

Содержание

Посвящение	21
Благодарности	22
Предисловие	23
<i>Дэвид М. Кларк</i>	23
Мой личный вклад	24
Приглашение	27
Ждем ваших отзывов!	28
Предисловие	29
Как пользоваться этой книгой	32
Рекомендованная литература	34
Глава 1. Поведенческие эксперименты: исторические и теоретические предпосылки	
<i>Джеймс Беннетт-Леви, Дэвид Вестбрук, Мелани Феннелл, Майра Купер, Хадж Руф, Энн Хакманн</i>	35
Раздел I. Общий взгляд на когнитивную терапию	36
Введение	36
Происхождение когнитивной терапии: ее поведенческое наследие	37
Когнитивная модель	38
Когнитивная терапия	41
Раздел II. Поведенческий эксперимент в когнитивной терапии	43
Введение	43
Поведенческие эксперименты: научный контекст	44
Поведенческие эксперименты: эволюция и революция	46
Ценность поведенческих экспериментов	48
Подход клиницистов	48
Эмпирические данные	49
Теоретический взгляд на ценность поведенческих экспериментов	51
Теории когнитивных наук	52
Теория обучения взрослых	55
Выводы	57

Глава 2. Разработка эффективных поведенческих экспериментов

Хадж Руф, Мелани Феннелл, Дэвид Вестбрук,

Майра Купер, Джеймс Беннетт-Левин

59

Введение

59

1. Классификация поведенческих экспериментов

61

Цели поведенческих экспериментов

61

Разработка поведенческого эксперимента

64

Эксперименты, проверяющие гипотезы

64

Поисковые эксперименты

65

Типы поведенческих экспериментов

65

Активные эксперименты

66

Наблюдательные эксперименты

66

Уровни когний

68

Автоматические мысли

68

Дисфункциональные предположения

69

Глубинные убеждения

69

Условия и ресурсы

70

2. Цикл обучения: максимизация возможностей обучения на поведенческих экспериментах

70

3. Планирование: разработка поведенческого эксперимента

73

Четкое понимание цели эксперимента

74

Определение целевых когний и прогнозируемых результатов

74

Выработка альтернативных точек зрения

75

Принятие в расчет эмоций и физиологических реакций

76

Борьба с бесполезным поведением

76

Выбор типа эксперимента

77

Выбор времени и места эксперимента

79

Люди и ресурсы

80

Когда планировать, а когда нет

81

Предварительное оповещение

81

Подготовка к проблемам

82

Планирование беспроектных экспериментов

82

Оценка воздействия эксперимента

83

Запись эксперимента

84

Общие соображения и препятствия

84

4. Опыт: сам эксперимент	89
Повышение морального настроения	90
Поощрение полного участия	90
Напоминания	91
Внимание к эмоциональным состояниям	91
Гибкость	92
Отслеживание прогресса	93
Общие соображения и препятствия	93
5. Наблюдение: изучение происходящего	95
Что наблюдать	95
Запись эксперимента	96
Активное слушание	96
Общие соображения и препятствия	97
6. Рефлексия: осмысление эксперимента	99
Определение значения эксперимента	100
Связь результата с предыдущими знаниями и идеями	100
Обобщение	100
Общие соображения и проблемы	101
7. Планирование: следующие за экспериментом действия	102
Заключение	103

Глава 3. Паническое расстройство и агорафобия

<i>Энн Хакманн</i>	105
Введение	105
Когнитивная модель	105
Паническое расстройство	106
Ключевые когниции	106
Типичное безопасное поведение	106
Триггеры панических атак	107
Лечение панического расстройства	107
Конкретные соображения	107
Предостережение!	108
Выяснение истинных причин пугающих симптомов	109
Выяснение истинных последствий отказа от безопасного поведения	111
Проверка, что произойдет при намеренном усилении симптомов	113
Проверка, усиливает ли безопасное поведение симптомы	116

Агорафобия	119
Ключевые когниции	119
Типичное безопасное поведение	120
Определение реакций окружающих	121
Проверка копинга пациента в случае катастрофы	123
Определение существования факторов спасения	124
Вывод	125
Другие главы по теме	126
Рекомендованная литература	126

Глава 4. Ипохондрия

<i>Эми Сильвер, Диана Сандерс, Норма Моррисон, Кэролайн Коуи</i>	129
Введение	129
Когнитивная модель	130
Ключевые аспекты когниций	131
Ключевые когниции	132
Убеждения о необходимости нести ответственность за свое здоровье, поддерживающие озабоченность и беспокойство	132
Убеждения о здоровье, болезни и смерти	132
Убеждения о влиянии тревоги и беспокойства	133
Конкретные соображения	133
Убеждения о необходимости нести ответственность за свое здоровье, которые поддерживают озабоченность и беспокойство	136
Убеждения о здоровье, болезни и смерти	143
Убеждения о последствиях тревоги и беспокойства, а также смешение мыслей и действий	146
Характерные трудности при работе с ипохондрией	148
Издержки изменения убеждений	148
Уверенность в будущем	148
Другие главы по теме	149
Рекомендованная литература	149

Глава 5. Обсессивно-компульсивное расстройство

<i>Норма Моррисон, Дэвид Вестбрук</i>	151
Что такое обсессивно-компульсивное расстройство	151
Когнитивные модели	152

Ключевые когниции	152
Поведенческие эксперименты	153
Смещение мыслей и действий	155
Преувеличенная ответственность	160
Контролируемость мыслей	162
Перфекционизм	163
Переоценка угрозы	164
Непереносимость неопределенности	166
Характерные трудности при ОКР	169
Нежелание сообщать информацию о себе	169
Неясные пугающие последствия	170
Катастрофы “в далеком будущем”	171
Другие главы по теме	171
Рекомендованная литература	171

Глава 6. Генерализованное тревожное расстройство

<i>Джиллиан Батлер, Хадж Руф</i>	173
Введение	173
Когнитивные модели	174
Развитие соответствующих убеждений	175
Ключевые когниции	176
Метакогнитивные убеждения	176
Непереносимость неопределенности	177
Проверка метакогнитивных убеждений	179
Повышение толерантности к неопределенности	183
Характерные трудности	189
Содержание или процесс	189
“Что если...?”	190
Амбивалентность	190
Проблемы процесса	190
Коморбидность	190
Концентрация и память	191
Незаметные эксперименты	191
Смутные беспокойства	191
Тонкое избегание и поиск одобрений	191
Беспокойство о неразрешимых проблемах	192

Злоупотребление лекарственными препаратами и психоактивными веществами	192
Эмоциональная обработка	192
Ожидания от будущего	193
Другие главы по теме	193
Рекомендованная литература	193

Глава 7. Социальное тревожное расстройство

<i>Джиллиан Батлер, Энн Хакманн</i>	195
Введение	195
Когнитивные модели	196
Сфокусированное на себе внимание	196
Безопасное поведение	197
Предполагаемая социальная опасность	197
Этиология	198
Ключевые когнитивные процессы и когниции	198
Ключевые когнитивные процессы	199
Предполагаемая социальная опасность	200
Исследование когнитивных процессов	201
Переоценка социальной опасности	209
Характерные трудности	214
Блуждающее внимание	214
Негативное влияние на отношения	214
Пренебрежение	214
Принятие другими	214
Постановка целей	215
Чтение мыслей	215
Интерес к другим	215
Уединенная деятельность	215
Другие главы по теме	216
Рекомендованная литература	216

