чого



Джеремі засміявся та сказав: «Ти справді шукаєш *всіх* рішень, чи не так?»»

Для Кроку 3 ви та ваш пацієнт оцінюєте доцільність і ймовірний успіх кожного рішення. Після цього пацієнт вибирає рішення (Крок 4), яке може складатися з комбінації рішень. Крок 5 включає опис того, що пацієнт повинен зробити, щоб виконати рішення. Кроки 6 і 7 складаються з реалізації рішення, а потім оцінки того, як все вийшло.

## **СПОРІВНІСТЬ СУПОЛУЧНИХ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ**

ПТСР часто супроводжується іншими тривожними розладами. Наприклад, у нещодавньому клінічному дослідженні ми виявили, що 74% пацієнтів із основним діагнозом ПТСР відповідали критеріям принаймні ще одного тривожного розладу (Zayfert, Becker, Unger, & Shearer, 2002).

Таким чином, клініцисти, які лікують посттравматичний стресовий розлад, повинні бути готові керувати супутніми тривожними розладами.

Інші проблеми з тривогою можуть розвинутиися разом із посттравматичним стресовим розладом, передувати його появі або з'явитися пізніше під час посттравматичного стресового розладу. Незважаючи на це, у більшості випадків важливо *врахувати* потенційну взаємодію між посттравматичним стресовим розладом та іншими проблемами тривоги під час розробки формулювання випадку, щоб ви були готові до вирішення таких проблем. Лікування коморбідного тривожного розладу може просто включати моніторинг поточних симптомів, пов'язаних із тривожним розладом, або може включати лікування (тобто активне втручання).

У деяких випадках є вагомі підстави припустити, що коморбідні тривожні розлади зменшаться за допомогою лікування ПТСР. Наприклад, Марша, яка пережила численні фізичні та сексуальні насильства в дитинстві, відповідала критеріям як посттравматичного стресового розладу, так і нав'язливого...

компульсивний розлад (ОКР). Поведінка Марші включала проведення 3–4 годин на день, прибираючи свій будинок, і частий підрахунок предметів навколо неї. Марша була

208

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

не могла контролювати своє прибирання та повідомила, що це часто заважало їй жити. Рахунок, який почався в дитинстві, заважав, але не заважав суттєво повсякденній діяльності. Поведінка Марші, пов'язана з ОКР, виявилася функціонально пов'язаною з її посттравматичним стресовим розладом, оскільки вона посилювалася, коли вона стикалася зі стимулами, що провокують тривогу, пов'язаними з травмою. Таким чином, терапевт припустив, що підрахунок був технікою відволікання, яку Марша спочатку використовувала під час жорстокого поводження, а потім використовувала в багатьох незручних ситуаціях або коли нагадувала про насильство. Марша брала участь у кількох годинах щоденного впливу, когнітивної реструктуризації та планування діяльності. Замість того, щоб розробляти додаткові завдання з профілактики впливу та відповіді (на основі номотетичної моделі ОКР), спрямовані безпосередньо на очищення та підрахунок, терапевт запропонував спочатку націлити лікування на ПТСР і депресію. Вона також запропонувала контролювати тяжкість симптомів ОКР під час лікування та переоцінити їх наприкінці лікування ПТСР, щоб визначити, чи симптоми ОКР зберігаються та потребують додаткового цілеспрямованого втручання.

У деяких випадках супутня проблема тривоги може жити «власним життям» і настільки відрізнитися від посттравматичного стресового розладу, що втручання для лікування посттравматичного стресового розладу не поширюються на окрему проблему тривожності.

Наприклад, соціальна фобія є однією з найпоширеніших коморбідних проблем тривоги серед осіб, які шукають лікування від ПТСР (Zayfert, Becker, Unger та ін., 2002). Незважаючи на те, що лікування соціальної фобії, що базується на доказах, включає експозицію та когнітивну реструктуризацію, мета цих методів може бути настільки іншою, ніж у лікування посттравматичного стресового розладу, що ефекти лікування

посттравматичного стресового розладу не поширюються на соціальну фобію.

Джуліан повідомив про тривалу історію соціальної фобії, на додаток до посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з фізичним насильством у дитинстві. Джуліан повідомив, що завжди був «сором'язливим і мовчазним», і зазначив, що це не вписувалося в бажання його батька мати сина, який був би «чоловіком» і популярним спортсменом. Джуліан завершив контакт із спогадами про побиття батьком і успішно використав когнітивну реструктуризацію, щоб оскаржити переконання, що жорстоке поводження стало його власною провиною, оскільки він не виправдав очікувань свого батька. Однак наприкінці лікування він все ще відчував значне занепокоєння щодо побачень, розмов з жінками та публічних виступів. Таким чином, терапевт Джуліана запропонував йому взяти участь у груповому лікуванні соціальної фобії, яке включало вплив соціальних ситуацій, тренування соціальних навичок і когнітивну реструктуризацію.

Іноді ви можете не впоратися з розладами послідовно, а натомість вирішуватимете проблеми одночасно. Наприклад, Лоїс відповідала критеріям як ПТСР, так і ОКР. Однією з травмуючих подій для неї було те, що вона побачила останки свого батька після того, як він застрелився. Лоїс повідомила, що скрізь була кров і що її батько забруднився. Вона уникала крові, сечі, фекалій і плям, які нагадували їй про кров, фекалії або сечу, тому що вони викликали як страх перед зараженням, пов'язаний з ОКР, так і страх і спогади, пов'язані з травмою. Терапевт Лоїс запровадив інтегроване лікування обох розладів, яке передбачало зосередження Лоїс на страху, пов'язаному з ПТСР або ОКР, під час першого впливу певного стимулу. Коли вона звикла до першого страху, пов'язаного з подразником, Лоїс завершила вплив свого другого страху перед тим самим подразником (для детального обговорення іншого випадку, пов'язаного з об'єднаним ОКР і ПТСР

лікування, див. Becker, 2002).

Іноді ми вважаємо корисним інтегрувати лікування паніки та посттравматичного стресового розладу. Наприклад, Еріка, яка

відповідала критеріям як панічного розладу, так і посттравматичного стресового розладу, повідомила про несподівані напади паніки та викликала панічні атаки. Останні зазвичай були у відповідь на травматичні подразники. Еріка була надзвичайно налякана своїми симптомами паніки та повідомила, що повірила

Додаткові інструменти

209

що вона мала серцевий напад або інсульт під час панічних атак. Враховуючи її страхи щодо панічних атак, терапевт Еріки припустив, що у неї можуть виникнути проблеми з посттравматичним стресовим розладом, який, імовірно, викликає страх як паніки, так і травматичних подразників і спогадів. Таким чином, терапевт Еріки змішав психонавчання паніки з психонавчанням посттравматичного стресового розладу. Вона також розпочала Еріку повторне тренування дихання та інтероцептивного впливу на напади паніки (Barlow & Craske, 2000) до початку *in vivo* впливу травми. Мета полягала в тому, щоб Еріка навчилася не боятися відчуттів, пов'язаних із гострою тривогою, до початку впливу травми.

Останнє опитування показує, що багато терапевтів, які пройшли підготовку з КПТ для ПТСР *не* були навчені КПТ для інших тривожних розладів (Becker et al., 2004). На нашу думку, це не оптимальна ситуація. Таким чином, ми заохочуємо вас отримати певний досвід КПТ/впливу на інші тривожні розлади. Ви можете пройти навчання на щорічній конференції Асоціації поведінкової та когнітивної терапії (АВСТ; [www.abct.org](http://www.abct.org)). Посібники з лікування інших тривожних розладів (наприклад, паніки, генералізованого тривожного розладу тощо) можна отримати в Oxford University Press.

## АНАЛІЗ РІШЕНЬ

Поширений метод КПТ, аналіз рішень (Janis & Mann, 1977), може бути дуже корисним для вирішення амбівалентності пацієнтів щодо терапії загалом і впливу зокрема. Аналіз рішень є відносно простою технікою, яка полягає в тому, що пацієнти визначають плюси та мінуси

збереження своєї поведінки та зміни цієї самої поведінки. У лікуванні посттравматичних стресових розладів поведінка, як правило, є певною формою поведінки уникнення. Зазвичай найкраще робити це на папері (див. Роздатковий матеріал 9.5, який містить заповнений аркуш як приклад). Досить часто труднощі у прийнятті рішень пов'язані з труднощами збереження та організації всієї інформації в голові.

Аналіз рішень – це незагрозливий спосіб дослідити амбівалентність пацієнтів щодо відмови від уникнення. Крім того, коли пацієнти вивчають плюси та мінуси своєї поведінки уникнення, вони легше визнають, що короткострокове зниження тривожності пов'язане з великими довгостроковими витратами. Наприклад, Роберта прийшла на лікування за наполяганням свого колишнього терапевта і дуже неохоче починала лікування посттравматичного стресового розладу.

Замість того, щоб намагатися переконати Роберту, що лікування посттравматичного стресового розладу було б хорошою ідеєю, терапевт сказав: «Скажу вам що, чому б нам не вивчити переваги та витрати зіткнення зі своїми спогадами про травми та переваги і витрати на те, щоб продовжувати зберігати ці спогади в скриньці». Коли Роберта заповнювала Робочий аркуш для аналізу рішень (Роздатковий матеріал 9.5), вона зазначила: «У короткостроковій перспективі є багато причин для того, щоб я залишалася тим, що я роблю. Але дивіться в довгостроковій перспективі. Я ніколи не усвідомлював усіх довгострокових витрат. Я просто ніколи про це не думав».

Ви також можете використовувати аналіз рішень, щоб безпосередньо вирішити амбівалентність пацієнтів щодо впливу. Наприклад, після завершення психоосвіти Рон сказав: «Усе це має великий сенс, і я насправді відчуваюся дещо краще. Мені важко, однак, з думкою, що мені доведеться думати про те, що сталося. Я просто не можу пройти через це. Це буде надто жахливо». Терапевт зрозумів, що у нього є кілька варіантів, зокрема використання когнітивної реструктуризації для вирішення мислення Рона та спроба словесно переконати Рона дати шанс викритися. Натомість терапевт вирішив перевірити, чи зможе Рон переконати себе за допомогою аналізу рішень.

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

Коли Рон завершив аналіз рішень, він зрозумів, що наслідки значною мірою сприяють продовженню викриття. До кінця сеансу Рон пояснював терапевту, навіщо йому потрібно було робити експозицію.

При використанні аналізу рішень важливі два основні міркування (читачам, зацікавленим у подальшому обговоренні використання аналізу рішень у лікуванні посттравматичних стресових розладів, слід переглянути Zayfert, Becker, & Gillock, 2002). По-перше, аналіз рішень зазвичай легший, коли ви націлені на дуже конкретну поведінку уникнення. Іншими словами, пацієнтам важче визначити конкретні наслідки (позитивні та негативні), якщо заявлена поведінка є лише «уникненням». Навпаки, їм легше створити наслідки, якщо заявлена поведінка полягає в «уникненні лікування травми» або, навіть краще, «уникненні думок про те, що мене зґвалтував мій сусід», або «уникненні продуктового магазину».

По-друге, ми зазвичай починаємо аналіз рішень, просячи пацієнтів визначити короткострокові переваги збереження їх поведінки уникнення. Короткострокові переваги тривалого уникнення зазвичай дуже легко визначити для пацієнтів. Крім того, починаючи тут, ви виходите з ролі переконання пацієнтів зробити щось страшне. Натомість ви перевіряєте причини їхньої поточної поведінки, що допомагає налагодити взаєморозуміння.

## ЛІКУВАННЯ БЕЗСОННЯ

Труднощі із засипанням або засинанням, симптомом, про який найчастіше повідомляють у різних типів пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (Green, 1993), підтверджують аж 70% тих, хто відповідає діагностичним критеріям ПТСР (Ohayon & Шапіро, 2000). Хоча спочатку проблеми зі сном можуть бути викликані нічними кошмарами та підвищеною пильністю, безсоння, пов'язане з ПТСР, часто зберігається після успішного лікування ПТСР (Zayfert &

DeViva, 2004), що свідчить про те, що додаткові фактори можуть підтримувати безсоння, пов'язане з ПТСР.

Наприклад, у деяких пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом може розвинутися страх перед сном через кошмари, страх спальні та/або страх ослаблення під час сну. Такі страхи та дезадаптивна поведінка, пов'язана зі сном, іноді зберігаються після того, як кошмари та інші симптоми ПТСР зменшилися. Крім того, як і у пацієнтів із загальним безсонням, у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом може розвинутися тривога та дезадаптивні переконання щодо відсутності сну разом із поганою гігієною сну.

Якщо пацієнти продовжують боротися з безсонням після успішного лікування посттравматичних стресових розладів, може бути корисно усунути стійкі фактори, які підтримують безсоння. КПТ для лікування безсоння є коротким, високоефективним втручанням, яке може вирішити залишкові проблеми зі сном (DeViva, Zayfert, Pigeon, & Mellman, 2005). На даний момент незрозуміло, чи доцільно застосовувати цей підхід разом із лікуванням ПТСР. Враховуючи, що приблизно у половини пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом спостерігається ремісія безсоння лише в результаті лікування посттравматичного стресового розладу, ми рекомендуємо застосовувати КПТ для лікування безсоння після лікування ПТСР.

Morin (1993) детально описує КПТ для загального безсоння. Однак КПТ для безсоння, пов'язаного з ПТСР, зазвичай можна скоротити через збіг навичок з КПТ для ПТСР (DeViva та ін., 2005; рис. 9.1). Скорочене втручання при безсонні зазвичай включає звичайні компоненти КПТ для безсоння (наприклад, стратегії контролю над стимулами та обмеження сну, див. Morin, 1993), з акцентом на залишкову нічну пильність та уникнення сну. Наприклад, незважаючи на те, що вони навчилися більш точно визначати, що є безпекою протягом дня, деякі пацієнти продовжують сприймати

Додаткові інструменти

Сеанс

Зміст

1

Оцінка безсоння

2

Обмеження сну та контроль стимулів

3

Переглянути домашнє завдання з обмеження сну та контролю стимулів; почати когнітивну реструктуризацію 4

Переглянути домашнє завдання з когнітивної реструктуризації; тренування з гігієни сну та прогресивного розслаблення м'язів

5

Переглянути/інтегрувати компоненти; профілактика рецидивів

**РИСУНОК 9.1.** Огляд КПТ для безсоння, пов'язаного з ПТСР.

спальню як небезпечну, або займатися звичною пильністю та перевіркою перед сном. Вони також можуть мати звичку залишати увімкненим телевізор чи радіо, одягати важкі ковдри або спати з увімкненим світлом, щоб почуватися в безпеці. Крім того, вони можуть продовжувати вірити, що опускати пильність під час сну небезпечно. Такі переконання можуть потім призвести до поведінки, яка заважає сну, наприклад уникання ліжка, спальні, темряви чи тиші.

У деяких випадках після виявлення конкретну поведінку можна змінити, щоб викликати сон, як-от вимикання телевізора, радіо чи світла. Однак в інших випадках зміна поведінки сама по собі не покращить сон без успішного випробування помилкових уявлень про небезпеку, які лежать в основі нічної пильності. Наприклад, Джессіка



повідомила, що якщо вона прокинеться вночі, то буде залишатися дуже нерухомою через страх, що її чоловіка розбудять і наполягатиме на сексуальних стосунках. Спокійність і незручність часто заважали Джессіці знову заснути.

Використовуючи когнітивну реструктуризацію, Джессіка дійшла висновку, що, хоча її брат примушував її до статевого акту посеред ночі, її чоловік ніколи не примушував її займатися сексом і ніколи не вступав у інтимні стосунки пізно вночі. Тому навряд чи він її примушував. У результаті вона змогла зручно змінити позицію та знову заснути.

