

Поведенческие инструменты для исцеления от тревожности

Самым “активным” инструментом терапии при детской тревожности является экспозиция. Постепенно и многократно сталкиваясь в благоприятной обстановке с ранее избегаемыми ситуациями, провоцирующими тревожность, ребенок становится менее чувствительным к стимулу, и уровень тревоги значительно и эффективно снижается. Хитрость заключается в том, чтобы заставить ребенка участвовать в экспозиционных интервенциях.

Ключевые моменты этой главы.

- Тревожность может привести к значительным изменениям в поведении ребенка, в первую очередь, к избеганию и увеличению потребности в контроле.
- Экспозиция и десенсибилизация — мощные инструменты для снижения тревожности и уменьшения избегания.
- Воздействие должно быть постепенным, длительным и повторяющимся.
- Полезные инструменты для родителей, чтобы поддержать изменения в поведении ребенка.
- План приучения детей спать в своей кровати.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ТРЕВОЖНОСТИ

Переживание тревоги влияет на поведение несколькими важными способами, и их понимание — ключевой компонент в создании эффективных стратегий для модификации поведения и направления его в более адаптивное русло. Мы начнем с описания двух основных поведенческих последствий тревожности у детей, а затем перейдем к разработке и внедрению успешных поведенческих интервенций.

Избегание

Главным поведенческим результатом тревожности является избегание. Оно относится к любым действиям, которые ребенок может предпринять, чтобы минимизировать контакт с провоцирующим тревогу стимулом. Как и в других аспектах тревожности, при размышлении об избегании полезно помнить о том, “для чего нужна система тревоги”. Выполняя основную функцию защиты организма от опасности, система тревоги работает над тем, чтобы предотвратить столкновение ребенка с потенциально опасными ситуациями. Тревога была бы неэффективной системой, если бы заставляла людей рисковать, а не обеспечивала бы их безопасность. Некоторые люди получают удовольствие от стимуляции своей реакции системы тревоги, переживая захватывающие или пугающие события. Но обычно это доставляет удовольствие только в том случае, если общая оценка ситуации такова, что она безопасна, а тревога жестко привязана к обстоятельствам, не представляющим угрозы (мало кому понравится кататься на американских горках, если у него нет уверенности в том, что это достаточно безопасно).

Один из полезных способов объяснить детям и родителям полезность избегания при тревоге — сравнить ее с болью.

Все ненавидят чувствовать боль, конечно ненавидят, ведь это больно! Так почему же мы вообще чувствуем боль? Она помогает понять, когда что-то не так, чтобы мы могли это исправить. Например, представьте, что вы прислонили ладонь к очень горячей кастрюле, и ваша рука может обжечься. Вы бы почувствовали довольно сильную боль и очень быстро убрали бы руку. Боль была бы неприятной, но именно из-за этого вы бы быстро приняли меры по ее устранению. Если бы ощущения были действительно приятными или просто нейтральными, вы могли бы оставить руку там дольше и, возможно, получить серьезную травму. Тревога очень похожа, только вместо того чтобы причинять боль из-за чего-то, что уже травмирует, она велит нам быть осторожными из-за того, что может причинить нам боль. Это как боль от травмы, которая еще не произошла, и система тревоги помогает нам убедиться, что этого не случится. Вот почему, если вы знаете, что кастрюля горячая, ваша система тревоги будет следить за тем, чтобы вы не прикасались к ней. Если бы мы чувствовали себя очень хорошо, мы могли бы захотеть сделать многое, что могло бы причинить нам боль, вместо того чтобы избегать этого.

Избегание усиливает тревожность

Когда ребенок страдает от тревожного расстройства, естественная тенденция избегать стимулов, вызывающих тревожность, может иметь очень

серьезные последствия. Одним из результатов постоянного избегания безобидных ситуаций является то, что у человека никогда не будет возможности узнать, что его тревожность на самом деле неуместна. Например, ребенок, который считает, что божьи коровки кусают ужасно больно, может в истерике убежать при виде насекомого и так и не узнать, что на самом деле они вполне дружелюбны. Дети, убежденные, что если они станут на эскалатор, то навсегда попадут в ловушку, и вынуждены будут ходить по ступенькам и никогда не смогут безопасно проехать на эскалаторе.