Глава 8. Специфические фобии

<i>Джоан Кирк, Хадж Руф</i>	219
Введение	219
Когнитивная модель	220
Развитие	221

Триггеры	221
Поддержание	221
Ключевые когниции	223
Переоценка вероятности вреда, ущерба, боли или травмы	223
Переоценка последствий вреда, ущерба, боли или травмы	226
Недооценка копинга	226
Недооценка факторов спасения	226
Вторичные когниции	226
Зоофобии	227
Фобии природных явлений	230
Гемофобия/трипанофобия	232
Ситуативные страхи	233
Атипичные фобии	238
Характерные трудности	240
Мужество	240
Несколько или один сеанс терапии	240
Пошаговый подход	241
Вторичные когниции	241
Преодоление очень сильной тревоги	241
Сильная боязнь участия в экспериментах	241
Избегание аффекта	242
Скрытое безопасное поведение	242
Межличностные поддерживающие факторы	242
Коморбидность	243
Генерализация	243
Другие главы по теме	243
Рекомендованная литература	243

Глава 9. Посттравматическое стрессовое расстройство

<i>Мартина Мюллер, Энн Хакманн, Элисон Крофт</i>	245
Введение	245
Когнитивная модель	245
Ключевые когниции	246
Проверка бесполезных оценок симптомов ПТСР	248
Переоценка измененных оценок себя и мира	251

Переоценка искаженных оценок, сделанных во время травмы	255
Переоценка искаженных оценок, сделанных во время травмы (продолжение)	258
Исследование бесполезности безопасного поведения	260
Характерные трудности	264
Коморбидность	264
Уже существующие проблемы	264
Избегание	265
Страхи по поводу воспроизведения травмы	265
Построение доверия	266
Другие главы по теме	266
Рекомендованная литература	266
Глава 10. Депрессия	269
<i>Мелани Феннелл, Джеймс Беннетт-Леви, Дэвид Вестбрук</i>	
Введение	269
Когнитивная модель	270
Ключевые когниции	270
Содержание	270
Процесс	271
Когнитивная уязвимость	272
Поведенческие эксперименты	272
Участие	274
Планирование активности	275
Проверка негативных автоматических мыслей (когнитивная триада)	279
Снижение уязвимости для депрессии: проверка предположений и убеждений	282
Рецидив и повторение: планирование на будущее	286
Характерные трудности	287
Природа депрессии	287
Заражение депрессией психотерапевта	288
Частота проведения сеансов	288
Когнитивные нарушения	288
Слишком частые “Да, но...”	288
Суицидальные мысли/безнадежность	289

Подкрепление негативного мышления окружающими	289
Хроническая/тяжелая/стационарная депрессия	289
Другие главы по теме	290
Рекомендованная литература	290
Глава 11. Биполярные аффективные расстройства	
<i>Джун Дент, Хелен Клоуз, Джоанн Райдер</i>	293
Введение	293
Когнитивные (и другие) модели	294
Ключевые когниции	296
Типичные мысли, связанные с маниакальными симптомами	296
Типичные глубинные убеждения и предположения, связанные с биполярным расстройством	297
Мысли, предположения и убеждения о болезни, стигме, прогнозе и медикаментах	297
Типичные мысли, связанные с маниакальными симптомами	299
Типичные убеждения и предположения, связанные с биполярным расстройством	301
Убеждения о болезни, стигме, прогнозах и медикаментах	305
Характерные трудности в когнитивной терапии при лечении БАР	308
Изменение в подаче материала	311
Установки и убеждения	312
Устойчивое расстройство	312
Другие главы по теме	313
Рекомендованная литература	313
Глава 12. Психотические симптомы	
<i>Хелен Клоуз, Стефан Шуллер</i>	315
Введение	315
Когнитивные модели	316
Ключевые когниции	317
Бредовые убеждения	318
Убеждения о внутренних голосах	318
Другие проблемные убеждения, связанные с психозом	319
Бредовые убеждения	320
Убеждения о внутренних голосах и других галлюцинациях	323
Другие проблемные не психотические убеждения	328

Характерные трудности при когнитивной терапии психоза	331
Участие	331
Уязвимость для расстройства мыслей во время сеанса	334
Устойчивые проблемы	334
Другие главы по теме	335
Рекомендованная литература	335

Глава 13. Расстройства пищевого поведения

<i>Майра Купер, Линетт Уайтхед, Ники Ботон</i>	337
Введение	337
Нервная анорексия	338
Нервная булимия	338
Расстройство пищевого поведения без дополнительных уточнений (БДУ)	338
Когнитивные модели	339
Ключевые когниции	339
Поведенческие эксперименты	344
Преувеличение значения питания, веса и формы тела и контроля над ними	344
Непереносимость плохого настроения	349
Низкая глубинная самооценка	350
Перфекционизм	351
Межличностные проблемы	352
Характерные трудности	354
Мотивация и вовлеченность	354
Терапевтические отношения	354
Специфика болезни	355
Лечение как поведенческий эксперимент	355
Деликатные и правдивые убеждения	355
Медицинские вопросы	356
Другие главы по теме	356
Рекомендованная литература	356

Глава 14. Бессонница

<i>Мелисса Ри, Эллисон Харви</i>	359
Что такое бессонница	359
Когнитивные модели	360

Когнитивные процессы ночью	360
Когнитивные процессы днем	362
Ключевые когнитивные конструкции	362
Бесполезные убеждения о сне и усталости	363
Беспокойство	363
Мониторинг связанных со сном угроз	364
Искаженное восприятие сна и дневных нарушений	364
Безопасное поведение	364
Оспаривание бесполезных убеждений о сне и усталости	366
Оспаривание беспокойства	370
Исследование искаженного восприятия	371
Оспаривание мониторинга	372
Оспаривание мыслей, ведущих к безопасному поведению	375
Характерные трудности поведенческих экспериментов при бессоннице	377
Большинство экспериментов нужно проводить между сеансами	377
Разным людям нужно разное количество сна	377
Чрезмерная усталость связана с опасностью инцидентов	379
Время экспериментов следует тщательно планировать в ходе лечения	379
Другие главы по теме	379
Благодарность	380
Рекомендованная литература	380

Глава 15. Болезни и недееспособность

<i>Эми Сильвер, Кристина Сурави, Диана Сандерс</i>	383
Введение	383
Когнитивные модели	383
Ключевые когниции	384
Негативные автоматические мысли	384
Глубинные убеждения и дисфункциональные предположения	386
Поведенческие эксперименты	386
Регулирование изменений в функционировании	388
Исследование реакций других	391
Исследование значения симптомов	392

Укрепление чувства идентичности	397
Изучение последствий безопасного поведения	399
Характерные трудности	403
Участие в психотерапии	403
Реальность проблемы	403
Признание ограничений	403
Трудности с выражением эмоций	404
Изменения и адаптация	404
Другие главы по теме	405
Рекомендованная литература	405

Глава 16. Приобретенная черепно-мозговая травма

<i>Джоанна МакГрат, Найджел Кинг</i>	407
Введение	407
Когнитивная модель	408
Ключевые когнитивные конструкции	410
Убеждения о симптомах	412
Убеждения о функциональных способностях	415
Убеждения о социальных ситуациях	420
Характерные трудности	423
Пациенты с другими медицинскими проблемами	423
Пациенты с когнитивными нарушениями	423
Формулировка: широкий спектр факторов, влияющих на проблему	424
Распознавание эмоционального поведения	425
Эксперименты с потенциально дистрессовыми результатами	425
Эксперименты, которые не работают	426
Другие главы по теме	427
Рекомендованная литература	427

Глава 17. Избегание аффекта

<i>Джиллиан Батлер, Кристина Сурави</i>	429
Введение	429
Когнитивные модели	430
Общие когнитивные черты	430
Гипотезы об этиологии	431