Лікування безсоння не надто складне. Таким чином, ми заохочуємо вас переглянути Morin (1993) і DeViva et al. (2005) для отримання додаткової інформації щодо лікування безсоння та скороченого лікування для пацієнтів, які пройшли КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу.

## **ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧУВАННЯ**

Дослідження показують, що травматичні переживання є неспецифічним фактором ризику розвитку розладів харчової поведінки (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, & O'Neil, 1997; Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999). Однак, як зазначив Брюертон (2005), «неспецифічний»

не означає неважливий. Крім того, у нашому дослідницькому дослідженні поширеності розладів харчової поведінки серед пацієнтів клінічної практики з тривогою кожна шоста пацієнтка з ПТСР, ймовірно, мала розлад харчової поведінки (Becker et al., 2004).

У деяких випадках розлади харчової поведінки розвиваються незабаром після критичної травматичної події, і легко пропустити функціональний зв'язок між розладом харчової поведінки та історією травми. Наприклад, розлад харчової поведінки Карен розвинувся у віці 35 років після травматичного викидня під час першої вагітності. Після викидня Карен чітко подумала, що якщо вона не може бути матір'ю, то хоче бути худою. У випадках в

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

якщо розлад харчової поведінки виник перед травматичною подією чи розвивається через багато років, гіпотези про причинно-наслідковий зв'язок або зв'язок, що підтримується, зазвичай є значно більш умовними.

Навіть у випадках, коли немає причинно-наслідкового зв'язку, розлади харчової поведінки можуть бути проблемою для лікування травми, оскільки пацієнти можуть використовувати свої розлади харчової поведінки, щоб не думати про свою травму. Наприклад, Карен зазначила, що, на її думку, використовувала свій розлад харчової поведінки, щоб не думати про свій викидень. У пацієнтів також може спостерігатися посилення симптомів розладу харчової поведінки внаслідок посилення негативного впливу. Наприклад, пацієнти, які використовують переїдання та/або очищення для модуляції негативного афекту, часто проявляють таку поведінку більшою мірою, коли вони відчують тимчасове посилення негативного афекту, пов'язаного з КПП для ПТСР. Джейн повідомила про погіршення симптомів свого розладу харчової поведінки (тобто посилення дієтичного обмеження та очищення), щоразу, коли вона починала піддаватися спогадам про нову травму. Хоча не було жодних доказів того, що її розлад харчової поведінки був спричинений її травмою, терапевт припустив, що розлад харчової поведінки погіршувався, оскільки Джейн використовувала поведінку розладу харчової поведінки, щоб модулювати свою тривогу.

Терапевти, які лікують пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом і супутнім розладом харчової поведінки, повинні враховувати ризик змови зі своїми пацієнтами, які, можливо, бажають уникнути роботи, зосередженої на травмі. У попередньому випадку попередні терапевти Джейн припиняли лікування, орієнтоване на травму, щоразу, коли симптоми розладу харчової поведінки погіршувалися, що потенційно негативно посилювало симптоми розладу харчової поведінки. Однак погіршення симптомів розладу харчової поведінки може становити справжню фізичну небезпеку для деяких пацієнтів.

Ми рекомендуємо продовжувати лікування травми, коли це можливо, через ймовірність того, що вплив швидко зменшить негативний вплив, що часто полегшує лікування розладу харчової поведінки. Це клінічне рішення, однак, має прийматися в кожному конкретному випадку.

З огляду на те, що розлади харчової поведінки можуть бути пов'язані зі значними медичними ускладненнями, ми пропонуємо клініцистам, які лікують пацієнтів із ПТСР (1), оцінювати таких пацієнтів на наявність розладу харчової поведінки та (2) мати достатньо знань про розлади харчової поведінки, щоб належним чином направляти, лікувати та/або контролювати ці захворювання. Моніторинг може складатися з відстеження епізодів очищення та переїдання, ваги чи дієтичного обмеження. Пацієнтів, які продують, слід направити до лікаря для оцінки фізичних показників, таких як низький рівень калію в крові, який може підвищити ризик серцевих аритмій. Якщо у вас немає досвіду лікування розладів харчової поведінки, і ви зіткнулися з пацієнткою, яка очищається до рівня калію, тоді її слід направити до спеціаліста з розладів харчової поведінки для одночасного моніторингу та/або лікування її розладу харчової поведінки. Лікування розладів харчової поведінки, як правило, розглядається як клінічна спеціалізація, і ми не припускаємо, що всі терапевти ПТСР повинні вміти ефективно лікувати весь спектр розладів харчової поведінки. Проте певний мінімальний досвід у лікуванні розладів харчової поведінки, ймовірно, буде корисним.

КПТ при нервовій булімії (Fairburn et al., 1993) є найбільш добре вивченою формою лікування будь-якого розладу харчової поведінки, і значна кількість досліджень підтверджує ефективність цього лікування. Клініцисти, які хочуть дізнатися більше про КПТ

щодо нервової булімії слід переглянути посібник Fairburn et al. Додаткове навчання можна отримати або в АВСТ, або в Академії розладів харчової поведінки ([www.aedweb.org](http://www.aedweb.org)). Нещодавно Фейрберн і його колеги (1993) розробили більш гнучкий варіант цього лікування, спрямований на повний спектр розладів харчової поведінки. Ферберн, Ку-

Додаткові інструменти

per і Shafran (2003) описали модель, що лежить в основі цього лікування. Ви можете знайти цю модель у пригоді для розробки формулювань випадку з вашими пацієнтами. Рекомендації щодо лікування також містяться в цій статті.

## **ЗЛОВЖИВАННЯ РЕЧОВИНАМИ ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ**

Як зазначалося раніше в цій книзі, ми зазвичай не лікуємо пацієнтів, які мають серйозні проблеми із залежністю та/або зловживанням психоактивними речовинами. Натомість ми направляємо їх до експертів із зловживання психоактивними речовинами або для одночасного лікування, або для детоксикації, або іншого лікування перед початком терапії ПТСР. Однак деякі люди, які зловживають психоактивними речовинами, можуть завершити лікування посттравматичних стресових розладів, якщо терапевти будуть уважно стежити за вживанням психоактивних речовин під час лікування та скласти план, як контролювати зростання вживання психоактивних речовин. Вам також може бути корисним використання аналізу рішень (обговорюваного раніше) як інструменту для вивчення поведінки пацієнтів, які зловживають психоактивними речовинами. Нарешті, у деяких випадках ефективним є просто можливість навчити пацієнтів обмежити вживання психоактивних речовин під час лікування ПТСР. Наприклад, після початку впливу Лі повідомив, що він продовжив пити від трьох до п'яти напоїв у будні вечорами. Вивчивши переваги та недоліки алкогольної поведінки Лея та способи, як це може вплинути на лікування посттравматичного стресового розладу, його терапевт запропонував Лі припинити пити по буднях і обмежити споживання у вихідні трьома пивом на ніч.

Вони склали план інших заходів, щоб допомогти Лі впоратися зі своїм поганим настроєм. Лі з легкістю впорався з цим «домашнім завданням» і успішно зменшив кількість алкоголю.

## **ВИСНОВОК**

Додаткові інструменти в цьому розділі — це методи, на які ми зазвичай покладаємось під час лікування посттравматичних стресових розладів. Ми усвідомлюємо, що не всі клініцисти бажають розвивати досвід у кожній із цих областей. Проте ми настійно рекомендуємо вам розглянути можливість набуття певного досвіду в DBT та впливі на інші тривожні розлади. Планування діяльності, аналіз рішень, вирішення проблем і лікування безсоння, яким не особливо важко навчитися, є клінічними навичками, які можуть бути корисними для широкого кола пацієнтів. Зі сфер, які обговорюються в цій главі, ми очікуємо, що експертиза розладів харчової поведінки буде тією, до якої звертатиметься найменша кількість читачів. Тим не менш, враховуючи медичні наслідки багатьох розладів харчової поведінки, ми рекомендуємо вам розвинути обізнаність про це супутнє захворювання, щоб ви могли належним чином направляти та контролювати пацієнтів.

## **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 9.1. Прийняття корисного мислення УВАЖЕНИЙ ПІДХІД ДО КЕРУВАННЯ ТРИВОГОЮ**

Ваш успіх у проведенні цієї терапії також може залежати від вашого мислення, яке ви використовуєте для виконання завдань терапії. Якщо ви схильні вірити, що будь-яка тривога — це погано, і що вам слід наполегливо працювати, щоб «позбутися» своєї тривоги, ви можете підійти до завдань терапії як до чогось, що ви повинні *терпіти* позбутися тривоги назавжди. Таке мислення ускладнює дотримання терапевтичних завдань і програми. Інший спосіб підійти до завдань терапії — визнати, що, хоча тривога може бути незручною, вона допомагає нам вижити. (Іншими словами, життя без тривоги було б коротким.) Практикуйте культивувати мислення, яке сприймає тривогу як цінний життєвий досвід. Прийняття сприйнятливої позиції щодо вашої тривоги підвищить вірогідність успіху.

### **A.W.A.R.E.**

- **Прийміть** своє занепокоєння. Ласкаво просимо. Очікуйте і дозвольте своєму страху виникнути. Вирішіть бути присутнім із досвідом. Коли з'являється страх, почекайте і дозвольте йому бути.

- **Стережіться** своєї тривоги. Оцініть свій страх за шкалою від 0 до 100 і спостерігайте, як він зростає та знижується.
- **Дій** з хвилюванням; нормалізуйте ситуацію, поводячись так, ніби вас не хвилює. Зосередьтеся на керованій діяльності та виконуйте її в сьогоднішній та в природному середовищі.
- **Повторити** прийняття. Плитай зі своєю тривогою. Нехай минає час. Спостерігайте і дійте з тривогою, поки вона не зменшиться.
- **Очікуйте** і дозвольте страху з'явитися знову. Очікуйте та прийміть майбутню тривогу, відмовившись від надії на те, що тривога ніколи не повториться, і замініть це вірою у свою здатність впоратися зі своєю тривогою.

Адаптовано з Beck and Emery (1985). Авторське право, 1985, Аарон Т. Бек і Гері Емері. Адаптовано з дозволу Perseus Books Group.

214

## **РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 9.2. Уважність**

### **ЩО ТАКЕ НАВИЧКИ «УВАЖЕНОСТІ»?**

#### **Будьте з моментом**

Уважність — це присутність у даний момент. Бути уважним означає бути присутнім і приймати те, що насправді відбувається в цей момент.

### **ЧОМУ ВАЖЛИВА УВАГА?**

#### **Травма виводить вас із сьогоднішнього**

Якщо ви схожі на багатьох людей, які пережили травматичний досвід, можливо, вам важко бути в сьогоднішній. Вам може здатися, що ви застрягли між речами, які нагадують вам про минуле, і страхами щодо майбутнього. Ті, хто пережив травму, як правило, стурбовані минулим і стурбовані майбутнім. В результаті подарунок йде, а ви в ньому не берете участі.

## **Будьте присутні тут і зараз**

Найкращий спосіб впоратися з тим, що відбувається у вашому житті, — бути там, де ви зараз, і вирішити те, з чим вам доводиться мати справу прямо тут. Якщо ви навчитеся жити життям зараз, то зможете вирішувати свої проблеми, керувати своїми емоціями та справлятися з життям, навіть якщо воно підкидає вам найгірше. У такі моменти дуже корисно мати можливість залишатися там, де ви є, щоб ви могли впоратися з тим, що відбувається. Наприклад, коли ви відчуваєте сильні негативні емоції, ви можете зосередитися на турботах про те, що станеться в майбутньому. Коли ви зосереджені на майбутньому, ви менш уважні до речей, які відбуваються зараз, і, як правило, менш ефективно реагуєте на них. Уважність вчить вас залишатися в даному моменті, щоб ви могли ефективно реагувати на те, що відбувається у вашому житті зараз.

## **Досягнення вашого мудрого розуму**

Навички усвідомленості допомагають вам досягти свого мудрого розуму. Мудрий розум — це стан розуму, який дозволяє вам максимально ефективно справлятися з тим, що відбувається у вашому житті. Коли ви маєте мудрий розум, ви можете приймати рішення та робити вибір, який допоможе вам отримати те, чого ви хочете в житті. Щоб перейти до мудрого розуму від емоційного розуму чи розумного розуму, вам потрібно бути присутнім і усвідомлювати свої емоції та думки. (Пам'ятайте, якщо ви блокуєте або притупляєте свої емоції, ви перебуваєте в розсудливому розумі.

Якщо ви ігноруєте розум чи логіку, ви перебуваєте в емоційному розумі.) Коли ви берете участь у всіх своїх переживаннях, як емоційних, так і логічних, ви зможете зробити найкращий вибір для досягнення своїх цілей .

*(продовження)*

Від Клаудії Зайферт і Керолін Блек Бекер (2007). Авторське право The Guilford Press. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу

надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

215

Уважність (*стор. 2 з 2*)

## **ЯК ПРАКТИКУВАТИ УВАЖЕНІСТЬ?**

### **Зосередьтеся на тому, що відбувається прямо зараз**

Коли ви зосереджуєтеся на тому, що сталося в минулому або на тому, що може статися в майбутньому, ви не перебуваєте в теперішньому моменті. Натомість спробуйте об'єктивно спостерігати та описувати свій досвід. Будьте повністю присутніми в даному моменті та беріть участь у всьому, що відбувається. Участь означає бути присутнім у тому, що ви робите зараз. Зверніть увагу та відчуйте те, що відбувається прямо зараз.

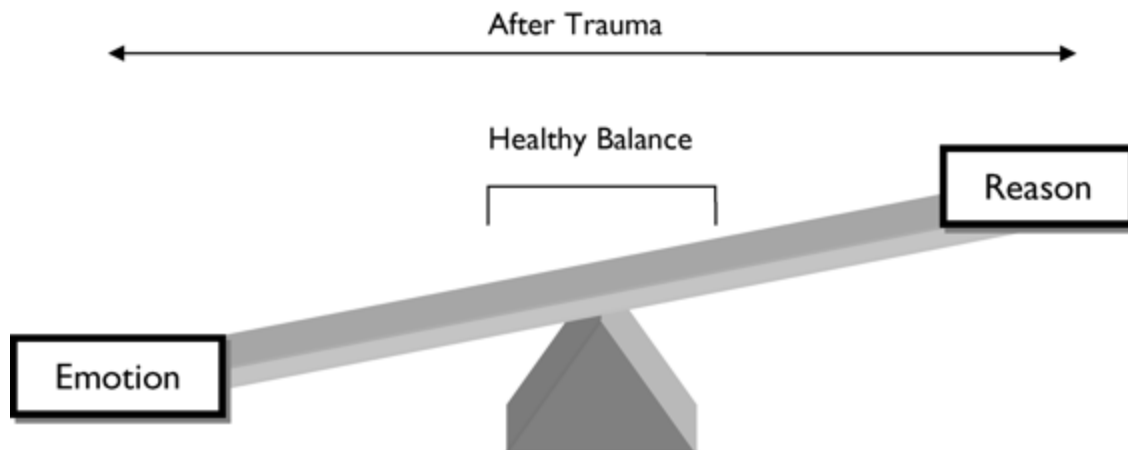
Це, мабуть, найлегше практикувати за допомогою п'яти органів чуття. Зверніть увагу на відчуття зору, звуку, дотику, смаку та нюху. Беріть участь у цьому моменті, повністю приділяючи увагу відчуттям.