Ключевые когниции	432
Значение переживания эмоций	432
Значение выражения чувств	433
Путаница из-за аффекта	433
Изменение мыслей об эмоциях	435
Изменение мыслей о выражении эмоций	438
Уменьшение путаницы из-за аффекта	442
Характерные трудности	448
Забрасывание вопросами	448
Дискомфорт	448
Отключение	448
Интенсивность	448
Воспоминания	449
Сны	449
Размывание границ	449
Принятие решений	449
Эмпатия	449
Беспокойство	450
Другие главы по теме	450
Рекомендованная литература	450

Глава 18. Самоповреждающее поведение

<i>Хелен Кеннерли</i>	453
Введение	453
Объяснение самоповреждающего поведения	454
Ключевые когнитивные конструкции	455
Ключевые когниции	456
Фундаментальные убеждения	458
Облегчающие убеждения	460
Реакции на членовредительство	467
Характерные трудности	469
Сложные случаи	469
Держать в уме “общую картину”	469
Роль физиологии в самоповреждении	469
Предварительная подготовка	470
Сделать изменения безопасными и возможными	470

Убедиться, что отвлечение помогает пациенту	471
Понимать проблемы, связанные со схемой	471
Поиск подходящих заменителей	471
Управление рецидивом	472
Как справиться с мультиимпульсивным поведением	472
Устранение риска смерти	473
Другие главы по теме	473
Рекомендованная литература	474

Глава 19. Межличностные проблемы

<i>Пол Флекно, Диана Сандерс</i>	477
Введение	477
Когнитивные модели	478
Ключевые когниции	479
Категории убеждений	480
Межличностное доверие	484
Близкие отношения	487
Настойчивость	488
Межличностный стиль	491
Власть и авторитет	492
Характерные трудности	493
Обобщение	493
Специфика терапии	493
Практика новых межличностных стилей	494
Межличностные убеждения психотерапевта	494
Другие главы по теме	495
Рекомендованная литература	495

Глава 20. Низкая самооценка

<i>Мелани Феннелл, Хелен Дженкинс</i>	497
Введение	497
Когнитивные модели	498
Ключевые когниции	500
Негативные автоматические мысли	502
Борьба с самокритикой	504
Улучшение самопринятия	506

Бесполезные предположения	508
Недооценка способностей	510
Выражение эмоций	511
Переоценка базового уровня	512
Характерные трудности	516
Длительность лечения	516
Смещение акцента	516
Искажение информационной обработки	516
Эмоциональные изменения	517
Многоуровневые изменения	517
Слово о слове	517
Окружение	517
Другие главы по теме	517
Рекомендованная литература	518
Глава 21. Поведенческие эксперименты: на перекрестке дорог	
<i>Кристин Падески</i>	521
Поведенческие эксперименты как перекрестки	521
Профессиональная и персональная наука	521
Аналитические и экспериментальные знания	522
Старые и новые убеждения, поведение, эмоциональные реакции	522
Партнерские отношения	523
Новые дороги еще впереди	524
Индивидуальные терапевты	524
Исследования в когнитивной терапии	525
Когнитивная терапия: новые пути	525
Заключение	526
Предметный указатель	529

Генерализованное тревожное расстройство

Джиллиан Батлер

Хадж Руф

Введение

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) определяется как “чрезмерная тревога и беспокойство (настороженное ожидание) о ряде событий или действий, длящееся в течение 6 месяцев и более” (*DSM-IV-TR, APA*). Таким образом, в понятиях когнитивного процесса расстройство определяется следующим образом: беспокойство минимального уровня сложности, отличающееся от обычного. Это беспокойство воспринимается как трудно контролируемое, приводит к сильному дистрессу или ухудшению состояния и связано как минимум с тремя из шести симптомов тревожности. Оно не должно возникать из-за других психологических, физиологических или медицинских состояний.

Более двух третей пациентов с ГТР сообщают, что “всегда беспокоились”, поэтому склонность к беспокойству отражает черту и особенность зависимого и/или избегающего расстройства личности, которое встречается более чем у 50% пациентов с ГТР [32]. Как правило, страдающий ГТР человек беспокоится о том, что может случиться что-то плохое (“Что если...?”), и его беспокойство переходит от одного предмета к другому, особенно ночью или при отсутствии отвлекающих факторов. Беспокойство по поводу одного из аспектов другого тревожного расстройства (угрозы панической атаки или серьезного заболевания) не считается ГТР.

Часто имеет место коморбидность с другими расстройствами, особенно с социальной тревожностью и депрессией [255] (*Kessler et al.*, в печати). Беспокойные люди часто чувствуют себя неполноценными, думают, что их оценивают негативно, и не питают надежд в отношении своей способности меняться. Проблема является потенциальной преградой для всех аспектов жизни, снижает уверенность в себе и самооценку. Многие люди с ГТР сталкиваются с чувством уязвимости, нуждаются в одобрении, зависят от поддержки

других и пытаются обезопасить себя от предполагаемых рисков. Основные симптомы включают высокий уровень напряжения, трудности с расслаблением, неспособность концентрироваться и бессонницу.

Когнитивные модели

Общая когнитивная модель (например, [13]) утверждает, что тревога и беспокойство возникают тогда, когда количество предполагаемых угроз перевешивает количество предполагаемых ресурсов (внутренних и внешних), необходимых для того, чтобы справиться с ними. Более конкретные теории, появившиеся недавно, все еще проходят оценивание. Три из них представлены здесь.

Первая модель — это метакогнитивная модель ГТР Уэллса [241, 242], которая различает два типа беспокойства. Первый тип — беспокойство о возможных угрозах (например, о том, нужно ли сменить работу), которое вызвано (ошибочными) убеждениями о преимуществах беспокойства (например, “беспокойство помогает мне решить, что делать”). Второй тип, или метабеспокойство, — это беспокойство о потенциальных негативных или катастрофических последствиях беспокойства (например, “беспокойство сведет меня с ума”). Оно усиливает дистресс и ведет к контрпродуктивным попыткам контролировать его. В целом беспокойство прекращается, когда беспокойные люди обретают чувство безопасности или снижают чувство опасности. Таким образом, беспокойство подкрепляется не наступлением пугающих событий и частично подкрепляется случайно возникающими негативными событиями. Когда преобладает метабеспокойство, чувство безопасности становится все более иллюзорным.

Вторая модель — модель Борковеча (например, [26]; *Borkovec et al.*, в печати) — предполагает, что беспокойство является результатом попыток избежать более сильного дистресса. Столкновений с угрозами (например, в живом воображении) становится все меньше благодаря повторяющемуся когнитивному процессу беспокойства. Хотя беспокойство вызывает неприятные чувства, тревожные образы оказывают еще худшее влияние. Беспокойство может принимать все более сложные формы, создавая множество мыслей и образов будущего, которые существуют только в воображении [27]. Это объясняет быстрый его переход от одного предмета к другому. Было доказано, что беспокойство мешает эмоциональной обработке, уменьшая гибкость в реагировании, и связано с ригидностью когнитивных, физиологических, аффективных и поведенческих систем.

Третья модель, разработанная в Квебеке [64, 132], предполагает, что люди с ГТР не переносят неопределенности. Они сопротивляются концентрации всего своего внимания на угрожающих объектах и, следовательно, несмотря на то что имеют соответствующие навыки, не спешат инициировать процесс решения проблем. Вместо этого они катастрофизируют будущее и прогнозируют последствия того, что пойдет не так. Вместо того чтобы искать решения, они сосредоточиваются на пугающих последствиях и с большим трудом принимают неопределенность, которую нельзя устранить. Беспокойство заменяет им обдумывание, помогая, например, предвидеть проблемы или избегать импульсивных действий. Однако из-за беспокойства им труднее фокусироваться на проблемах, концентрироваться и принимать решения, и поэтому беспокойство увеличивает, а не уменьшает чувство неопределенности.

Эти три теории способствуют нашему настоящему пониманию беспокойства и того, как его лечить, и во всех них присутствует тема отсутствия толерантности к неопределенности. Однако к беспокойству можно относиться и как к нормальному процессу, который до определенной степени является полезным механизмом, сигнализирующим нам о том, что надо подготовиться к действию [59]. Например, непрекращающийся детский кашель приводит в действие сигнальную систему, беспокойство о нем подталкивает человека к действию, а продолжающееся беспокойство, если кашель не поддается лечению, подготавливает к дальнейшим действиям. Беспокойство побуждает к упреждающему копингу: беспокойство о грядущих тяжелых временах (выходу на пенсию, уходу детей из дома, смерти родителей) может инициировать эмоциональную обработку или стимулировать поиск поддержки. Некоторые из суеверных утверждений беспокойных людей (“Если я не буду волноваться, то обязательно что-то пойдет не так”) отражают “смутное предположение”, что беспокойство полезно, без четкого понимания, почему и до какой степени.

Развитие соответствующих убеждений

Довольно большое число людей с ГТР в раннем детстве находились в ситуациях, которые угрожали подавить их способность справляться, например имели дело с больными или пьющими родственниками, выполняли все домашние обязанности во время отсутствия родителей или когда родители были загружены работой [190]. Системы убеждений, которые развивались у них на этой стадии развития, могли способствовать возникновению ощущения, что в любой момент может произойти что-то катастрофическое или не

поддающееся контролю [24, 59], и эти убеждения накладывались на черты зависимого и избегающего расстройства личности. Мысли и убеждения спокойных людей также отчасти определяются стадией когнитивного развития, достигнутой во время соответствующего детского опыта. Незрелое детское мышление может привести к переоценке собственной ответственности за решение родительских проблем или к наделению случайных событий (предполагающимися) причинными связями.

Ключевые когниции

Важными отправными точками для поведенческих экспериментов при ГТР служат два главных аспекта когниций. Первый — это положительные и отрицательные метакогнитивные убеждения о беспокойстве [242], а второй — это набор мыслей, собранных здесь под заголовком “непереносимость неопределенности”. Типичные убеждения людей со стойким ГТР и наложением диагноза за избегающего или зависимого расстройства личности входят в эту вторую категорию.

Метакогнитивные убеждения

Метабеспокойства касаются предполагаемых ужасных последствий беспокойств и бывают двух видов: 1) мысли о потере контроля и 2) мысли о вреде или опасности. Примеры первых: “Я не могу ничего с собой поделать, чтобы перестать беспокоиться”, “Беспокойство просто поглотило меня”, “Я не могу позволить себе думать о каких-то проблемах, потому что начинаю беспокоиться”, “Если беспокойство уже началось, надо дать ему самому утихнуть”. Примеры убеждений о вреде или опасности: “Это беспокойство сведет меня с ума”, “Я заболею, если буду продолжать беспокоиться”, “Произойдет нечто ужасное, если я не совладаю со своим беспокойством”, “Я так вымотан беспокойством, что не доживу до завтра”, “Беспокойство мешает мне ясно думать”.

Позитивные убеждения о беспокойстве фокусируются вокруг его предполагаемых преимуществ, например “Если я буду продолжать беспокоиться об этом, то пойму, что нужно делать”, “Беспокойство о проблемах позволяет от них избавиться”, “Беспокойство — лучший из известных мне способов разобрататься в чем-то”, “Я нуждаюсь в беспокойстве, это помогает держать ситуацию под контролем”. Дисфункциональное беспокойство — позитивное или негативное — мешает принятию решений, устранению проблем и концентрации.

Непереносимость неопределенности

Непереносимость неопределенности выражается как в общем отношении (“Ужасно не знать, что нас ждет впереди”), так и в опасениях по поводу факторов риска или спасения, проявляющихся в таких утверждениях, как “Что-то обязательно пойдет не так”, “Никогда не знаешь, что может случиться потом”, “Я не справлюсь, если что-то пойдет не так”, “Других никогда не бывает там, где они нужны”. Лежащие в основе этого убеждения, как правило, группируются вокруг тем неэффективности или некомпетентности и их вариаций, отражающих чувство личной уязвимости. Неопределенность также может стать триггером “пережитого чувства”, которое более похоже на ощущение, чем на мысль, и воспринимается как подтверждение убеждений о неизбежности беспокойства: “Даже зная, что все в порядке, я все равно беспокоюсь”, “Я просто беспокойный человек. Я всегда такой”, “Я просыпаюсь с беспокойством. Оно даже в моих снах”. Беспокойства об ужасных вещах, которые могут произойти, например о серьезном заболевании ребенка или последствиях изменения климата, не имеют решения или их невозможно решить в течение одной жизни, поэтому они неизбежно связаны с неопределенностью.

Беспокойным людям трудно жить с остающимися сомнениями, и прилагаемые ими усилия по их устранению отражаются в предположениях и оперативных принципах, которые преимущественно повышают гиперактивность и ригидность: “Оставаясь начеку, я буду знать, что делать”, “Нужно всегда быть наготове”, “Если не будешь осторожен, случится нечто ужасное”, “Если я изменю повседневный уклад, меня поглотит хаос”. Некоторые из этих предположений также поощряются обществом (“предупрежден значит вооружен”) в многочисленных зависящих от культуры вариантах. Многие сообщения, которые родители передают своим детям, когда те беспокоятся, также непреднамеренно поощряют ригидность, связанную с ГТР: “Возьми себя в руки и продолжай”, “Не оставляй попыток”, “Сцепи зубы и держись”. Определяемое такими правилами поведение чаще всего лишено гибкости, необходимой для принятия неопределенности, и это означает, что будут полезны эксперименты по развитию гибкости.

Два подмножества когниций связаны с аспектами избегания и зависимости в ГТР: “Все могло бы быть не так ужасно, если бы...” и “Я бы справился, если бы...” Когда впереди ждут предполагаемые опасности, беспокойные люди, как и люди с избегающим расстройством личности, защищаются или ищут поддержки и одобрения внутри зависимых отношений. Их объединяют общие темы убеждений, касающиеся неэффективности и некомпетентности.

Типичные когниции более избегающих беспокойных людей включают “Слишком ужасно думать об этом”, “Даже не упоминай о... Это — единственное, что меня беспокоит”, “Если я... не смотрю новости/не читаю газеты/не говорю об этом... со мной все в порядке”. Избегание более распространено при ГТР, чем считалось изначально, и может принимать скрытые формы (уклонение, употребление медикаментов или алкоголя и др.). Люди часто избегают думать о чем-то тревожном по принципу “глаза не видят — сердце не болит”. Избегание может быть непостоянным и определяться моментальными чувствами, предполагаемой потребностью в защите или желанием устраниваться. Оставленные без проверки когниции, связанные с избеганием, будут способствовать поддержанию беспокойства и мешать эмоциональной обработке.

Типичные когниции более зависимых беспокойных людей включают “Что если что-то пойдет не так? Я не знаю, что делать”, “Я не могу обойтись без помощи”, “Другие люди сильнее меня/лучше знают/знают, что делать/не преувеличивают проблему”. За такими мыслями обычно следует поиск одобрения.