### **Прийміть свій досвід, не засуджуючи**

Контролюйте свою увагу, але не те, що бачите. Приймайте все, що відбувається, не засуджуючи це. Прийміть реальність такою, яка вона є. Відмовтеся від спроб змінити реальність. Прийняти не те саме, що подобатися тому, що відбувається; це просто відмова від боротьби з реальністю.

216





### РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 9.3. Стани розуму

Психолог Марша Лінехан (1993а, 1993b) підкреслила важливість усвідомлення свого душевного стану. Коли ми об'єднуємо емоції та розум, ми можемо досягти стану, який вона називає «мудрим розумом». Мудрий розум — це стан рівноваги, який не ігнорує раціональне мислення та не «приглушує» емоції. Іншими словами, коли ви маєте мудрий розум, ваш розум і серце керують вами. Рішення, які ви приймаєте з розуму, будуть «відчуватись правильними» і є найефективнішими рішеннями для вас.

#### Емоційний розум

#### Розумний розум

- Ваша поведінка та думки домінують
  - Ваша поведінка та думки домінують
- народжений емоціями
- визначений розумом
- Емоції керують шоу; тобою керує
  - Ви ігноруєте свої емоції; почуття ні

ваші почуття

враховано у ваших рішеннях

- Важко чітко мислити
- Спокійний, раціональний, логічний
- Емоції, як правило, інтенсивні (будь-яка позиція
- «Оціпеніли» — ви притискаєте емо-  
негативний або негативний) і переважний  
використовуйте раціоналізацію, щоб впоратися

- Суспільство часто каже, що це погано
- Суспільство часто каже, що це добре

### **Мудрий розум**

- Поеднує дві сторони — емоції та розум
- Не ігнорувати емоції, не втікати від них і не приглушувати їх
- Мати емоції, підтверджувати їх, але при цьому мати можливість чітко мислити
- Часто відчуваєш «спокій» або зосередженість, коли в мудрому розумі

### **ГОЙДАЛКА ЕМОЦІЙ ТА РОЗУМУ**

Травматичний досвід штовхає вас у емоційний розум. Природно, ви намагаєтеся уникнути інтенсивних і неприємних емоцій, швидко переходячи в розумний стан. Однак це починає коливатися між емоціями та розумом, і стає все важче й важче залишатися врівноваженим. Щоб зцілитися від травми, потрібно навчитися зберігати рівновагу в центрі гойдалки, місці, яке ми називаємо «мудрим розумом».

(продовження)

З Zayfert, Becker, and Gillock (2002). Copyright 2002 Professional Resource Exchange, Inc. Передруковано з дозволу в *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD* Клаудією Зайферт і Керолін Блек Бекер. Дозвіл на фотокопіювання цього роздаткового матеріалу надається покупцям цієї книги лише для особистого користування (додаткову інформацію див. на сторінці авторських прав).

217

Стани розуму (стор. 2 з 2)

## РОЗПІЗНАННЯ СТАНІВ РОЗУМУ

Можливо, вам буде корисно розпізнавати сигнали, які вказують на ваш душевний стан. Сигналом може бути фізичне відчуття, бажання, думка, образ або поведінка. Протягом наступного тижня зверніть увагу на такі сигнали та запам'ятайте кілька сигналів, які можуть бути легко впізнаваними ознаками вашого душевного стану. Крім того, обдумайте кроки, які ви можете зробити, щоб привести себе в *мудрий розум*. Вони можуть відрізнитися, якщо ви перебуваєте в розумному чи емоційному розумі. Нижче наведено приклад сигналів і кроків, які необхідно зробити, щоб перейти до *мудрого розуму*. Запишіть свій на порожньому робочому аркуші, який наведено нижче.

Сигнали того, що я **розумний**:

1. Я можу мислити чітко та зосереджено, навіть коли відчуваю засмучення
2. Коли я приймаю рішення, це здається правильним
3. Я роблю те, що знаю, що повинен робити, навіть коли відчуваю тривогу. Сигнал, що я перебуваю в **емоціях**розумі:

Щоб перейти до **мудрого розуму**:

1. відчуття самогубства
1. прийняти теплу ванну зі свічками

2. бажання втекти від усього

2. прогулятися

3. кричу на свого чоловіка

3. обговоріть це з кимось

Сигнали того, що я **розсудливий**:

Щоб перейти до **мудрого розуму**:

1. вдаючи, що все гаразд

1. практикуйте уважність до емоцій

2. відчувати себе онімілим

2. зателефонуйте до моєї служби підтримки

3. раціоналізація

3. грати з моїм собакою

## **РОБОЧИЙ АРКУШ "СТАНИ РОЗУМУ"**

Сигнали того, що я **розумний**:

1.

2.

3.

Сигналізує, що я перебуваю в **емоціях** розумі:

Щоб перейти до **мудрого розуму**:

1.

1.

2.

2.

3.

3.

Сигнали того, що я **розсудливий**:

Щоб перейти до **мудрого розуму**:

1.

1.

2.

2.

3.

3.

218

**РОЗДАЧНИЙ МАТЕРІАЛ 9.4.** Робочий аркуш для вирішення проблем 1. **Визначте проблему.**

2. **Визначте досяжну мету.** (Чого ви хочете досягти?) 3. **Мозковий штурм.** (Згенеруйте можливі рішення.) 4. **Оцініть рішення.** (Які позитивні та негативні наслідки кожного можливого рішення?)

**Рішення**

**Плюси**

## **Мінуси**

a)

b)

c)

d)

e)

f)

## ДЕСЯТЬ

### Поєднання

На цьому етапі ми сподіваємося, що ви розумієте принципи та цілі когнітивної терапії при посттравматичному стресовому розладі та маєте уявлення про додаткові інструменти, які допоможуть вам задовольнити численні потреби ваших пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом. У цьому розділі ми пропонуємо вказівки щодо вирішення проблем, пов'язаних із лікуванням, включаючи прийняття рішень, коли лікування не відбувається, як очікувалося. Ми також обговорюємо перехід між фазами лікування, спрямованих на різні проблеми, і завершення лікування.

### ПОШИРЕНІ КАМЕНІ СПОТИКАННЯ

#### Погана адгезія

Погана прихильність не є рідкістю при КПТ для ПТСР, оскільки лікування за своєю суттю є складним і викликає тривогу. Як зазначив один колега з СВТ щодо пацієнтів і терапевтів: «Я точно знаю, чому люди не хочуть цього лікування. Це викликає серйозне занепокоєння і змушує вас аналізувати справді жахливі події. Я б не *хотів* цього робити. Це не означає, що я б цього не робив, я просто розумію, чому у людей проблеми». Зважаючи на те, що ви просите своїх пацієнтів зіткнутися зі своїми найгіршими страхами, важливо підтвердити труднощі, з якими вони стикаються, чи то під час психоосвіти, когнітивної реструктуризації чи впливу. Потім дослідіть будь-які перешкоди, з якими вони стикаються під час виконання завдань. Вона не зрозуміла завдання чи їй було важко впоратися з ним у свій день? Чи він стиснув зуби, щоб просто пройти через це, а не змиритися зі своєю тривогою, чи мчав надто швидко до наступного завдання, не виконавши повністю перше? Чи пацієнт не здатний або не бажає на даний момент завершити домашню практику? Роз'яснення завдання, планування часу для його виконання та вирішення проблем можуть у багатьох випадках значно покращити прихильність. Якщо ваш пацієнт просто не готовий робити це самотійно, виконайте завдання або

модифікуйте його під час сесії. Ніщо не надсилає більш чіткого повідомлення про важливість завдань, ніж проста заява: «Добре, у вас виникли проблеми, і це зрозуміло. Давайте просто виконаємо вправу прямо зараз, на занятті».

Нижче ми надаємо два приклади пацієнтів, які повернулися, не виконавши повністю завдання.

223

224

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

**Зразок діалогу: Пацієнтка повертається, не заповнивши записи про експозицію** Після свого першого *in vivo* завдання Джилл повідомила, що виконала завдання, але не вела записи. Наступний діалог ілюструє, як терапевт відреагував на труднощі Джилл із веденням записів під час впливу, що є надзвичайно важливим.

Записи про домашнє завдання надають поточні дані оцінки, які дозволяють визначити, чи вплив відбувається належним чином. Неспроможність вести записи також може вказувати на те, що пацієнт не виконав інші аспекти домашньої практики, хоча це не так у прикладі діалогу.

ТЕРАПЕВТ: Отже, ви збиралися проводити 30–45 хвилин щодня з золотистим ретривером вашої сестри Тобі та стежити за рівнем тривоги у формі, яку я вам дав.

Як це пройшло?

ДЖИЛ: Ну, я робила це кілька разів, але не записувала.

ТЕРАПЕВТ: Добре, це зрозуміло. Можливо, ви не звикли стежити за речами так ретельно, як я вас прошу. Я радий, що ти почав із золотистим ретривером.



Деяким людям важко просто почати. ( *Витягує порожню форму.*) Розкажіть мені більше про те, що ви зробили. Коли ви вперше прийшли до сестри, щоб попрацювати над викриттям Тобі?

[ *Коментар: терапевт підтверджує труднощі Джилл, посилює її зусилля, а потім поведінково повідомляє, що вони збираються завершити завдання ведення записів разом під час сесії. терапевт також повідомляє, що ведення записів є важливим завданням, і моделює поведінку ведення записів для Джилл. Якщо Джилл наполегливо не заповнює свої записи, тоді терапевту, можливо, доведеться дослідити причини, чому Джилл цього не робить.*]

ДЖИЛ: Минулого понеділка.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Яким був ваш рівень тривоги до того, як ви побачили Тобі?

ДЖИЛ: Ти маєш на увазі в її будинку чи до того, як я пішла зі свого?

ТЕРАПЕВТ: Це було інакше?

ДЖИЛ: Так. Коли я виходив із дому, я хвилювався за 40, але до того моменту, коли я дійшов до її дому, було вже до 60.

ТЕРАПЕВТ: зазвичай відчувається сильна передбачувана тривога. Давайте використаємо ваш рейтинг тривожності в її будинку до того, як ви побачили Тобі. Таким чином ми також відстежуватимемо ваше очікування. Більшість людей помічають, що передчувальна тривога зменшується після кількох спроб.

Давайте перевіримо, чи трапилося це з вами. ( *Записує 60 у місці для тривоги перед експозицією у формі.*) Добре, що сталося далі?

ДЖИЛ: Сара тримала Тобі в руках у вітальні, а я стояв біля дверей, як ми з тобою обговорювали.

ТЕРАПЕВТ: Звучить добре. Тоді що сталося?

ДЖИЛ: Я почала відчувати, як калатає моє серце, і я тремтіла. Хотів звідти вибратися.

Мені було дуже страшно.

ТЕРАПЕВТ: Але ви залишилися?

ДЖИЛ: Так. Я нагадав собі, що це був лише Тобі, і він ніколи нікому не кривдив.

Поєднання

225

ТЕРАПЕВТ: Добре. Наскільки високою була ваша тривога?

ДЖИЛ: Досить високо. Я не так хвилювався, як коли востаннє бачив бульмастифа, але він був там. Я б сказав, можливо, 85.

ТЕРАПЕВТ: Добре, давайте введемо це тут ( *записує 85*). Як довго ти пробув?

ДЖИЛ: Близько 20 хвилин.

ТЕРАПЕВТ: Добре (*пише 20 хвилин у формі*). І яким був ваш рівень хвилювання в кінці, коли ви пішли?

ДЖИЛ: Ну, як ви мені сказали, я залишилася, доки моє хвилювання не зменшилося вдвічі, тож я нарешті пішла на кухню, коли було близько 40.

ТЕРАПЕВТ: Добре! В ПОРЯДКУ . . . коли ти наступного разу показувався з Тобі?

[ *Коментар: продовження запису та аналізу даних домашнього завдання також демонструє Джилл, як вони використовують дані для спрямування лікування рішення.*]

**Зразок діалогу: Пацієнтка повертається, не завершивши експозицію** Олена повернулася до сеансу, не завершивши домашню практику уявного впливу на пам'ять про своє зґвалтування. Вона звикла на сесії, але повідомила, що не може взяти касету, щоб займатися вдома.

ЕЛЕНА: Я багато переглядала касету. Але я не міг змусити себе це зробити.

ТЕРАПЕВТ: Це зрозуміло. Скажу вам, що. Давайте знову зробимо експозицію тут, на сесії. Потім, коли ми закінчимо, ми можемо переглянути домашню практику та перевірити, чи не можемо ми знайти способи, як змусити це працювати на вас. Проте я хочу переконатися, що ми маємо достатньо часу на сеансі, щоб знову зробити експозицію. Тому я думаю, що ми повинні почати з цього.

*[ Коментар: Терапевт підтверджує труднощі Олені, але дає зрозуміти, що вона не збирається вступати в змову з Оленою, щоб уникнути впливу. Повторне опромінення під час сеансу також повинно призвести до подальшого звикання під час і між сеансами, що може полегшити домашню практику.*

*Нарешті, додаткова практика під час сеансу з експозицією має підвищити впевненість Олені щодо її здатності терпіти своє занепокоєння, яке має підвищити її готовність до показу в дома.]*

ЕЛЕНА: Отже, ти хочеш, щоб я знову зробила те, що ми робили минулого тижня, зараз?

ТЕРАПЕВТ: Так.

ЕЛЕНА: ( сильно зітхає.) Добре.

*[ Коментар: Олена пройшла 30-хвилинну експозицію та повідомила про зниження SUDS з 90 до 30. ]*

ТЕРАПЕВТ: Як це було для вас сьогодні?

ЕЛЕНА: Це було легше, ніж минулого тижня. Все ще жахливо, але моя тривога спала дедалі швидше. Я постійно казав собі, що якщо я залишуся при цьому, все буде добре.

226

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

ТЕРАПЕВТ: Добре! Тож давайте подумаємо про домашню практику. Що ви думаєте про це зараз, коли ви зробили другу експозицію?

ЕЛЕНА: Я думаю, що все ще буде важко, але легше, ніж минулого тижня. Думаю, я зможу.

ТЕРАПЕВТ: Де ви намагалися провести експозицію минулого тижня?

ЕЛЕНА: Чесно кажучи, я справді не пробувала. Я просто подивився касету, яка була в моїй кімнаті.

ТЕРАПЕВТ: Тож давайте ще трохи подумаємо про деякі речі, які можуть допомогти вам це зробити. Наскільки важко вам буде виділити для цього час?

[ *Коментар: Терапевт починає неформальне розв'язання проблеми щодо домашньої практики.* ]

ЕЛЕНА: Ця частина досить проста. У нас зараз літні канікули, тож у мене є трохи часу.

ТЕРАПЕВТ: Як ви думаєте, було б легше чи важче з іншими людьми в домі?

ЕЛЕНА: Насправді, я думаю, що це буде важче. Тому що навіть якщо я буду використовувати навушники, я весь час переживатиму, що мама чи тато захочуть побачити, що я роблю, і я буду переживати, що вони зайдуть до моєї кімнати. Насправді, якби моя сестра була поруч, і тільки вона, це було б легше, тому що я сказав їй пару тижнів тому, що сталося, і що я на терапії.

ТЕРАПЕВТ: Добре. Чи є час, коли ти міг би тренуватися, коли твоя сестра поруч, а батьків не буде?

ЕЛЕНА: Так. Вони виходять на прогулянку двічі на день по 45 хвилин. Я можу попросити Алісу залишитися вдома і бути в іншій кімнаті. Це, ймовірно, допомогло б і мені, тому що, якщо я скажу їй про це, мені буде погано, якщо я цього не зроблю.