Поведенческие эксперименты

- **Проверка метакогнитивных убеждений**

Эксперимент 6.1: серии метабеспокойств

Эксперимент 6.2: метабеспокойство о вреде беспокойства

Эксперимент 6.3: позитивное убеждение о метабеспокойстве

Табл. 6.1: обзор экспериментов, меняющих метакогнитивные убеждения

- **Повышение толерантности к неопределенности**

Эксперимент 6.4: повышение гибкости

Эксперимент 6.5: жизнь с неопределенностью

Эксперимент 6.6: столкновение со скрытыми страхами

Эксперимент 6.7: развитие самостоятельности

Табл. 6.2: обзор экспериментов, повышающих толерантность к неопределенности

Основная цель экспериментов — работать с оценками, поддерживающими процесс дисфункционального беспокойства, а не его содержание. Иногда необходимо временно сфокусироваться на содержании конкретных беспокойств, например, помогая людям сталкиваться со своими страхами или побуждая

их использовать навыки решения проблем. Тем не менее конечная цель экспериментов — заново исследовать убеждения, которые ведут к беспокойству, и убеждения о самом процессе беспокойства.

Проверка метакогнитивных убеждений

Эти эксперименты предназначены для проверки бесполезных убеждений о беспокойстве. Уэллс разработал тренинг внимания (АТТ) специально для прерывания повторяющихся, сфокусированных на себе процессов и сообщил, что предварительные результаты подтверждают ценность этого метода как способа уменьшить беспокойство. Он может быть использован в сочетании с поведенческими экспериментами в качестве подспорья для переоценки метабеспокойств о контроле и опасности [242].

Эксперимент 6.1: серии метабеспокойств

Проблема: Самире, 21-летней студентке, в преддверии выпускных экзаменов навязчивые беспокойства мешали концентрироваться, расслабляться и спать. Она описала себя как “беспокойного человека”. В детстве она была свидетелем домашнего насилия, поэтому чувствовала себя ответственной за спокойную атмосферу в доме и поддержание доброго имени семьи. Она заботилась о находящейся в депрессии матери без чьей бы то ни было поддержки.

Большую часть времени Самира чувствовала напряжение, уделяла себе все меньше внимания и отказывалась от социальных контактов ради занятий. Ее главным беспокойством было то, что она может провалить экзамены, и ее мечта стать врачом не будет реализована. Беспокойство включало также и опасения, что на нее нападут по дороге из колледжа домой, что она не заперла дверь должным образом и что в семье сложная ситуация.

Целевая когниция: “Я не могу контролировать свое беспокойство” (оценка уверенности — 90%).

Прогнозы: “Если я не буду подавлять беспокойство, оно выйдет из-под контроля”.

Эксперименты

1. Продемонстрировать воздействие подавления мыслей. Самире попросили во время сеанса не думать о розовых слонах.
2. Научиться откладывать беспокойства. Самира должна была записывать ключевые слова о своих беспокойствах в течение дня и планировать

думать о них в отведенное “время для беспокойства” (20:00), когда она позволяла себе волноваться сколько угодно. Этот эксперимент преследовал две цели: выяснить, может ли она отложить свое беспокойство, и выяснить, сможет ли она контролировать свое беспокойство, когда оно начнется.

Результат и рефлексия

1. Самира поняла парадоксальность попыток не беспокоиться. Это побудило ее рассмотреть возможность занять пассивную позицию по отношению к своим беспокойствам, позволяя им проплывать мимо и не погружаясь в них.
2. Ей было трудно не забывать записывать свои беспокойства. Когда она начала это делать, ей стало легче откладывать мысли о них, поскольку она меньше волновалась о том, что забудет что-то важное. Она также обнаружила, что определение “времени для беспокойства” произвело парадоксальный эффект. Она чувствовала себя глупо, фокусируясь на беспокойствах, и это позволило ей более объективно оценить их важность. Оба вывода помогли ей понять, что она может лучше контролировать свое беспокойство, чем она того ожидала, и оценка ее первоначальной уверенности снизилась до 20%.

Эксперимент 6.2: метабеспокойство о вреде беспокойства

Самира также придерживалась бесполезных убеждений об опасности интенсивного беспокойства.

Целевая когниция и прогноз: “Беспокойство сведет меня с ума” (оценка уверенности — 90%).

Альтернативная точка зрения: “Беспокойство подпитывается моей тревожностью. Я не сойду с ума от беспокойства”.

Эксперимент: во время сеанса Самира сознательно пыталась свести себя с ума, фокусируясь на содержании конкретных беспокойств, например “Я не получу диплом”, “Я никогда не стану врачом” и “Все будут меня стыдиться”. Хотя она понимала, что беспокойство не сведет ее с ума, ей было трудно сохранить эту уверенность, когда она тревожилась. Была проведена предварительная работа по разъяснению роли безопасных механизмов (например, подавления мыслей) в поддержании проблемы и обоснована необходимость проверки ее прогноза о схождении с ума.

Результат и рефлексия: в начале эксперимента, когда Самира сосредоточилась на своих мыслях, ее тревога усилилась, особенно потому, что она все еще не была уверена в результатах своих экзаменов. Она заплакала. Однако примерно через 20 минут ее тревога снизилась и уверенность в исходной когниции уменьшилась до 30%. У Самиры остались опасения о том, что продолжительные периоды беспокойства, усиленные частыми простудами и небольшими заболеваниями в периоды сильного стресса, могут стать причиной ее плохого самочувствия.

Дальнейшая работа: продолжая подобные эксперименты, Самира смогла понять важное различие между бесполезным беспокойством и полезными опасениями. Она научилась более пассивно подходить к беспокойным мыслям, что помогло ей перестать руминировать.

Эксперимент 6.3: позитивное убеждение о метабеспокойстве

Самира была удивлена, обнаружив, что придерживалась позитивных убеждений о беспокойстве. Формулировка помогла ей понять, что оно может поддерживать и укреплять беспокойство.

Целевая когниция: “Беспокоюсь о чем-то, я предотвращаю нечто плохое” (оценка уверенности — 100%).

Альтернативная точка зрения: “Есть события, которые мне неподвластны. Беспокойство не сможет уберечь меня от чего-то”.

Прогноз: Самира предсказывала, что, если она перестанет беспокоиться, то будет очень тревожиться, что что-то пойдет не так. Она опасалась, что “не сможет учесть все аспекты” потенциальных несчастий.

Подготовка к эксперименту: на сеансе была проведена когнитивная работа с последующей затем домашней работой, которая оспаривала вероятность того, что беспокойство предотвращает нечто плохое. Самира вспомнила случаи, когда она беспокоилась об одних предполагаемых несчастьях, а произошли другие. Она также вспомнила случаи, когда она беспокоилась о чем-то и, тем не менее, это все равно произошло. Самире удалось собрать оба вида опровергающих доказательств, как только она об этом задумалась.

Эксперимент: Самира должна была практиковать отбрасывать беспокойство и “отключаться”. Если беспокойные мысли приходили ей в голову, нужно было занять по отношению к ним пассивную позицию, позволяя мыслям проходить, а не цепляться за них. Чтобы облегчить этот процесс,

можно было использовать образ пролетающих мимо семян одуванчика, которые не нужно было пытаться поймать.

Результаты: Самира научилась применять к решению проблемы беспокойства подход, основанный на этом процессе, а не заниматься содержанием тревожных мыслей. Эксперимент показал, что ее беспокойство не влияет на ход событий.

Рефлексия: Самира начала относиться к своему беспокойству как к безопасному механизму, который сдерживал ее тревогу, не давая ей достичь своего пика. Она поняла, что, беспокоясь, она никогда не сталкивалась со своей тревогой и не обрабатывала свои скрытые страхи.

Дальнейшая работа: дальнейшая экспериментальная работа с ее беспокойством была направлена на аспекты избегания и включала имагинальную экспозицию к пугающим ее катастрофам. Это помогло ей осознать, что при высокой тревожности она склонна к катастрофизации. Ей потребовалось большое упорство, чтобы избавиться от привычки предсказывать проблемы.

Таблица 6.1. Обзор экспериментов, меняющих метакогнитивные убеждения

Мысль для проверки	Предлагаемый эксперимент	Потенциальная ценность
"Я не могу перестать беспокоиться"	Назначить специальное время для беспокойства и решить, что еще можно сделать	Можно принять решение не беспокоиться
"Беспокойство полезно"	Опрос, наблюдение за собой	Отличать полезное беспокойство от бесполезного
"Я чувствую сильное беспокойство, поэтому не смогу вернуться ко сну"	Держать карандаш и бумагу рядом с кроватью и записывать свои беспокойства, а также анализировать их утром при необходимости	"Перенесение беспокойств из головы на бумагу" может помочь отложить их в сторону и вернуться ко сну
"Это никогда не прекратится"	Мысленно записать беспокойства на бумаге и бросить их в огонь или реку, положить в коробку и закрыть крышку и т.д.	Отпустить беспокойства

Повышение толерантности к неопределенности

Эксперименты должны быть сфокусированы на изменении мыслей, отражающих непереносимость, а не на идентификации неопределенности. Цель — помочь людям жить более комфортно с неопределенностью и уменьшить непродуктивные попытки убрать ее или сохранить контроль, а также быть менее ригидными и более гибкими в мышлении.

Эксперимент 6.4: повышение гибкости

Проблема: у Николы, матери двоих маленьких детей, муж которой много работал, усилилось хроническое беспокойство. Пытаясь держать неопределенность под контролем, Никола проявляла все большую ригидность в ежедневном распорядке, пока он не подчинил себе каждый момент ее жизни.

Целевая когниция: “Я должна придерживаться установленного порядка, иначе весь этот ад вырвется наружу”. Без ежедневного распорядка она беспокоилась обо всех ужасных вещах, которые могут случиться, и в мельчайших подробностях рисовала себе потенциальные катастрофы. Эксперимент был направлен на то, чтобы помочь ей терпеть неопределенность, вызванную отказом от привычки чрезмерно все планировать.

Эксперимент: нужно было нарушить установленный порядок в мелочах, принимать конкретные решения о том, что изменить, и прогнозировать, что будет происходить дальше. Отправная точка — детская одежда: оставить ее там, где она лежит, до следующей стирки, перестать складывать и убирать в шкаф каждый вечер.

Примеры прогнозов: “Будет странно и страшно”, “Я буду беспокоиться еще больше”, “Я услышу голос матери, называющей меня неряхой”, “Я буду подавлена и потеряю контроль, когда увижу разбросанные вещи”, “Я рассержусь на детей, и в этом будет только моя вина”.

Результаты: Никола с трудом сделала это и почувствовал себя “странным”. Она больше не волновалась, но чувствовала себя потерянной, с “освободившимся временем” и преследовавшими ее материнскими замечаниями. Ей было приятно осознавать, что она предпринимает правильные и конструктивные шаги.

Оценка: Никола поняла, насколько негативными были ее прогнозы, многие из них были вызваны беспокойством, и что планирование изменений

ощущается совсем не так, как беспокойство. Ее тревога усилилась перед началом изменений, но стала меньше после того, как она начала, и она была потрясена тем, сколько в ее жизни еще нужно всего изменить.

Дальнейшая работа: Никола работала над большей гибкостью в планировании, стараясь не добавлять в свою жизнь (ненамеренно) ригидность, избегая слишком тщательного планирования изменений. Она развивала и проясняла собственные ценности, которые отличались от ценностей ее матери. Ей было рекомендовано подумать об адаптивной ценности гибкости, в отличие от ригидности, и она провела опрос других, который помог ей установить новые стандарты. Дальнейшие эксперименты проводились для расширения ее активности в социальной и профессиональной сферах.

Эксперимент 6.5: жить с неопределенностью

Проблема: Морин беспокоилась “обо всем, что может пойти не так”. У нее были напряженные отношения с мужем, который злоупотреблял алкоголем, она помогала взрослым детям решать множество проблем, а также переживала сильный стресс из-за неопределенности, связанной с попытками продажи дома. В ее голове постоянно роились мысли: “Я приду к тому, что буду беспокоиться обо всем на свете”.

Целевые когниции: “Я не знаю, что может произойти. Что если никто не захочет купить мой дом? Я навсегда останусь здесь, в этой ловушке. Я ничего не смогу сделать” (оценка уверенности — 88%).

Альтернативная точка зрения: “Из-за беспокойства я чувствую себя только хуже”.

Подготовка к эксперименту: Морин внимательно следила за своим беспокойством с целью научиться “замечать его на подходе”. Она научилась пользоваться “деревом решений” [35, с .181] как средством обозначения конкретных беспокойств и их превращения в решение проблем. Для этого, перед тем как переключить внимание с беспокойства на другие дела, необходимо было задать себе ряд вопросов: “Нужно ли предпринимать какие-то действия? Если да, то какие? Когда к ним нужно приступать?” Морин перечислила все занятия, которыми сможет занять себя и свой ум, когда каждая “ветка дерева” решения проблемы будет проработана.

Прогноз: Морин относилась к эксперименту скептически. Она сомневалась, что это поможет.

Эксперимент: как только Морин начнет беспокоиться, ей нужно будет сначала фокусироваться на том, можно ли что-то сделать для решения текущей проблемы и что именно, а затем перенести внимание на другие занятия из своего списка.

Результаты: через неделю Морин обнаружила, что способна придерживаться этого плана и иногда может успокоить ум, “продолжая выполнять повседневные дела”, для поиска которых она использовала идеи из своего списка. Изменение убеждений: Морин решила изменить свое начальное убеждение: “Я могу как-то справиться с беспокойством, даже если ничего не могу сделать с проблемой, о которой беспокоюсь” (оценка уверенности — 60%). Она планировала продолжать практиковать этот метод.

Рефлексия: “Мне легче принять неопределенность, если я знаю, что сделала все, что могла”. Морин обнаружила, что этот метод помогает точно описать то, о чем она беспокоилась. Это уменьшило смутное чувство неопределенности, которое было триггером ее беспокойства и продемонстрировало, что сначала нужно справиться с “чувством беспокойства”. Это было легче сделать, если она замечала беспокойство раньше, чем оно распространялось с одного предмета на другой.

Совет: убедитесь, что пациент не использует отвлекающие действия как один из видов избегания.

Эксперимент 6.б: столкновение со скрытыми страхами

Проблема: у Тома, мужа Джен, недавно диагностировали болезнь сердца. У него было высокое кровяное давление, а его отец и брат — оба умерли от болезни сердца. Джен всегда была беспокойным человеком и обратилась за помощью, так как ее беспокойство, дистресс и нервное истощение мешали ей концентрироваться и поддерживать Тома.

Целевые когниции: когниции Джен были многочисленны и быстро переходили одна к другой: “Все изменится, и я не смогу с этим совладать”, “Я не справлюсь без Тома”, “Эгоистично думать о себе, а не о нем”, “Я не переживу, если он умрет”, “Как я потяну ипотеку?”, “Что мне сказать детям” и т.д. Так как мысли Джен быстро скользили от одного беспокойства к другому, первый эксперимент был нацелен на то, чтобы подробнее выяснить ее страхи. Ключевой была когниция “Я не смею об этом думать. Я боюсь даже представить, что может случиться”. Она согласилась провести эксперимент,

который описан ниже, чтобы узнать, что произойдет, если она попытается посмотреть в глаза своим страхам.