**Відволікання: життєві проблеми та зміна пріоритетів** Посібники з лікування часто заохочують проводити лікування в рамках певної кількості сеансів, які проводяться одним блоком протягом послідовних тижнів. Проте реальність для багатьох пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом полягає в тому, що для завершення лікування існують численні перешкоди. Таким чином, будьте готові оцінити важливість відволікаючих факторів і, у деяких випадках, відповідно змінити лікування.

Відволікання варіюються від серйозних життєвих подій, як-от смерть члена сім'ї, до життєвих проблем, як-от фінансові, юридичні чи подружні проблеми. Життєві проблеми також можуть включати практичні перешкоди, такі як організація транспорту, догляд за дітьми або можливість вписати домашнє завдання в насичений графік. Нарешті, пацієнти з супутніми захворюваннями можуть відволікатися, коли загострюється інший розлад, наприклад зловживання наркотиками або депресія.

Управління відволікаючими факторами передбачає перевірку їхньої значущості, але не випускання з поля зору кінцевої мети лікування пацієнтів — вирішення їхнього ПТСР. Коли ви реагуєте на мінливі потреби пацієнтів, пам'ятайте, що відволікання може легко служити униканням, а уникання часто маскується під матеріально-технічні або життєві проблеми. Ретельно подумайте про баланс пріоритетів у житті ваших пацієнтів і про те, скільки уваги ви приділяєте життєвим кризам. По можливості обговоріть це разом зі своїми пацієнтами. Деякі пацієнти можуть відчувати почуття обов'язку перед вами, перед лікуванням або перед собою, і це може суперечити зобов'язанням перед сім'єю чи іншими потребами в їхньому житті. Відкрите обговорення цього може прояснити відповідні питання.

### ***Зосередитися на ПТСР***

Життєві проблеми пацієнта легше впораються без ПТСР. Таким чином, у більшості випадків дотримання курсу та вирішення ПТСР приносить найбільшу користь для пацієнта. Якщо ви дійшли висновку, що зосередженість на лікуванні посттравматичних стресових розладів є найкращим курсом для даного пацієнта, не забудьте підтвердити дистрес, пов'язаний із життєвою проблемою. Відмова підтвердити дистрес може зашкодити вашим терапевтичним стосункам. Пацієнти можуть ще більше засмучуватися, якщо сприймуть вас як інваліда. Однак після ефективної перевірки більшість таких пацієнтів погодяться на план продовження лікування ПТСР.

### **Зразок діалогу**

ТЕРАПЕВТ: Я бачу, що проблеми вашого сина тяжко обтяжують вас і спричиняють багато страждань. Проте, як ми вже обговорювали, наразі ви мало чим можете йому допомогти. Мені цікаво, чи є сенс для нас зосереджуватися на тому, щоб ви проходили курс лікування, щоб ви користувалися його перевагами та швидше відчували стрес. Крім того, як тільки ваш посттравматичний стресовий розлад покращиться, ви побачите, що, ймовірно, ви краще справляєтеся з іншими проблемами.

### ***Зміщення або модифікація фокусу лікування***

Іноді життєві події призводять до зміни пріоритетів, тому в цей час немає сенсу продовжувати лікування посттравматичного стресового розладу. Багато життєвих криз є настільки складними, що продовжувати лікування посттравматичних стресових розладів або неможливо, або не є пріоритетом. Зміщення фокусу може бути законною реакцією на такі ситуації, і зміщення неявно підтверджує досвід вашого пацієнта. Коли пацієнти стикаються з серйозними життєвими кризами, такими як інформація про те, що у подружжя є любовні відносини або що батьки мають смертельну хворобу, вони

можуть сприймати ваші зусилля зосередитися на ПТСР як недійсні. У таких випадках спроба залишитися на курсі може виявитися марною.

Якщо ви дійшли висновку, що пацієнт більше не може продовжувати лікування ПТСР, у вас є два варіанти. Перший варіант - перерва в лікуванні. Це законний курс дій, і деякі пацієнти вважають корисним робити перерви в лікуванні. Такі пацієнти часто повертаються після закінчення кризи. По суті, вони завершують лікування протягом кількох серій сеансів, а не блоком послідовних сеансів. Якщо ваш пацієнт вирішив зробити перерву в терапії, доцільно запланувати повторний прийом через кілька місяців. Це дає змогу зв'язатися з пацієнтом, щоб визначити його чи її готовність продовжити. Без запланованого подальшого спостереження багатьом пацієнтам важко відновити імпульс, необхідний для відновлення лікування.

### **Зразок діалогу**

ТЕРАПЕВТ: Минуло кілька сеансів, коли ми розглядали хворобу вашої матері. Враховуючи цю ситуацію, мені цікаво, чи є сенс для нас зробити перерву в лікуванні, доки її ситуація не вирішиться.

ПАЦІЄНТ: Можливо. Я не думаю, що говорити про це справді має значення на даний момент.

Але я просто не маю сил на лікування, коли мені доводиться витратити стільки часу

228

### **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

біг туди-сюди з лікарні. Я боюся, що якщо я перестану приходити, я не повернуся.

ТЕРАПЕВТ: А що, якщо ми домовимося про повторний огляд через кілька місяців? Ми могли б домовитися про зустріч прямо зараз. Таким чином ви знаєте, що повернетесь, і ми зможемо визначити, чи ви знаходитесь у кращому місці, щоб продовжити.

Другий варіант для вас (або іншого терапевта, якщо ви відчуваєте, що не можете грамотно лікувати відволікання) продовжити лікування з іншим фокусом або розділити фокус. Наприклад, ви можете змінити фокус лише на кілька сеансів, а потім повернутися до лікування посттравматичного стресового розладу. Джудіт виявила, що її виплати по непрацездатності збираються припинити через помилку з документами. Вона та її терапевт провели кілька сеансів для вирішення проблем, а потім повернулися до лікування посттравматичного стресового розладу. Інші проблеми, однак, можуть вимагати більш тривалих змін. Якщо ви вирішите тимчасово переключити увагу, не забудьте постійно оцінювати свій прогрес у новій проблемі. Як зазначалося раніше, відволікання часто служить униканню. Якщо ви не досягаєте прогресу у відволіканні, можливо, вам варто повернутися до зосередження на ПТСР або розділити свою увагу. Пам'ятайте, що основна мета лікування – допомогти пацієнтам якнайшвидше позбутися симптомів посттравматичного стресового розладу. Таким чином, ви повинні повернутися до лікування ПТСР, як тільки це стане життєздатним варіантом.

Якщо ви вирішили розділити фокус лікування, це можна зробити двома способами. По-перше, ви можете розділити свої сеанси між лікуванням посттравматичного стресового розладу та вирішенням іншої проблеми. Цей підхід є найпростішим, особливо якщо ви можете запланувати триваліші сеанси.

Коли ви це зробите, почніть сеанс із лікування посттравматичного стресового розладу та залиште достатньо часу, щоб розглянути життєву подію. Наприклад, незабаром після початку уявного викриття Джеймі дізнався, що його 16-річна донька була зґвалтована кілька років тому, а згодом розвинула залежність від кокаїну. Джеймі та його терапевт вирішили перейти на довші сеанси (тобто 120 хвилин), що стало можливим, оскільки Джеймі був приватним платним пацієнтом. Першу частину сеансу використовували для продовження впливу. Друга частина була присвячена вирішенню ситуації з донькою Джеймі.

Якщо довші сеанси неможливі, ви можете вибрати альтернативні сеанси. Цей варіант працює краще для пацієнтів, які можуть



відвідувати терапію частіше. Наприклад, розлад харчування Люсії погіршився після того, як вона почала *in vivo* вплив. І Люсія, і її терапевт вважали, що припинення впливу не є гарною ідеєю. Проте Люсії також потрібна була допомога в боротьбі з симптомами розладу харчової поведінки. Хоча Люсія не могла відвідувати лікування двічі на тиждень, вона могла відвідувати двічі на тиждень через тиждень.

Таким чином, сеанси, націлені на посттравматичний стресовий розлад, тривали щотижня, тоді як додаткові сеанси були заплановані на кожний другий тиждень, щоб розглянути її найнебезпечніші розлади харчової поведінки.

### ***Використання логістичних проблем для поточного оцінювання***

Проблеми з матеріально-технічним забезпеченням також інколи дають підказки щодо потреб у додатковому лікуванні. Наприклад, після свого шостого сеансу Едрієнн подзвонила, щоб скасувати свій наступний прийом, заявивши, що її робочий графік змінився настільки, що вона більше не може призначатися на звичайний час. Адрієнн, яка жила за годину їзди звідси, думала, що не зможе продовжувати лікування за новим графіком роботи. Вона призначила зустріч у свій вихідний, щоб обговорити це. Під час цієї сесії терапевт розпочав вирішення проблеми та

Поєднання

229

вони визначили можливе рішення. Щоб запровадити рішення, Адрієнн попросила свого керівника дозволити їй піти з роботи на кілька годин раніше 1 день на тиждень. У ході вирішення проблеми стало очевидно, що Адрієнн має певні недоліки в навичках наполегливого спілкування. Провівши швидку рольову гру прохання про зміну розкладу, терапевт визначив, що недоліки Едрієнн полягали не в тому, щоб знати, що сказати, ніж у прийнятті свого права це сказати. Терапевт запропонував Едрієнн отримати примірник книги *The Assertive Option* (Jakubowski & Lange, 1978) і прочитати розділи про наполегливі права та наполегливе мислення. Терапевт також зауважив, що комунікативні

труднощі Едрієнн можуть бути пов'язані з моделями мислення, які виникли внаслідок жорстокого поводження з нею в дитинстві. Вона вирішила націлити такі думки на когнітивну реструктуризацію на майбутніх сесіях.

### **Скасування, незаїзд і вибуття**

У всіх формах психотерапії трапляються скасування та неявка. Хоча пропуск прийому часто не є клінічно значущим, у деяких випадках пропущені прийоми вказують на життєві проблеми, відволікання або уникнення. Таким чином, пропущені зустрічі можуть бути передвісником відсіву. Очевидно, що пропущені прийоми також можуть вплинути на фінансовий стан клінічної практики, і такі занепокоєння можуть конфліктувати з вашими пацієнтами.

клінічні потреби. Таким чином, важливо мати клінічно чутливий план реагування на пропущені зустрічі. Якщо це ще не ваша політика, ми пропонуємо зв'язатися по телефону та/або листом з будь-яким пацієнтом із посттравматичним стресовим розладом, який не з'явився або скасував запис без перенесення. Телефонні дзвінки є кращими, оскільки вони дозволяють висловити свою щирі стурбованість і почати діалог про перешкоди для відвідування лікування. Навпаки, намір листа легше зрозуміти неправильно, і його можна вважати недійсним або викликати страждання.

Пропущені прийоми протягом періоду оцінки або на дуже ранньому етапі лікування можуть свідчити про амбівалентність. Таким чином, ми рекомендуємо вам відповісти коротким телефонним дзвінком негайно, під час запланованого часу прийому, навіть якщо ваш пацієнт залишить повідомлення, яке повідомляє про небажання продовжувати. Використовуйте це як можливість перевірити реакцію пацієнтів на сеанси та труднощі прийняття рішення зіткнутися з тим, що так довго було поховано. Нормалізуйте будь-яке посилення нав'язливих симптомів, які можуть відчувати пацієнти, і повторіть, що ці реакції є ознакою «незавершеної справи». Принаймні більшість пацієнтів вважають такі прояви занепокоєння втішними.

Ми сподіваємося, що пацієнти довірятимуть вам достатньо, щоб повернутися, коли наберуться сміливості рухатися вперед. Також може бути корисно попросити їх прийти «лише на одну сесію», щоб поговорити про ці проблеми особисто.

Система частого скасування також викликає занепокоєння щодо відданості лікуванню та/або готовності до змін, і її потрібно вирішувати безпосередньо. Як і пацієнтам, які скасовують лікування на початку лікування, ми рекомендуємо вам реагувати на часті скасування телефонними дзвінками. Загалом, намагаючись налагодити контакт, найкраще бути наполегливим. Наприклад, Соня пропустила кілька зустрічей, незважаючи на те, що повідомила про високий рівень відданості під час психоосвіти. З Сонею також було дуже важко додзвонитися. Незважаючи на те, що її терапевт був дещо розчарований, вона вистояла, одного дня залишивши повторювані повідомлення на автовідповідачі Соні. Нарешті Соня передзвонила та зізналася, що думала про те, щоб кинути навчання.

Потім вона зазначила: «Я ніколи не мав такого наполегливого зв'язку зі мною. Це змусило мене

230

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

думайте, що вам справді байдуже, як це вийде. Тож я вирішив продовжити лікування». За весь курс лікування Соня пропустила лише один сеанс.

Вона також залишила повідомлення, у якому сказано: «Не хвилюйтеся, цього разу я не розгублюся. У мене справжній конфлікт, і я буду там наступного тижня». Проте в деяких випадках може знадобитися домовитися про те, коли лікування буде припинено або відкладено, якщо скасування не зникне.

Емпіричне розуміння факторів, які сприяють виключенню з лікування, обмежене. Проте ми знаємо, що пацієнти дещо частіше відмовляються від структурованого лікування ПТСР, орієнтованого на травму, ніж від

інших форм терапії ПТСР (Hembree, Foa та ін., 2003). Ми також виявили, що пацієнти клініки, які перебувають у стані важкої депресії та мають високий рівень уникнення, більш схильні до кидання, і це може включати пацієнтів із прикордонними рисами особистості, соціальною тривогою або загалом важкими симптомами ПТСР (Zayfert та ін., 2005). . Пацієнти з важкою депресією та/або схильні до суїциду можуть завершити КПТ для лікування посттравматичного стресового розладу (Nishith, Hearst, Mueser, & Foa, 1995). У таких випадках відстежуйте депресію та/або суїцидальні думки під час лікування за допомогою інструментів оцінки, таких як Опис депресії Бека (BDI), та/або щоденних рейтингів настрою та/або суїцидальних потягів. Це допоможе вам виявити загострення депресії чи суїцидальності та відповідним чином відреагувати, особливо якщо ваш пацієнт не відвідує сеанс. Наприклад, якщо пацієнт пропускає сеанс через те, що він або вона спить цілий день і проспав призначений час, це може означати, що вам потрібно зосередитися на кількох сеансах, зосереджених на підвищенні рівня активності та покращенні настрою, перш ніж продовжувати КПТ для ПТСР. .

Підсумовуючи, якщо ваші пацієнти демонструють нерегулярне відвідування, вам слід вивчити фактори, які можуть впливати на поведінку відвідувачів, і зробити все можливе, щоб

«заманювання» пацієнтів назад на лікування, навіть усвідомлюючи, що багато таких пацієнтів можуть зрештою кинути лікування. Пам'ятайте, що ваші стосунки (у поєднанні з хорошим вирішенням проблем) часто є вашим найкращим інструментом для покращення відвідуваності.

## **ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КІЛЬКОХ ПРОБЛЕМ:**

### **ВИРІШЕННЯ, КОЛИ ПЕРЕХОДИТИ ВІД ЛІКУВАННЯ ПТСР**

Після того, як пацієнти закінчують контакт, вирішіть, чи починати лікування інших проблем, окрім ПТСР, і коли. Перш за все, перегляньте свою початкову оцінку. Це допоможе вам зберегти структуру та зосередити процес прийняття рішень. Переоцінка, хоча вона може здатися обтяжливою, важлива в цей момент. З нашого

досвіду більшість пацієнтів погоджуються виконати необхідні оцінки, коли ви підходите до прийняття рішень спільно.