Альтернативная точка зрения: “Столкновение лицом к лицу со своими беспокойствами поможет указать путь к решению проблем”.

Эксперимент: во время сеанса Джен должна была фокусироваться на одном беспокойстве за раз, позволяя себе существовать в нем, развивать его и пытаться принимать свои чувства по мере их возникновения. Она попросила разрешения делать это в тишине, а психотерапевт напоминала ей о смене фокуса примерно каждые 15 секунд. В качестве отправной точки она выбрала беспокойство, которое казалось ей самым “важным”: “Эгоистично думать о себе, а не о нем”.

Результат: в голове у Джен возник образ Тома, испытывающего сильную боль посреди ночи. Она увидела себя в панике, не смеющую отойти от него к телефону, чтобы позвонить в скорую помощь, со слезами на глазах и без единой связной мысли в голове. Ее главный страх заключался в том, что ее некомпетентность поставит под угрозу его жизнь, и ей будет стыдно обращаться за помощью, когда он испытывает боль.

Дальнейшая работа: Джен нужно было сфокусироваться на содержании беспокойств, чтобы подтолкнуть себя к поиску решений. Она решила поговорить с терапевтом о том, что делать, если Тому станет очень плохо ночью. Она также поговорила с соседкой, которая предложила ей помощь в чрезвычайной ситуации. Джен составила список того, что нужно приготовить, если ей вдруг придется ехать в больницу. Она пришла к выводу, что столкновение лицом к лицу со своими страхами помогло ей строить планы, и она почувствовала себя спокойнее, хотя все еще “ходила по краю пропасти”.

Второй набор когний: “Нет уверенности ни в чем. В любой момент может случиться нечто ужасное”.

Эксперименты: были запланированы две серии экспериментов, чтобы помочь Джен принять неопределенность, с которой она столкнулась, и жить с ней.

1. Создавать как можно больше определенности в практических аспектах своей жизни (например, покупки, стирка, приготовление еды и работа по дому). Мысли Джен были менее хаотичны, когда повседневная жизнь была более организованной. Ей также нужно было поддерживать постоянный контакт с детьми.

2. Планировать варианты для отдыха и развлечений. Например, они с Томом должны были планировать что-то, чего они будут ждать каждую неделю (например, званый обед, визит к дочери, просмотр фильма). При поддержке Тома она также должна была планировать самостоятельные выходы из дома и встречи с друзьями. Наконец, она должна была найти в себе смелость поговорить с ним о финансовых делах.

Результаты: после столкновения лицом к лицу с неопределенностью в своей жизни Джен стало легче. Ее беспокойство и чувство страха уменьшились (постепенно), поскольку каждый день проходил без происшествий. Она стала принимать неопределенность с меньшим страхом.

Эксперимент 6.7: развитие самостоятельности

Проблема: Бен был менеджером-стажером в спортивном клубе и так беспокоился по поводу своей работы, что постоянно требовал от других одобрения. Главный менеджер и коллеги стали игнорировать его просьбы и проявлять в отношении к нему раздражение.

Целевая когниция: “Я не могу полагаться на себя в том, что делаю все правильно”.

Эксперимент: как только Бен почувствует в чем-то неуверенность, он должен принять маленькое (пусть даже произвольное) решение о том, что делать, и придерживаться его. Если он почувствует соблазн получить одобрение и обратиться к кому-то, ему нужно будет посмотреть свою карточку, в которой собраны примеры решения проблем. Разные рабочие ситуации, ранее провоцировавшие стремление получить одобрение, использовались для прогнозирования схожих ситуаций (например, когда рекламировать групповые тренировки, как наблюдать за тренерами вечерних занятий, работающими на полставки, как справедливо распределять работу на выходные и праздники, и т.д.).

Прогноз: Бен прогнозировал, что допустит серьезные ошибки и что главный менеджер раскритикует его на еженедельном собрании.

Результаты: сначала Бен очень переживал и чувствовал себя крайне некомфортно, пытаясь не искать (явного) одобрения. Он наблюдал за другими, чтобы понять заметили ли они это, и в итоге принял решение (попросить кого-нибудь переставить брошенные на стоянке велосипеды). Его просьба была встречена ворчанием, но ее оценили водители автомобилей. Дальнейшая практика показала Бену, что чем быстрее он принимал

решения, тем лучше себя чувствовал. Он сделал мало ошибок и стал понимать, когда уместно обращаться за советом к другим. Эксперимент повысил как его уверенность в себе, так и эффективность (судя по оценке его менеджера). Однако он быстро нивелировал свои успехи, назвав их незначительными и сказав, что гораздо труднее так действовать, если принимаешь “важные” решения.

Дальнейшая работа: эта работа казалась медленной и монотонной как Бену, так и его психотерапевту, но его настойчивость была вознаграждена, так как он научился переносить тревогу, которую чувствовал, когда полагался на себя при принятии решений, и постепенно его уверенность в себе начала расти.

Совет: целью серии таких экспериментов было изменить у Бена потребность в моментальном получении одобрения. Как и следовало ожидать, с этим были связаны дисфункциональные предположения (“Я должен консультироваться с другими, иначе все испорчу”, “Я не должен ошибаться, иначе потеряю работу”) и лежащие в их основе глубинные убеждения (“Я не умею это делать”, “Другие не делают таких глупых ошибок”). Подталкивание Бена к самостоятельным решениям дало ему информацию, позволившую пересмотреть эти когниции, что привело к дальнейшей экспериментальной работе, которая помогла принять более функциональные оперативные принципы.

Таблица 6.2. Обзор экспериментов, повышающих толерантность к неопределенности

Мысль для проверки	Предлагаемый эксперимент	Потенциальная ценность
“Может случиться что-то ужасное”	Отметить, что эта мысль становится триггером для мыслей об ужасных вещах, которые могут произойти; вместо этого думать о позитивных и нейтральных последствиях; думать о них во время беспокойства; вначале — мозговой штурм на сеансе	Осознать негативное искажение и начать заменять его более реалистичными и полезными образами мыслей

Окончание табл. 6.2

Мысль для проверки	Предлагаемый эксперимент	Потенциальная ценность
"Это страшно — чего-то не знать"	Попытаться применить навыки релаксации или осознанности для удержания фокуса внимания на настоящем и уменьшения эмоционального возбуждения	Принятие неопределенности как неизбежности; концентрация на настоящем без предсказаний будущих угроз
"Я не знаю, как жить с неопределенностью"	Провести опрос, чтобы выяснить, как люди справляются с неопределенностью; подумать о том, с какой степенью неопределенности вы (или другие) можете жить	Понимание того, что невозможно убрать неопределенность, что радость может сосуществовать с неопределенностью, что отдых и релаксация помогают принимать неизбежное, даже если оно некомфортно, и т.д.
"Единственный способ справиться — контролировать ситуацию"	Практиковать отпускать беспокойства или не погружаться в них; делать все от себя возможное, а затем отвлекаться	Попытки контролировать будущее напоминают попытки контролировать погоду; вместо этого создавать копинг-стратегии для трудных времен

Характерные трудности

Содержание или процесс

Пациенты часто концентрируются на содержании беспокойств, им трудно думать о самом процессе. В этом могут помочь метафоры (например, бороться со своими беспокойствами — это все равно что пытаться потушить лесной пожар с земли; эффективнее для этого использовать вертолет, чтобы иметь полный обзор и сражаться с огнем с высоты).

“Что если...?”

Беспокойства часто имеют вид вопросов “Что если...?”, “Что мне делать, если...?” Попросите пациента ответить на них, чтобы определить скрытые убеждения и прогнозы, которые можно проверить.

Амбивалентность

Пациенты часто сообщают о чувстве принуждения к беспокойству, даже если оно вызывает дистресс. Провести тонкие различия между продуктивным и непродуктивным беспокойством будет легче, если назвать их по-разному (например, функциональный процесс можно назвать “озабоченностью” или “опасением”, а слово “беспокойство” оставить для дисфункциональной активности).

Проблемы процесса

Зависимые беспокойные люди или те, кто опасается неодобрения, часто стесняются раскрывать психотерапевту всю глубину своих переживаний или хотят сделать ему приятное, скрывая свои сомнения относительно терапии. Они также могут заниматься скрытым поиском одобрений или постоянно спрашивать психотерапевта о чем-то, отвлекая его от решения связанных с беспокойством вопросов. Необходимо предвидеть все эти трудности (например, включив их в формулировку и заранее обсудив, как с ними справляться). Психотерапевты должны с пониманием относиться к скептицизму по поводу изменений, развеивая сомнения и опасения и поощряя экспериментальный подход.

Коморбидность

ГТР часто сопровождается другими расстройствами (*ось I и ось II*); в случае, если присутствует тяжелая депрессия или безысходность, они должны стать приоритетом терапии. Пациент может даже не осознавать беспокойство как проблему, воспринимая его как естественную реакцию на другие проблемы или неотъемлемую часть своей личности. При выборе приоритетов лечения необходима клиническая оценка, хотя теоретически полезно искать и работать над убеждениями через связанные с ними проблемы. Если у пациента есть многогранные проблемы, старайтесь изменить одну из них и подчеркните

позитивное влияние небольших изменений на весь процесс (как говорится в японском стихотворении “Медленно-медленно, маленькая улитка, взбирайся на Фудзияму”).

Концентрация и память

Когда люди устают или поддаются беспокойству, их внимание начинает блуждать. В этом могут помочь обратная связь, подведение итогов, конспекты и аудиозаписи сеансов (возможно, материал придется пересматривать и повторять). Ведение конспектов гарантирует постоянную объективность. В конце терапии также важно составить дальнейший план, поскольку, в связи с коварной природой беспокойства, следует ожидать рецидивов. Дремлющие проблемы, которые (субъективно) мешают запоминанию и концентрации, сами по себе заслуживают внимания (см. главу 14).

Незаметные эксперименты

Когда эксперименты не могут быть операционализированы в наблюдаемые феномены (например, переключение внимания или использование образов для отвлечения от беспокойства), их цель и метод должны быть особенно понятны пациенту.

Смутные беспокойства

Их часто описывают как чувства, а не мысли. Для осознания беспокойства пациенты способны определять такие поведенческие маркеры, как привычка грызть ногти, взгляд в пустоту или ходьба, а затем настроиться на мысли, пробегающие в их голове. Некоторые люди сообщают о том, что у них нет каких-то мыслей, хотя они продолжают чувствовать беспокойство. Релаксация и техники осознанности помогут им сосредоточиться исключительно на настоящем опыте.

Тонкое избегание и поиск одобрений

Это затрудняет планирование поведенческих экспериментов в будущем. Такому поведению следует давать объяснение и поощрять пациентов замечать соответствующие внутренние сигналы (например, желание устрани-

потребность спросить у других) и практиковать столкновение со страхами или полагание на собственные суждения. Психотерапевты не должны забывать спрашивать о результатах самопроизвольных, спонтанных экспериментов.

Беспокойство о неразрешимых проблемах

Помочь развеять представление о том, что беспокойство влияет на последствия, могут аналогии (например, надежда выиграть в лотерею не помогает выиграть). Взвешивание плюсов и минусов беспокойства также помогает пациентам понять, стоит ли отравлять себе жизнь сейчас, беспокоясь о проблемах в будущем. Задача состоит в том, чтобы воспитать в себе отношение большего принятия, и поведенческая работа по укреплению уверенности (и поддерживающих отношений) может стать дополнением к работе, более конкретно сфокусированной на беспокойстве. Иногда помогает оценка реальной вероятности негативных катастрофических последствий, так как беспокойство увеличивает субъективные оценки рисков. Однако часто беспокойство появляется снова, и большинству беспокойных людей с обсессиями это не поможет, так как им слишком сложно терпеть любую степень неопределенности.

Злоупотребление лекарственными препаратами и психоактивными веществами

Употребление алкоголя, предписанных лекарств или психоактивных веществ часто бывает безопасным поведением, и эксперименты способны раскрыть его контрпродуктивные, долгосрочные последствия. Если лекарства назначаются или рекомендуются пациенту как главный способ копинга, необходимо сотрудничать с назначившим их врачом. Методы мотивационного интервью способны помочь пациентам увидеть долгосрочные негативные последствия самолечения.

Эмоциональная обработка

Беспокойство мешает эмоциональной обработке, и опасения, связанные с последствиями прошлых событий, могут сохраняться долгое время. Работа над возникающими во время беспокойства темами может решить “незавершенные проблемы”. Однако эта работа может вызывать и травмирующие воспоминания (см. главу 9).

Ожидания от будущего

Важно не давать пациентам ложных надежд, ведь беспокойства будут продолжать повторяться в их жизни. Гибкий подход, пробуждающий интерес к будущему, без попыток контролировать его и избегать рисков и опасностей, вероятно, является более прочным основанием для изменений.

Другие главы по теме

Социальная тревожность (см. главу 7), депрессия (см. главу 10) и низкая самооценка (см. главу 20) — характерные вторичные последствия ГТР, и в соответствующих главах представлены дополнительные идеи о решении проблемы. Обсессивно-компульсивное расстройство (см. главу 5) и ипохондрия (см. главу 4) сопровождают тех беспокойных людей, чьи руминации имеют характер obsessions, а беспокойства конкретно сосредоточены на здоровье. Одна из моделей беспокойства считает его способом избегания болезненных эмоций, поэтому также будет полезна глава, посвященная избеганию аффекта (см. главу 17).

Рекомендованная литература

1. **Borkovec, T.D. and Ruscio, A.** (2000). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **62**, 37–45.
2. **Butler, G. and Hope, T.** (1995). *Manage your mind*. Oxford University Press, Oxford, pp. 173–191.
3. **Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Leger, E., Gagnon, F. and Thibodeau, N.** (2000). Efficacy of cognitive behavioural treatment for generalized anxiety disorder: evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 957–64.
4. **Persons, J.B., Mennin, D.S. and Tucker, D.E.** (2001). Common misconceptions about the nature and treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, **31**, 501–7.
5. **Wells, A.** (2000). *Emotional disorders and cognition*. Wiley, Chichester.

Психотерапевты шутят

Целительная сила оскорблений

Пожарный Джо, оставивший службу по медицинским показаниям из-за посттравматического стрессового расстройства, боялся, что бывшие коллеги-пожарные плохо о нем думают. Вербальный опрос лишь отчасти уменьшил его опасения.

Джо участвовал в тщательно спланированном эксперименте и находился на месте, где когда-то получил травму, как вдруг мимо проехала пожарная машина. Находившиеся в ней пожарные как по команде опустили стекла, высунулись из окон и прокричали: “Как поживаешь, Джо, чертова задница?” Несколько минутами позже мимо проехала еще одна пожарная машина. Ехавшие в ней пожарные также быстро опустили стекла, высунули головы в шлемах и прокричали: “Джо, с..., рады тебя видеть, дружище”. Пациент ответил на приветствие (хотя и с меньшими ругательствами). “Ну, что же, — сказал Джо, обернувшись к своему психотерапевту, — теперь я убедился, что они считают меня одним из них!”