### **Зразок діалогу: обговорення повторної оцінки та планування лікування.**

ТЕРАПЕВТ: Отже, схоже, ми завершили дослідження всіх нав'язливих спогадів, які ви виявили на початку лікування, а також кількох інших, які, як ви помітили, також турбували вас під час лікування. Ви також завершили контакт з різними нагадуваннями про ваш напад, яких ви уникали, як-от сорочка, яку ви носили того дня, вулиця, де це сталося, і пісня, яку ви слухали на своєму iPod, коли це сталося. На цьому етапі я б

Поєднання

231

Подобається нам, щоб переоцінити симптоми посттравматичного стресового розладу, щоб побачити, як у вас справи. Це допоможе нам вирішити, чи потрібне подальше лікування вашого ПТСР. Як це звучить?

ДЖЕРРІ: Добре, це має сенс.

ТЕРАПЕВТ: ( *Адмініструє CAPS.*) Добре, тож із того, що ми тут маємо, здається, що ваші симптоми ПТСР. Ви сказали, що все ще відчуваєте деяку напругу, коли гуляєте своїм старим районом, але здебільшого у вас більше немає снів чи нав'язливих спогадів про напад. Крім того, ви перестали уникати думок і нагадувань про напад, і ви почали відновлювати інтерес до своєї діяльності. Ви набагато краще спите і менш дратівливі, ніж раніше.

ДЖЕРРІ: Так, я точно почуваюся набагато краще.

ТЕРАПЕВТ: Під час вашої первинної оцінки ми визначили депресію та панічний розлад як проблеми, з якими ви також потребували

допомоги. Отже, на даний момент нам має сенс переоцінити ці інші проблемні області, щоб побачити, чи вони все ще тривожать вас.

ДЖЕРРІ: Добре.

## **Стратегії оцінювання для визначення**

### **Потреби в додатковому лікуванні**

Повторне введення CAPS – найкращий спосіб дізнатися, до якої міри посттравматичний стресовий розлад пацієнтів

симптоми зменшилися. Якщо ваш пацієнт відчув оптимальну відповідь на лікування, введення CAPS, ймовірно, займе 15 хвилин або менше. З іншого боку, якщо у вашого пацієнта залишаються досить симптоми, співбесіда триватиме довше. Однак інформація, яку ви отримуєте з нього, є інформативною, і час витрачено з користю. Під час повторної оцінки зверніть особливу увагу на деталі щодо змісту будь-яких інших нав'язливих симптомів (спогадів, кошмарів і спогадів), тригерів дистресу або фізичних реакцій, а також думок, спогадів, образів, почуттів або нагадувань, яких пацієнти продовжують уникати. Це допоможе вам спланувати подальші вправи та/або визначити цільові області когнітивної реструктуризації. Показник самооцінки, наприклад посттравматичний стресовий розлад

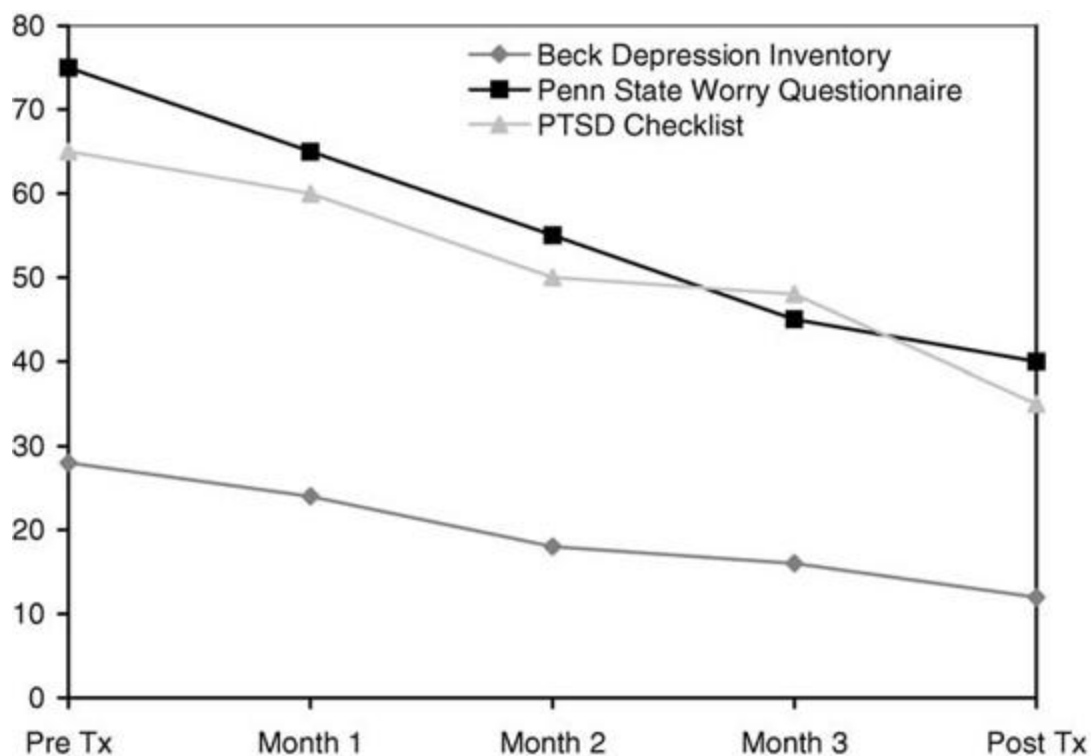
Також можна використовувати контрольний список (PCL), але майте на увазі, що узгодженість між показниками самооцінки та інтерв'ю не обов'язково висока.

Якщо ви виявите, що симптоми посттравматичного стресового розладу зменшилися до задовільної міри, перегляньте відповідні модулі розкладу інтерв'ю з тривожними розладами для DSM-IV (ADIS-IV) або іншого діагностичного заходу, який ви використовували для визначення супутньої патології на початок.

Супутні захворювання часто покращуються до задовільного ступеня в результаті лікування ПТСР. У деяких пацієнтів коморбідні проблеми

зберігаються, і часто необхідно планувати подальшу КПТ для їх безпосереднього вирішення.

Грунтуючись на вашому початковому формулюванні, ви, можливо, вже відстежуєте деякі супутні проблеми за допомогою опитувальника чи щоденних оцінок настрою чи тривоги. Це також може допомогти вам визначити, чи є потреба в додатковому лікуванні супутньої проблеми. Наприклад, під час первинної оцінки Жозефін відповідала критеріям генералізованого тривожного розладу (ГТР) і депресії на додаток до ПТСР. Її терапевт включив опитувальник Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) та BDI до її початкової оцінки та повторював їх щомісяця під час лікування. Її показники за цими показниками показали поступове зниження під час лікування (див. Малюнок 10.1). Після завершення-



232

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

**РИСУНОК 10.1.** Прогресування лікування Жозефіни.

когнітивно-потрібної терапії для ПТСР, її терапевт також повторно ввів модулі GAD і депресії ADIS-R, і Жозефіна більше не відповідала критеріям цих розладів, і її бали за PSWQ і BDI тепер були лише трохи вище норми. Тому її терапевт не вважав за потрібне подальше лікування.

### **Запуск СBT для інших проблем**

Якщо ви та ваш пацієнт вирішите запровадити додатковий курс лікування інших проблем, пам'ятайте, що ви можете спиратися на базу знань своїх пацієнтів (наприклад, про природу страху та тривоги та боротьбу – реакція на втечу) і досвід стратегій лікування. Потім ви просто направляєте їх у застосуванні цих стратегій до супутньої проблеми. Це часто призводить до скорочення курсу лікування. Наприклад, повторна оцінка депресії та панічного розладу Джеррі показала, що його настрій суттєво покращився, і він не мав нападу паніки протягом 2 тижнів. Тим не менш, він все ще боявся фізичних відчуттів тривоги та побоювався отримати напад паніки в громадських місцях, хоча він був менше стурбований своєю безпекою. Таким чином, він все ще відповідав критеріям панічного розладу. Його терапевт розробив план подальшого навчання щодо панічних атак (тобто навчитися концептуалізувати їх як «помилкові тривоги») і провести кілька сеансів інтероцептивного впливу (див. Розділ 9).

Не завжди необхідно завершити всі елементи когнітивної терапії посттравматичних стресових розладів, перш ніж прийняти рішення про цей перехід, хоча зазвичай більшість критичних завдань щодо лікування травми принаймні виконуються. У деяких випадках, коли супутні захворювання є суттєвим аспектом загального страждання людини, доцільно якомога швидше переключити на них увагу. Наприклад, Адрієнн відповідала критеріям посттравматичного стресового розладу, дистимії, ГТР, соціальної фобії, специфічної фобії та розладу переїдання

Поєднання



(ЛІЖКО). Адрієнн знадобилося лише три сеанси *експозиції in vivo* і два сеанси впливу на її спогади про сексуальне насильство в дитинстві. Згодом, щоб вирішити її почуття сорому (див. Розділ 8), її терапевт запровадив когнітивну реструктуризацію, яка проводилась у три сесії. Приблизно в цей час візит до лікаря первинної медичної допомоги виявив, що через ожиріння Едрієнн була небезпечно близька до розвитку діабету II типу, тому їй було рекомендовано відвідати дієтолога. Це дало ідеальну можливість зосередитись на її ЛІЖКУ, продовжуючи зміцнювати когнітивну реструктуризацію думок про низьку самооцінку, яка, як гіпотетично, мала визначну роль у її невідповідних моделях харчування.

Дізнавшись про рекомендації лікаря, терапевт Адрієнн переглянув роботу, яку вони виконали на даний момент, звернувшись до симптомів ПТСР, страху блювоти та низької самооцінки (дистимії). Потім вони окреслили її хвилювання.

Терапевт Едрієнн запитав її, яку проблему вона хоче розглянути далі. Адрієнн визначила переїдання як наступну ціль лікування. Потім терапевт оцінив переїдання Едрієнн за допомогою модуля BED структурованого клінічного інтерв'ю для DSM-IV (SCID), а також запитав про щоденне споживання їжі та зміст її переїдання. Нарешті, терапевт склав план переоцінки її симптомів ПТСР, визнаючи, що вони можуть продовжувати покращуватися з подальшою когнітивною реструктуризацією та *in vivo* практика експозиції.

Марк відповідав критеріям ПТСР, соціальної фобії та депресії. Його початковий план лікування був спрямований на ПТСР. Після 18 сеансів, які склалися з психонавчання, *in vivo* та уявного впливу, когнітивної реструктуризації та планування діяльності, Марк провів вплив із усіма спогадами та ідентифікованими стимулами. Він також успішно боровся з думками, пов'язаними зі соромом і низькою самооцінкою, і регулярно брав участь у приємних заходах, таких як їзда на велосипеді, риболовля та гра з собакою. Його терапевт повторно ввів CAPS і модулі депресії та соціальної фобії ADIS-IV. Симптоми посттравматичних стресових розладів у Марка зменшилися порівняно з його загальним балом CAPS перед лікуванням із 74 до 35

балів, але він продовжував засмучуватися, коли йому нагадували про насильство. Він також відповідав повним критеріям соціальної фобії та великого депресивного розладу, хоча його показник BDI знизився з 35 до 19. Терапевт Марка припустив, що його настрій залишався низьким, оскільки він продовжував бути соціально ізольованим, проводячи більшу частину свого вільного часу наодинці. Вона запропонувала Марку розглянути можливість участі в групі лікування соціальної тривожності, яка розпочнеться наступного місяця, і що вони зустрінуться індивідуально після завершення 12-сеансового групового лікування, щоб оцінити необхідність будь-якого подальшого лікування.

## **ПЛАНУВАННЯ РОЗІРВАННЯ**

Як і в разі прийняття інших рішень щодо лікування, рішення про те, коли припинити лікування, має ґрунтуватися на даних, які вказують на те, наскільки пацієнти досягли своїх цілей терапії. В ідеалі такі дані включатимуть оцінки SUDS під час впливу, прогрес через ієрархію впливу, рейтинг SUDS під час когнітивної реструктуризації та спостереження за поведінкою (наприклад, здатність легко реагувати на подразники, які раніше лякали). На додаток до цих показників терапевтичного процесу ми рекомендуємо покладатися на дійсні вимірювання результатів, такі як структуровані інтерв'ю або психометричні опитувальники для оцінки ПТСР або інших відповідних параметрів. Коли вимірювання результатів показують приблизно-

234

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

значне зменшення симптомів, ви, ймовірно, почнете обговорювати припинення лікування зі своїм пацієнтом.

Якщо ви зрозумієте, що перебуваєте на завершальній фазі лікування, вам потрібно розглянути свої плани щодо (1) сеансів, що знижують курс лікування, (2) вирішення проблем із продовженням прийому ліків і (3) профілактики рецидивів і узагальнення. Ці три питання не є незалежними одне від одного. Наприклад, ваш план профілактики

рецидивів і узагальнення зазвичай може включати повторні або повторні сеанси через заплановані проміжки часу. Ваш план скорочення прийому ліків також може узгоджуватися із запланованими наступними сеансами.

## **Планування узагальнення та обслуговування**

У двох словах, КПТ для посттравматичних стресових розладів працює так, як терапевти навчають пацієнтів змінити процес уникнення, а натомість протистояти подразникам, які викликають страх, і тривожним спогадам. При цьому СВТ

надає пацієнтам можливість заново навчитися безпеки та переосмислити значення травматичної події з огляду на їх самооцінку. Рецидив може статися, якщо симптоми знову з'являються у відповідь на спогади чи ситуації в їхньому житті, і якщо пацієнти не застосовують свої нові методи подолання. Наприклад, деякі пацієнти виявляють, що їм нагадують про тривожні події, які не розглядалися під час терапії, або що час від часу щось може знову викликати аспекти спогадів, які розглядалися під час терапії в іншому контексті. Пацієнти, які залишають терапію з таким мисленням, як «Я це лизав; страх більше ніколи не стане для мене проблемою» або «тепер я залишив усе позаду, тож мене це більше ніколи не турбуватиме», ймовірно, будуть застигнуті зненацька, якщо щось знову спровокує їхній страх.

Враховуючи можливість повторної появи страху в нових контекстах, подумайте про те, щоб підготувати своїх пацієнтів до того, що тривожні думки, спогади та почуття можуть знову з'явитися після завершення лікування, і попросіть їх використовувати стратегії, які вони навчилися в лікуванні. Цей вид препарату, відомий як «профілактика рецидивів», спочатку був розроблений, щоб допомогти людям із залежною поведінкою підтримувати припинення цієї поведінки (Marlatt & Gordon, 1985). Також було показано, що він приносить користь пацієнтам з багатьма іншими захворюваннями (Fairburn та ін., 1993).

Навчаючи пацієнтів очікувати можливого повернення страху, особливо в нових контекстах, ви готуєте їх використовувати вплив, щоб протистояти спогадам або ситуації, що викликає страх, а не втекти від них. Пацієнти, які вступили на терапію з сильним почуттям провини, сорому або низької самооцінки, також повинні розуміти, що ці почуття можуть виникнути в майбутньому, і що вони повинні використовувати когнітивну реструктуризацію, щоб дослідити думки, що лежать в їх основі.

Наприклад, Керен успішно пройшла лікування посттравматичного стресового розладу під час літніх канікул у коледжі. Її зґвалтували на вечірці під час першого року навчання в сільському коледжі. У місцевості було небагато ресурсів для психічного здоров'я, і, будучи студентом першого курсу, Керен не було дозволено тримати машину в кампусі. Враховуючи те, що Керен завершила лікування поза межами середовища, де сталося зґвалтування, терапевт Керен попередив її, що вона може відчувати повернення страху, коли повернеться до коледжу. Керен та її терапевт провели дві сесії, щоб визначити ситуації, які можуть викликати повернення страху. Вони також обговорили, які навички Керен має використовувати, щоб впоратися з такою тривогою, і запланували повторне заняття під час осінніх канікул для Керен. Під час повторного сеансу Керен повідомила, що перед тим, як відвідати свою першу вечірку, у неї значно посилилася тривога. Дотримуючись плану, розробленого нею та її терапевтом, Керен прослухала свою уявну запис у своїй кімнаті гуртожитку та використала когнітивну реструктуризацію.

Поєднання

235

переконуючи себе підійти до вечірки, яку вона розглядала як *викриття*. Вона також вжила відповідних заходів безпеки, використовуючи систему приятелів, коли йшла у ванну кімнату (стратегія, яку зазвичай використовують її сестри з жіночого клубу). Терапевт використав бустер-сеанс, щоб зміцнити Керен у продовженні використання своїх навичок.

Так само у випадку Джозефіни, чий супутні захворювання покращилися після лікування посттравматичних стресових розладів, терапевт провів сеанс із запобігання рецидивам, під час якого вони з Джозефін передбачили потенційні тригери рецидиву депресії чи поведінки уникнення. Потім вони розглянули застосування навичок, яких Джозефін навчилася під час лікування інших проблем.

### **Ліки, що звужуються**

Багато пацієнтів уже приймають ліки, коли починають лікування, а інші почнуть приймати ліки під час лікування з вами. Певні ліки, зокрема інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), такі як сертралін (Brady et al., 2000; Zohar et al., 2002) і флуоксетин (Connor, Sutherland, & Tupler, 1999), продемонстрували ефективність при ПТСР. Інші ліки, наприклад атипові антипсихотики (наприклад, оланзапін

[Stein, Kline, & Matloff, 2002] і кветіапін [Hammer, Deitsch, Broderick, Ulmer, & Lorberbaum, 2003]) і антиадренергічні засоби (наприклад, клонідин [Harmon & Riggs, 1996]

і празозин [Raskind et al., 2003]), також широко використовуються на основі попередньої підтримки. Проте жодні дослідження не вивчали оптимальне використання ліків у поєднанні з КПТ для ПТСР.

Незважаючи на це, багато пацієнтів, які закінчили КПТ, зацікавлені у зменшенні прийому ліків, коли посттравматичний стресовий розлад та інші симптоми покращаться. На рішення щодо скорочення дози ліків впливає низка факторів, таких як типи ліків, побічні ефекти ліків, тривалість прийому ліків пацієнтами, досвід попередніх спроб скоротити дозу, реакція симптомів на ліки, реакція на КПТ, типи супутні захворювання, чи реагували супутні захворювання на лікування, переваги пацієнта, а також думки та переваги лікаря, який призначає.

Проведено обмежені дослідження, щоб керувати прийняттям рішень щодо тривалості прийому ліків при посттравматичному стресовому розладі та користі скорочення дозування. Як наслідок, більшість лікарів, які призначають препарати, дотримуються рекомендацій, які ґрунтуються на дослідженнях депресії чи інших тривожних розладів.

Однак огляди досліджень інших тривожних розладів вказують на те, що пацієнти, які отримують КПТ у поєднанні з ліками, мають підвищений ризик рецидиву, якщо ліки відмінено після припинення КПТ (Otto, Smith, & Reese, 2005; Отто, Смітс,

& Різ, 2004). Лабораторні дослідження також показали, що зміни внутрішнього стану, пов'язані з прийомом ліків, є потужним контекстом. Як обговорювалося раніше, якщо зменшення страху відбувається лише в контексті наркотиків, а контекст пізніше змінюється припиненням прийому ліків, навчання зменшенню страху може не витримати в новому (немедикаментозному) контексті. Якщо ліки припинено, поки пацієнт активно виконує вправи на вплив, у пацієнта є можливість вивчити нові асоціації щодо безпеки в нелікарському контексті. Незважаючи на це, зрозуміло, що багато пацієнтів схильні скорочувати прийом ліків після успішного завершення КПТ, найімовірніше тому, що вони не хочуть припиняти прийом ліків, поки не почуватимуться краще.

Багато клініцистів також вважають, що оскільки посттравматичний стресовий розлад дуже важко піддається лікуванню, після досягнення ремісії симптомів краще не змінювати ліки, оскільки це може загрожувати рецидивом. Це зрозуміло. Хоча немає даних щодо оптимального

236

## КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР

терміни припинення прийому ліків для ПТСР, результати інших тривожних розладів можуть поширюватися на ПТСР. Ці дослідження показують, що ризик рецидиву може бути вищим, якщо пацієнт припиняє КПТ, продовжуючи приймати ліки, а потім припиняє прийом ліків пізніше (Otto, Pollack, & Sabatino, 1996). Як Отто та ін. (2005) зазначають, що для деяких пацієнтів «фармакологічна блокада тривоги під час КПТ може забезпечити контекст для навчання, який є надто вузьким для широкого узагальнення; якщо епізодична тривога виникне в майбутньому, спогади про початкове навчання страху можуть переважати» (с. 79).

На відміну від досліджень препаратів, згаданих раніше, дослідження не підтвердили ефективність бензодіазепінів для зменшення симптомів ПТСР (Braun та ін., 1990; Gelpin та ін., 1996). Дослідження також показали, що пацієнти, які отримують КПТ для лікування панічного розладу, можуть успішно зменшити дозу бензодіазепінів з мінімальним ризиком рецидиву. Враховуючи ці висновки та попереднє обговорення, ми вважаємо, що має сенс скоротити дозу бензодіазепінів під час КПТ для ПТСР. Рішення ваших пацієнтів щодо інших ліків залежатимуть від їхніх загальних уподобань, побічних ефектів, думки лікаря, який призначає препарат, і реакції пацієнтів на КПТ. Наприклад, Белінда, яка мала посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний із сексуальним насильством і не мала супутніх захворювань, продемонструвала дуже позитивну реакцію на КПТ. Вона приймала пароксетин кілька місяців до початку КПТ

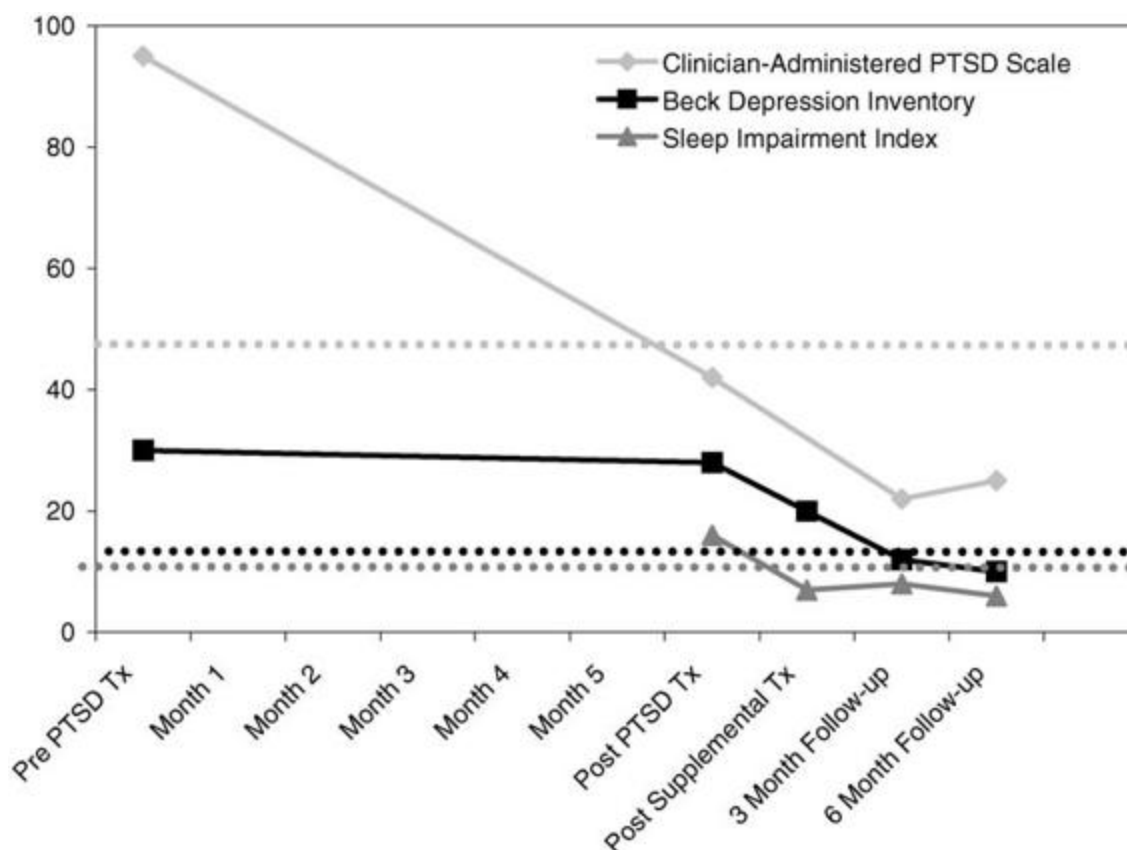
і був незадоволений його сексуальними побічними ефектами. Коли її терапія закінчувалася, Белінда підняла питання про ліки та заявила про своє чітке бажання припинити прийом пароксетину. У цьому випадку її терапевт погодився, що має сенс скоротити прийом ліків, коли вони вступили на етап лікування рецидивів, і вона заохочувала Белінду обговорити це з психіатром, який призначив лікування. Вона також призначила кілька ревакцинаційних сеансів і змусила Белінду продовжувати домашню практику як уявного, так і *in vivo* завдань під час і після звуження .

**Приклади випадків: звільнення та скорочення ліків** Маркус, пожежник на пенсії, страждав на посттравматичний стресовий розлад і депресію, пов'язану з його роботою.

За кілька років до початку КПТ він почав приймати сертралін і клоназепам. Маркус також відчував великі труднощі зі сном, і, як наслідок, після початку КПТ йому почали приймати тразодон. Лікування ПТСР Маркуса складалося з двох сеансів психоосвіти, двох сеансів *in vivo* впливу, 15 сеансів впливу п'яти спогадів про пожежі та нещасні випадки та трьох сеансів когнітивної реструктуризації, які стосувалися почуття провини, пов'язані з інцидентами, в яких він не зміг врятувати жертв. Після завершення контакту з п'ятим спогадом

Маркус зазначив, що решта спогадів у його списку були менш проблемними, і він заявив, що відчуває, ніби темна хмара над ним почала підніматися. Його терапевт повторно ввів CAPS і визначив, що загальний бал тяжкості Маркуса знизився з 95 до 42 (див. Малюнок 10.2). Протягом останніх кількох тижнів Маркуса не турбували повторні симптоми, а також він більше не уникав думок і почуттів або нагадувань про пожежі та аварії. Однак він все ще почувався емоційно заціпенілим і лише частково відновив інтерес до приємних занять; Маркус продовжував мати проблеми зі сном, дратівливістю та концентрацією. Його оцінка BDI також залишалася високою – 28 (Рисунок 10.2). У результаті його терапевт запровадив п'ять додаткових сеансів КПТ для безсоння та планування активності.

Після цих сеансів Маркус продемонстрував покращення сну за індексом тяжкості безсоння (Bastien, Vallières, & Morin, 2001) і пунктом сну CAPS. У цей момент, готуючись до припинення лікування, його терапевт порекомендував Маркусу обговорити це питання





## **РИСУНОК 10.2.** Прогресування лікування Маркуса.

поступове зменшення клоназепаму разом зі своїм психіатром. Під час розкладу, який Маркус визначив зі своїм психіатром для 3-місячного скорочення прийому клоназепаму, його сеанси лікування було скорочено: спочатку до двох місяців, потім щомісяця, зосереджуючись на запобіганні рецидивам, покращенні настрою та збільшенні широти емоційного досвіду. Терапевт Маркуса також заохочував його продовжувати піддавати себе стимулам *in vivo*, які використовувалися під час лікування, і періодично завершувати вплив уяви, щоб переконатися, що його страх залишається низьким у новому, немедикаментозному контексті. . Протягом цього часу практика когнітивної реструктуризації звернулася до думок Маркуса про те, що він не зможе впоратися без клоназепаму та що йому потрібен клоназепам для сну. До кінця 3-місячного періоду Маркус припинив прийом клоназепаму, зберіг задовільний сон і покращився настрій, про що свідчить зниження показника BDI з 30 до 18. Крім того, повторне введення CAPS виявило подальше зниження його Загальний бал CAPS до 22. Маркус висловив свою перевагу зрештою припинити всі ліки. Зважаючи на те, наскільки Маркус задоволений своїм сном, його терапевт обговорив з психіатром зниження дози тразодону, і протягом наступних кількох місяців був запланований графік скорочення. Через 7 місяців після когнітивної терапії з приводу ПТСР Маркус успішно припинив прийом тразодону. Він вирішив продовжувати приймати сертралін протягом наступних 6 місяців із планом запланувати сеанси ревакцинації КПТ, якщо він захоче припинити прийом сертраліну, щоб переконатися, що у нього не виникне рецидиву депресії чи симптомів тривоги.

## **КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ПТСР**

### **ВИСНОВОК**

У цій главі розглянуто деякі останні проблеми, пов'язані з проведенням КПТ при ПТСР. Докази, що підтверджують це лікування, є переконливими, і ми сподіваємося, що ви регулярно використовуєте його для своїх пацієнтів. Застосовуючи КПТ до ваших складних випадків посттравматичних стресових розладів, ми заохочуємо вас подумати про те, як індивідуалізувати лікування відповідно до ваших пацієнтів

специфічні потреби. Будьте готові зіткнутися з перешкодами та диверсією з більшістю ваших пацієнтів (Zayfert & Becker, 2000). Ознайомтеся із загальними моментами прийняття рішень і перешкодами. Використовуючи принципи КПТ як дорожню карту та інструменти, які є у вашому розпорядженні, щоб керувати відволіканнями та якнайшвидше повертати фокус до травми, ви зможете залишатися на курсі навіть із найскладнішими пацієнтами з ПТСР.

Ми не можемо повернутися назад і почати заново, але ми можемо почати зараз, щоб створити новий кінець.

—АНОНІМНО

## Список літератури

Aggleton, J. P., & Waskett, L. (1999). The ability of odours to serve as state-dependent cues for real-world memories: Can Viking smells aid the recall of Viking experiences? *British Journal of Psychology*, 90, 1–7.

Ahijevych, K., & Parsley, L. A. (1999). Smoke constituent exposure and stage of change in black and white women's cigarette exposure. *Addictive Behaviors*, 24(1), 115–120.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1986). *Your perfect right: A guide to assertive living* (5th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., & Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: Review and recommendations for clinical use. *Behavior Modification*, 28(6), 763–

782.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297–307.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Becker, C. B. (2002). Integrated behavioral treatment of comorbid OCD, PTSD, and borderline personality disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 100–109.

Becker, C. B., DeViva, J. C., & Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment.

*Journal of Anxiety Disorders*, 18, 255–274.

239

240

## References

Becker, C. B., & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107–122.

Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277–292.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: A cognitive perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., et al.

(2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 79–96.

Boudewyns, P. A., & Hyer, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63–87.

Bouton, M. E., & Nelson, J. B. (1998). The role of context in classical conditioning: Some implications for cognitive behavior therapy. In W. T. O'Donohue (Ed.), *Learning and behavior therapy* (pp. 59–84). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Bouton, M. E., & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clinical Psychology*

*Review, 11*, 123–140.

Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B. O., Sikes, C. R., et al. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283*(14), 1837–1844.

Braun, P., Greenberg, D., Dasberg, H., & Lerer, B. (1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprozolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*(6), 236–238.

Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwann, & H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review, Part 1* (pp. 137–154). Oxford, UK: Radcliffe.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. Y., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670–686.

Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder.

*Clinical Psychology Review, 23*, 339–376.

Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San, Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 706–712.

Burns, D. (1980). *The new mood therapy*. New York: Avon Books.

Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 253–275.

Chemtob, C., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 139–154). New York: Guilford Press.

Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley.

Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5–S27.

Clark, M. A., Rakowski, W., Ehrich, B., Pearlman, D. N., Goldstein, M., & Dubé, C. E. (1998).

Stages of adopting regular screen mammography. *Journal of Health Psychology*, 3(4), 491–506.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074.

Connor, K. M., Sutherland, S. M., & Tupler, L. A. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: Randomized, double-blind study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 17–22.

## References

241

Cooper, N. A., & Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381–391.

Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O’Neil, P. M. (1997). The national women’s study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa.

*International Journal of Eating Disorders*, 21, 213–228.

Deville, G. J., & Foa, E. B. (2001). The investigation of exposure and cognitive therapy: Comment on Tarrier et al. (1999). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 114–116.

Deville, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1–2), 131–157.

DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: Case studies. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 155–159.

Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032.

Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.

Emmelkamp, P. M., & Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure *in vivo* versus self-controlled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive–compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15(6), 491–495.

Epperson, D. L., Bushway, D. J., & Warman, R. E. (1983). Client self-terminations after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience.

*Journal of Counseling Psychology*, 30, 307–315.

Everill, J. T., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse and*

*Neglect*, 19(1), 93–100.

Fairburn, C. G., Bohn, K. S., & Hutt, M. (2004, April–May). *EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Why is it important and how to treat it using cognitive behavior therapy*. Workshop. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders, Orlando, FL.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194–200.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487–499.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT



procedures. *Psychiatric Annals*, 33(1), 47–53.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic

242

## References

stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715–723.

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.

Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022–1028.

Frueh, B. C., Mirabella, R. F., & Turner, S. M. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: Some practical considerations regarding patient exclusion. *Behavior Therapist*, 18, 190–191.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.

Gelpin, E., Bonne, O., Brandes, D., & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(9), 390–394.

Green, B. L. (1993). Disasters and posttraumatic stress disorder. In J. R. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 75–97). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hammer, M. B., Deitsch, S. E., Broderick, P. S., Ulmer, H. G., & Lorberbaum, J. P. (2003).

Quetiapine treatment in patients with posttraumatic stress disorder: An open trial of adjunctive therapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 15–20.

Harmon, R. J., & Riggs, P. D. (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247–1249.

Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649–668.

Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2003). Response to “Comment on Hembree and Foa.”

*Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 575–577.

Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 187–199.

Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555–562.

Hepner, A., & Cauthen, N. R. (1975). Effect of subject control and graduated exposure on snake phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 297–304.

Herz, R. S. (2004). A naturalistic analysis of autobiographical memories triggered by olfactory, visual and auditory stimuli. *Chemical Senses*, 29, 217–224.

Hoberman, H. M., & Lewinsohn, P. M. (1985). The behavioral treatment of depression. In E. E.

Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (pp. 39–81). Homewood, IL: Dorsey Press.

Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(1), 3–17.

Ironson, G., Freud, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113–128.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295–304.

Jakubowski, P., & Lange, A. (1978). *The assertive option: Your rights and responsibilities*. Champaign, IL: Research Press.

## References

243

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.

Jaycox, L. H., & Foa, E. B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(3), 176–184.

Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185–

192.

Jaycox, L. H., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2002). Cognitive-behavior therapy for PTSD in rape survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8),

891–906.

Johnson, D. R., Lubin, H., Rosenheck, R., Fontana, A., Southwick, S., & Charney, D. S. (1997). The impact of the homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: The West Haven Homecoming Stress Scale (WHHSS). *Journal of Traumatic Stress, 10*(2), 259–

277.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kamphuis, J. H., & Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behaviour Research and Therapy, 38*(12), 1163–1181.

Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow, *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 418–453). New York: Guilford Press.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20*, 245–260.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., & Bender, M. E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C.

R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. Vol. I: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 257–294). New York: Brunner/Mazel.

Kilpatrick, D. G. (2005). A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *Journal of Traumatic Stress, 18*(3), 379–384.

Kim, E.-J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders,*

19(1), 69–86.

Koch, E. I., Spates, C. R., & Himle, J. A. (2004). Comparison of behavioral and cognitive-behavioral one-session exposure treatments for small animal phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1483–1504.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M., & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8(4), 428–444.

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., et al.

(2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3–18.

Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(2), 111–127.

Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record*, 53(1), 51–90.

Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159–

172.

Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the

244

## References

psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276–306.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071–1089.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Litz, B. T., Blake, D. D., Gerardi, R. G., & Keane, T. M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 13(4), 91–93.

Mackintosh, N. J. (1987). Neurobiology, psychology and habituation. *Behaviour Research and Therapy*, 25(2), 81–97.

Marks, I. N. (1987). *Fears, phobias, and rituals: The nature of anxiety and panic disorders*. New York: Oxford University Press.

Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

McCutcheon, B. A., & Adams, H. E. (1975). The physiological basis of implosive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 93–100.

McDonagh, A., Friedman, M. J., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515–524.

Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.

Mineka, S., & Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 747–764). New York: Wiley.

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a reinterpretation of “conditioning” and

“problem solving.” *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.

Nezu, A. M. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196–202.

Nishith, P., Hearst, D. E., Mueser, K. T., & Foa, E. B. (1995). PTSD and major depression: Methodological and treatment considerations in a single case design. *Behavior Therapy*, 26(2), 319–

335.

North, C. S., Smith, E. M., McCool, R. E., & Lightcap, P. E. (1989). Acute postdisaster coping and adjustment. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 353–360.

Ohayon, M., & Shapiro, C. M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 469–478.

O’Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2nd ed.).

Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Otto, M. W., Pollack, M. H., & Sabatino, S. A. (1996). Maintenance of remission following cognitive behavior therapy for panic disorder: Possible

deleterious effects of concurrent medication treatment. *Behavior Therapy*, 27(3), 473–482.

Otto, M. W., Smith, C., & Reese, H. E. (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for

## References

245

mood and anxiety disorders in adults: Review and analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(1), 72–86.

Otto, M. W., Smits, J. A. J., & Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 34–41.

Outward Bound International. (2004). *Inspirational readings*. Wheung Wan, Hong Kong: Red Publish.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73.

Paunovic, N., & Ost, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183–1197.

Pekarik, G., & Stephenson, L. A. (1988). Adult and child client differences in therapy dropout research. *Journal of Child Clinical Psychology*, 17, 316–321.

Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. *American Psychologist*, 46(2), 99–106.

Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy.



*Behavior Therapy*, 36(2), 107–118.

Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rachman, S. J. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 375–387.

Raskind, M. A., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Radant, A., Thompson, C. E., et al.

(2003). Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: A placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 371–373.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867–879.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive reprocessing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.

Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of post-traumatic stress disorder in victims of non-sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 201–214.

Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow, *Anxiety and its disorders* (2nd ed., pp. 477–515). New York: Guilford Press.

Rosen, C. S., Chow, H. S., Finney, J. F., Greenbaum, M. A., Moos, R. H., Javaid, I. S., et al. (2004).

VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 213–222.

Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1999). *Reclaiming your life after rape*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455–

475.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559–574.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.

Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality

246

## References

disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(379), 61–

68.

Smucker, M. R., Grunert, B. K., & Weis, J. M. (2003). Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy* (pp. 175–194). New York: Guilford Press.

Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. (2002). Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1777–1779.

Strosahl, K. (1998). The dissemination of manual-based psychotherapies in managed care: Promises, problems, and prospects. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 382–386.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13–18.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003).

Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330–

338.

Telch, M. J., Valentiner, D. P., Ilai, D., Young, P. R., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2004). Fear activation and distraction during the emotional processing of claustrophobic fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 219–232.

Ullman, S. E. (1996). Correlates and consequences of adult sexual assault disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), 554–571.

Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1994). Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD

Scale, CAPS-1. *PTSD Research Quarterly*, 5(2), 2–6.

Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 295–314.

Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 205–210.

Wirtz, P. W., & Harrell, A. V. (1987). Effects of postassault exposure to attack-similar stimuli on long-term recovery of victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 10–16.

Zayfert, C., & Becker, C. B. (2000). Implementation of empirically supported treatment for PTSD: Obstacles and innovations. *Behavior Therapist*, 23(8), 161–168.

Zayfert, C., Becker, C. B., & Gillock, K. L. (2002). Managing obstacles to the utilization of exposure therapy with PTSD patients. In L. Vandecreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 20, pp. 201–222). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L., & Shearer, D. K. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 31–38.

Zayfert, C., & DeViva, J. C. (2004). Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 69–73.

Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of CBT for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6) 637–645.

Zayfert, C., DeViva, J. C., & Hofmann, S. G. (2005). Comorbid PTSD and social phobia in a treatment-seeking population: An exploratory study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), 93–101.

Zohar, J., Amital, D., Miodownik, C., Kotler, M., Bleich, A., Lane, R. M., et al. (2002). Double blind placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 190–195.

## **Індекс**

«f» після номера сторінки означає цифру.

Стратегії сприйняття, 203–204

Автоматичний журнал думок, 163, 163 *f*, 192–195, 196–

Планування діяльності, 205–206

197

Прихильність до лікування, 223–226

Поведінка уникнення

Прийняття роздаткового матеріалу «Корисне мислення», 214

когнітивна реструктуризація і, 20

Адреналін, 72–77. *див. також* Аналіз рішень щодо реакцій на травму та 209

Агресія, план управління, 50–51

відволікання та, 226–229

Зловживання алкоголем і залежність. *див. Боязнь речовин*, 10–11

зловживання та залежність

роздаткові матеріали щодо 75–77, 106–107, 110, 111–

Мислення "все або нічого", 200

112

Амбівалентність, 209, 229

посилення симптомів під час лікування та, 25

Гнів

неосудлива позиція, 45

когнітивна реструктуризація та, 5, 158, 165

обробка травматичних подій і, 19

уявна експозиція і, 126–127

навчання щеплення від стресу, 7

план управління, 50–51

таргетування в терапії, 3

обробка травматичних подій і, 18

травматичні спогади, 11–12

Шкала суб'єктивних одиниць дистресу (SUDS) і,

144–145

Тривога

## **В**

адаптивні та дезадаптивні функції, 10–11

моделі кондиціонування та, 11–15

Інвентаризація депресії Бека (BDI), 24

експозиція і, 99–103, 100 *f*, 132–138, 134 *f*, 137 *f* Поведінкова активація, 205–206

роздаткові матеріали щодо 72–77, 111–112, 214

Поведінковий експеримент, 161

Тривожні розлади, 14, 49, 207–209, 235–236

Behavioral Tech, 203

Розклад співбесід щодо тривожних розладів для DSM-IV

Поведінка, дисфункціональна, 141

(ADIS-IV), 23, 231

Віра в те, що пацієнт не може зробити експозицію, 138–139

Arousal, 106–109. *див. також* Реакція на боротьбу з втечею  
Переконання, некорисно, 160, 168–169. *див. також* Тренування  
когнітивного наполегливого спілкування, 7, 22–24, 206

реструктуризація; Думки, марно

Оцінювання

Біосоціальна модель, 45, 203

формулювання відмінка і, 29–30

Прикордонний розлад особистості

пропущені зустрічі та, 229

СВТ і, 23

кілька завдань і, 230–233

приклад адресації реєстра, 30–33

продовжується, 25, 228–229

уявна експозиція і, 144

огляд, 22–25

професійна підтримка та, 57–58

використання логістичних проблем для, 228–229

інструменти додаткового лікування та, 202–203

Автоматична нервова система, 14

Перенавчання дихання, 7

Автоматичні думки, 160, 190–191, 192–195, 199,

Нервова булімія, 34–38, 211–213. *див. також* Їжа 200–201. *див. також*  
Думки, марно

розлади

247

248

Індекс

**С**

Впевненість терапевта, 48–49

Консультаційні групи, 58

Скасування зустрічей, 229–230

Неперервна освіта, 48–49

Автомобільні аварії, страх, 97

Контроль у сесіях, 16, 53–54

Підхід до формулювання випадку

Контроль, відсутність, 47–48, 53–54

будівля з вашим пацієнтом, 41–43



Висловлювання про себе, 90–91, 112

вирішення фокусу лікування, 38–40

вирішувати, які техніки використовувати та коли, 50–

56

## **D**

приклади 30–38

номететична модель, 25–30

Аналіз рішень, 209–210, 213, 221–222

огляд, 22

Робочий аркуш для аналізу рішень, 209, 221–

Класичне кондиціонування, 11–15

222

Клінічні інтерв'ю, 23, 24, 25

Пригнічений настрій, відмінок і, 28

Шкала посттравматичних стресових розладів, керована лікарем (CAPS), 23, 231

Депресія, 34–38, 54–55, 178, 205–206

Вживання кокаїну. *див.* Зловживання наркотиками

Діалектична поведінкова терапія

Огляд когнітивно-поведінкової терапії, 3, 4–8, 9–

супутнє захворювання і, 23

10, 19–20

огляд, 203–205

Роздатковий матеріал «Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР»,

як джерело додаткових засобів лікування,

106–109

202–203

Когнітивні обмеження, 55

коли пацієнту бракує навичок, необхідних для опромінення,

Когнітивні моделі ПТСР, 15–19, 19–20, 81

103

Когнітивна обробка, 15–17, 20

Дисоціативна поведінка

Когнітивна реструктуризація

уявна експозиція і, 140–142

приклади випадків, 161–177, 163 *f*

психоосвіта і, 65

поширені думки про ПТСР і, 177–178, 177 *f*, 178 *f*, суб'єктивні одиниці  
Шкала лиха (SUDS) і,

179 *f*, 180, 181 *f*, 182

145

впевненість терапевта в, 48–49

*експозиція in vivo* та, 102–103

у поєднанні з експозицією, 5–6

готовність пацієнта брати участь у лікуванні

вирішити, коли використовувати, 50–56

та, 52

роздаткові матеріали щодо 107–109, 190–201

Відволікання під час впливу, 133

уявна експозиція і, 145

Відмова від лікування, 52–53, 229–230

огляд, 3, 159–177, 163 *f*, 189

Зловживання наркотиками, 50–51, 213

психопросвітництво щодо, 60, 61–62

Дистимія, 178

обґрунтування, 158–159

переробка травматичних подій і, 16–17

дослідницька підтримка, 4, 5

## **Е**

шість кроків, 160–177

усунення несправностей, 182–183, 184 *f*, 185–189

Тест ставлення до їжі (EAT), 24

Робочий аркуш когнітивної реструктуризації, 179 *f*, 198

Розлади харчування

Спільний альянс, 3

оцінювання та, 24–25

Columbo approach, 172–173

формулювання відмінка і, 28, 34–38

Поширені реакції на травматичний досвід

план управління, 50–51

роздатковий матеріал, 65, 72–77, 86–87, 99, 178

лікування, 211–213, 228

Роздатковий матеріал про загальні стилі мислення, 200–201

Емоційний контроль, 152

Навички спілкування, 7, 22–24, 206

Емоційне міркування, 201

Супутнє захворювання

Емоції, 164–166, 193–195, 199, 203–205

оцінювання та, 22–24

Емпіризм, як основа КПТ, 2

формулювання відмінка і, 28–29

Залучення, експозиція та, 132–138, 134 *f*, 137 *f* рішення про те, які техніки використовувати і коли, 54–

Екологічні фактори, уявна експозиція та, 130,

55

145–147, 146 *f*, 147 *f*

експозиція і, 207–209

Планування лікування на основі доказів, 26–30

інструменти додаткового лікування та, 202

Етап збору доказів у когнітивній реструктуризації

лікування для, 230–233, 232 *f*

приклади випадків, 169–175

Ускладнювальні фактори, оцінка та, 22–24

етап виклику та, 175–177

Моделі кондиціонування, 11–15, 19–20, 81

приклади 178, 179 *f*, 180, 181 *f*, 182

Індекс

249

огляд, 160–161, 169–175

психоосвіта і, 65–66

самонедійсність і, 183, 184 *f*, 185–186

структура КПТ і, 2–3

Очікування щодо лікування, 178

планування лікування та, 29–30

Експозиція. *див. також* Уявна експозиція; *In vivo* Методи заземлення, 141

експозиція

Роздатковий матеріал «Посібник з емоцій і пов’язаних думок», 199

прихильність до лікування та, 223–226

Почуття провини

приклади випадків, 79–81

когнітивна реструктуризація та, 5, 165, 177

когнітивна реструктуризація та, 5–6, 158–159

збір доказів, 174–175

поширені думки про ПТСР і, 178 *f*

ретроспективне упередження, 174

для коморбідних тривожних розладів, 207–209

уявна експозиція і, 126–127

впевненість терапевта в, 48–49

вивчені будильники та, 14–15

вирішити, коли використовувати, 50–56

обробка травматичних подій і, 18

аналіз рішень і, 209–210

відволікання, 226–229

EMDR і, 8

## Н

роздаткові матеріали щодо 107–109, 111–112, 113–114,  
115–116, 117–118

Звикання

реалізація, 82–95

Когнітивно-поведінкове лікування ПТСР

огляд, 3, 19–20, 78–82

роздатковий матеріал, 108

психопросвітництво щодо, 60, 62

уявна експозиція та, 132–138, 134 *f*, 137 *f* повторна обробка  
травматичних подій та, 16–17

огляд, 81

дослідницька підтримка, 4–5

Крива звикання, 94 *f*, 107, 108, 115

ретравматизація і, 47–48

Проблеми зі здоров'ям, оцінка та, 24

терапевтичний зв'язок і, 44–45

Побудова ієрархії в експозиції

готовність пацієнта брати участь, 51–54

Як спланувати роздатковий матеріал про ієрархію, 113–114

Роздатковий матеріал для запису сеансу експозиції, 154

кілька ієрархій і, 98

Вимирання, 81

огляд, 86–88, 88 *f*, 123–126

Десенсибілізація рухів очей і повторна обробка

Обумовлення вищого порядку, 12

терапія, 6–7

Упередженість заднім числом, 174

Домашнє завдання

прихильність до лікування та, 223–226

## **F**

експозиція та, 93, 129–131, 136–137

небажання робити, 143–144

Члени родини пацієнта, 130–131

*In vivo* Exposure Home Practice Record роздатковий матеріал, Fear

117–118

адаптивні та дезадаптивні функції, 10–11

Homicidality, 50–51, 96

моделі кондиціонування та, 11–15

Безнадійність, когнітивна реструктуризація та 178



експозиція та, 79, 81–82

Як я можу навчитися контролювати некорисні думки?

роздаткові матеріали щодо 72–77, 106–109, 111–112

роздатковий матеріал, 192–195

обробка травматичних подій і, 17–19

Як почати *In Vivo* Роздатковий матеріал, 115–116

Зворотній зв'язок після впливу, 129

Роздатковий матеріал «Як мені протистояти своїм страхам», 111–112

Відповідь "бій-втік", 13–14, 13 *f*, 65, 66–71

Як спланувати роздатковий матеріал про ієрархію, 113–114

Назад, 103–105, 104 *f*

Гумор, у психоосвіті, 65

Гнучкість у КПТ, 2–3

Перевірка гіпотез, 2, 26, 41–43. *див. також* Робочий фокус лікування, 38–40

гіпотези

Додаткові дзвінки, 142, 229–230

Частота сеансів, 56–57

**Я**

**Г**

Уявна експозиція. *див. також* Експозиція

прихильність до лікування та, 225–226

Узагальнення, 233–237, 237 *f*

тривога під час, 132–138, 134 *f*, 137 *f*

Генералізований тривожний розлад, 34–38

вирішити, коли використовувати, 56

Цілі лікування

роздаткові матеріали щодо 107–109, 150–156

відволікання та, 226–229

реалізація, 127–131

приклади 32–33, 36–38

огляд, 3, 80–81, 119, 149

250

Індекс

Уявна експозиція (*продовження*)

Ліки, 141–142, 235–237

підготовка до, 123–127

Спогади, травматичні. *див. також* Психосвіту уявного впливу щодо, 62

побудова ієрархії для впливу, 123–127

обґрунтування, 120–122, 120 *f*

когнітивна обробка і, 15–17

дослідницька підтримка, 5

моделі кондиціонування та, 11–12

усунення несправностей, 138–147, 146 *f*, 147 *f*

психопросвітництво щодо, 63

незвичайні реакції на, 148–149

структурування для впливу, 133–137, 134 *f*

*експозиція in vivo* та 6, 99, 137, 137 *f*

Обробка пам'яті, EMDR та, 8

Роздатковий матеріал Imaginal Exposure, 150–152

Метафора

Роздатковий матеріал Imaginal Exposure Home Practice Record,

прикладі випадків 66–71

155–156

Поширені реакції на травматичний досвід

Імпульсивність, план управління, 50–51

роздатковий матеріал і, 72–77

*Вплив in vivo* . див. також Експозиція в психоосвіті, 60, 65

прихильність до лікування та, 223–226

Метафора «гойдалка емоцій і розуму»,

тривога та, 99–103, 100 *f*

205

побудова ієрархії, 86–88, 88 *f*, 98

Роздатковий матеріал усвідомленості, 215–216

когнітивна реструктуризація та, 158–159

Навички усвідомленості, 54, 204–205, 215–216, 217–218

у поєднанні з уявною експозицією, 137, 137 *f*

Пропущені зустрічі, 229–230

самоосвідчення, 90–91

вирішити, коли використовувати, 56

дисоціація та оніміння, 140–141

**N**

роздаткові матеріали щодо 107–109, 111–112, 113–114,

115–116, 117–118

Негативні думки. *див.* Автоматичні думки;

реалізація, 82–95

Думки, марні

пошаровий підхід до лікування та, 38–39

Не показує, 229–230

огляд, 3, 79–80

Модель Nomothetic, 25–30, 30–38

психопросвітництво щодо, 62

Неосудлива позиція терапевта, 45–46

обґрунтування, 6, 83–86, 84 *f*, 85 *f*

Оніміння, 76, 103, 140–142, 145

безпека та, 96

стимул для, 89–90, 97–98, 98–99

усунення несправностей, 96–105, 100 *f*, 104 *f*

## **О**

використання підієрархій, 88–89

*In vivo* Exposure Home Practice Record роздатковий матеріал,  
Обсесивно-компульсивний розлад, 49, 207–208

93, 94, 117–118

Запахи як тригери, 97–98

Неповна обробка травматичних подій, 19

Кондиціонування оперантів, 11–15

Інформована згода, 41–43

Безсоння, лікування, 210–211, 211 *f*

Страхові компанії, тривалість і частота

## **Р**

сесії та, 56–57

Панічні атаки, вплив і, 208–209

Панічний розлад, 49, 208–209, 235–236

## **L**

Парасуїцидальні потяги, 45

Консультація рівного, 58. *див. також* Супервізія, Багатошаровий підхід до лікування, 38–39

професіонал

Вивчені будильники, 14–15

Історія злочинів, 148

Навчальна модель етіології ПТСР, 12–15, 13 *f* Персоналізація, 201

Вивчення нової поведінки, 2–3

Фобії, вплив і, 49

Тривалість сеансів, 56–57, 128

Фізичний стан, 24, 212

Список роздаткових матеріалів про спогади про травми, 123, 153

Фізіологічна реакція, 14, 72–77, 81–82. *див. також* Логістичні проблеми, 228–229

Травмові реакції

Заняття, що приносять задоволення, 76, 131, 205–206

Пріоритети, відволікання та 226–229

## **M**

Ідентифікація проблеми, 28, 38–40, 40–41

Навички вирішення проблем, 55, 206–207, 219–220

Технічне обслуговування, 233–237, 237 *f*

Робочий аркуш для вирішення задач, 219–220

Маніпуляції, 45

Обробка травматичних подій, 15–17, 20

Індекс

251

Професійний нагляд, 48–49, 57–58

Самопошкодження, 50–51

Психоосвіта

Самоанулювання, 183, 184 *f*, 185–186

приклади випадків, 61–63, 66–71

Самоконтроль, 38–39

Поширені реакції на травматичний досвід

Самозаспокоєння, 131

роздатковий матеріал і, 72–77

Саморозмова, 190–191

огляд, 3, 59–60, 71

Послідовне лікування, 40–41

щодо СБТ, 60–64

Планування занять, 41, 56–57, 71

щодо типових реакцій на травму, 64–71

Сексуальне насильство, сором і 18

готовність пацієнта і, 52

Статеве збудження під час впливу, 148

ПТСР Контрольний список (PCL), 231

Ганьба

Концептуалізація ПТСР, 10–19, 10 *f*, 13 *f*

когнітивна реструктуризація та, 5, 165, 177, 182–183,

184 *f*, 185–186

уявна експозиція і, 126–127

## **R**

вивчені будильники та, 14–15

обробка травматичних подій і, 18

Згвалтування, сором і 18

статеве збудження під час впливу та, 148

Rapport, 22. *див. також* Терапевтичний взаємозв'язок Шкала суб'єктивних одиниць дистресу (SUDS) і,

Обґрунтування КПТ, 9–10

144–145

Реакції інших, 18



готовність пацієнта брати участь у лікуванні

Реакції на травму, 64–71, 72–77

та, 53

Розум, діалектична поведінкова терапія та, 203–205

Твердження «Потрібно», 201

Нерозважна поведінка, план управління, 50–51

Одночасне лікування, 40–41

Облік експозиції, 94, 128–129, 154

Проблеми зі сном, лікування, 210–211, 211 *f*

Повторне переживання травми, 77, 103–105, 104 *f*, 127–

Соціальна фобія, експозиція та, 208

128

Сократове запитання, 60, 66–71, 169

Реферали, 202

Концепція «States of mind», 204–205, 217–218

Рецидив, 234

Роздатковий матеріал "Стани розуму", 217–218

Переробка травматичних подій, 16–17. *див. також* Узагальнення стимулу, 12

Когнітивна реструктуризація; Експозиція

Зупинка викриття, запити на, 138

Резюме досліджень, 4–8, 56–57

Навчання вакцинації від стресу (SIT), 6–7

Опір

Навички керування стресом, 5

прихильність до лікування та, 223–226

Структура КПТ, 2–3

скасування, неявка та вибуття, 229–230

Структуроване клінічне інтерв'ю для осі II DSM-IV

когнітивна реструктуризація, 164

Розлади особистості (SCID-II), 25

відволікання, 226–229

Структуровані інтерв'ю, 23, 24

експозиція і, 143–144

Шкала суб'єктивних одиниць дистресу (SUDS)

Відповідальність за травматичну подію, 139

побудова ієрархії для впливу та, 87–88,

Повторна травматизація, 47–48, 77

88 *f*

роздаткові матеріали щодо 113–114, 117–118

уявна експозиція та, 128–129, 144–147, 146 *f*, S

147 *f*

припинення і, 233

Заходи безпеки, *вплив in vivo* та 103

використання в експозиціях, 91–95

Континуум безпеки й небезпеки, 190–191

Зловживання психоактивними речовинами та залежність, 50–51, 213

Проблеми безпеки

Схильність до самогубства

виклик негативних думок щодо, 182

вирішувати, які техніки використовувати та коли, 54–

вирішувати, які техніки використовувати та коли, 54–

55

55

негативні думки і, 178

експозиція та, 96, 141

план управління, 50–51

Роздатковий матеріал «Як мені протистояти своїм страхам», 111–112

безпека під час впливу та, 96

план управління, 50–51

Супервізія, професійний, 48–49, 57–58

Науковий підхід, 2, 29

Підтримка, професійна, 57–58

Вторинні реакції, 19

Симпатична гілка автоматичної нервової системи,

Метафора «Гойдалка емоцій і розуму», 205

14

Самозвинувачення, 177

Симптоми, посилення під час лікування, 25, 47–48,

Самооцінка, 178

52–53, 142–143

252

Індекс

**T**

**U**

Припинення, планування, 233–237, 237 *f*

Роздатковий матеріал «Розуміємо свої емоції»,

Терапевтичні стосунки

164

залучення вашого пацієнта до розробки випадку

Некорисні думки. *див.* Думки,

рецептури і, 42–43

некорисно

неосудлива позиція, 45–46

огляд, 44–46

психоосвіта і, 63–64

## V

ретравматизація і, 47–48

готовність пацієнта брати участь у лікуванні

Перевірка

та, 53

прихильність до лікування та, 223

Проблеми терапевта, 46–49, 50–56

приклади випадків 66–71

Думки, марні. *див. також Cognitive*

когнітивна реструктуризація та, 182–183, 184 *f*,

реструктуризація

185–186

загальні думки про ПТСР, 177–178, 177 *f*, 178 *f*, діалектична поведінкова терапія та , 203–

179 *f*, 180, 181 *f*, 182

204

роздаткові матеріали щодо 107, 190–191, 192–195, 199,

пропущені зустрічі та, 229

200–201

статеве збудження під час впливу та, 148

визначаючи, до чого звертатися за допомогою когнітивного

терапевтичний зв'язок і, 46

реструктуризація, 168–169

готовність пацієнта брати участь

огляд, 3, 160

лікування і, 52

зупинка думки, 7

Вербалізація спогадів, неспроможність пацієнта

правдивість їх, 186–187

виконати, 139–140

Роздатковий матеріал «10 найпопулярніших причин, чому слід використовувати Imaginal Exposure»,

Блювота під час впливу, 148–149

120, 120 *f*, 151

Блювота, страх, 97, 148–149

Історія травми, 22–24

Травмові реакції, 64–71, 72–77

Ті, хто пережив травму, 11–12

## W

Травматичні події, 15–17

Планування лікування

Як я уникаю Робочий аркуш, 98–99, 110

формулювання відмінка і, 26, 29–30

Проблеми з вагою, 183, 184 *f*, 185

вирішення фокусу лікування та, 38–40

Що таке когнітивна реструктуризація? роздатковий матеріал, 190–

вирішити, які техніки використовувати та коли, 50–56

191

відволікання та, 226–229

Бажання пацієнта, 51–54

приклади 30–38

Робочі гіпотези. *див. також* Гіпотези

кілька завдань і, 230–233, 232 *f*

тестування

послідовне проти одночасного лікування та, 40–41

формулювання відмінка та, 27–29, 29–30

Справжня тривога, 13–14, 13 *f*

приклади 30–38

Довіра, боротьба з негативними думками щодо,

залучення вашого пацієнта до розробки, 41–43

180, 182

Погіршення симптомів під час лікування, 25, 47–

Довіра в терапевтичних стосунках, 42–43, 46, 47–48, 48, 52–53, 142–  
143

60. *див. також* Терапевтичний зв'язок

Письмові завдання, 164, 167