Аналогичное явление происходит, когда дети спасаются из пугающих, но на самом деле неопасных ситуаций. Они могут испытывать сильное чувство облегчения, когда прекращают избегание. Замена страха облегчением станет мощным отрицательным подкреплением, которое способствует повторению того же поведения в будущем.

Часто дети воспринимают свой успешный “побег” как доказательство того, что тревожность была вполне обоснованной. Например, в случае с эскалатором дети будут считать то, что они неоднократно благополучно добирались до места назначения, доказательством того, что спуск по лестнице был правильной стратегией, игнорируя возможность того, что с тем же успехом они могли бы ехать на эскалаторе. Признание мощного стремления убежать от неприятного внутреннего возбуждения, вызванного тревожностью, привело к тому, что некоторые терапевтические подходы фокусируются на повышении способности клиента противостоять дистрессу, а не на непосредственной минимизации дистресса, вызванного данными стимулами или ситуациями [Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Waltz & Hayes, 2010].

Безопасные модели поведения: активное избегание

Хотя некоторые случаи избегания очевидны и понятны (“не пойду на ночевку к другу, потому что боюсь”), в других случаях избегание может принимать более скрытую и трудно распознаваемую форму. Примером может служить частое использование защищающих моделей поведения, чтобы помочь детям справиться с ситуацией, которую они считают тревожной. Ребенок, страдающий агорафобией, может не избегать общественных мест совсем, а настаивать на том, чтобы его сопровождали в разные места, чтобы избежать приступа паники в одиночестве. Если еще более тонко, дети могут брать с собой бутылки с водой повсюду, выполняют ритуальные действия в различных контекстах или начинают все свои фразы словами “я думаю”, чтобы избежать ошибки.

Избегание обычно рассматривают в негативном ключе как отсутствие действий. Родители могут перечислить все, что их ребенок *не будет* делать, когда их просят описать избегающее поведение. Но безопасное поведение включает в себя множество действий, которые ребенок может активно выполнять, чтобы избежать тревожности. Дети с тревожным расстройством в связи с разлукой в детском возрасте могут звонить родителям по телефону несколько раз в день, чтобы избежать тревожности, вызванной их отсутствием, а дети с боязнью собак могут выбирать для прогулок только одну сторону улицы, потому что считают другую опасной. Некоторые дети тратят значительное количество времени перед сном на поиск жучков в своей комнате, потому что хотят избежать тревожности, связанной с тем, что ночью по ним поползет насекомое.

Такое поведение, направленное на установление безопасности, может подкреплять тревожность и подрывать десенсибилизацию, которая в противном случае была бы достигнута в результате воздействия ситуаций, вызывающих тревожность. Например, в исследовании людей с паническим расстройством с агорафобией участников попросили заняться деятельностью, которая казалась им очень трудной, например, выйти на улицу или войти в торговый центр. Испытуемые, которых проинструктировали воздержаться от поведения, направленного на обеспечение безопасности, показали значительно большее снижение уровня тревожности после выполнения задания, чем те, кого не инструктировали [Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells, & Gelder, 1999]. Аналогичным образом, среди клиентов с социальной фобией снижение уровня безопасного поведения во время воздействия социальных ситуаций повышает их эффективность, в то время как участие в поведении, обеспечивающем безопасность, по-видимому, поддерживает тревожность [Eun-Jung, 2005; Wells et al., 1995].

Понимание, определение и устранение моделей безопасного поведения может быть важной частью преодоления тревожного расстройства и зачастую требует постановки специальных вопросов. Безопасные модели поведения бывает трудно отличить от этапов постепенной экспозиции [Thwaites & Freeston, 2005], и иногда это важно для того, чтобы позволить ребенку участвовать в ситуации, которой в противном случае он бы полностью избегал. Однако их следует рассматривать как временный этап в преодолении расстройства, а не как долговременное решение. Основная причина этого заключается в том, что, продолжая участвовать в чрезмерно безопасном поведении, дети постоянно подкрепляют свою веру в опасность стимула. Говоря «я могу сделать это с безопасным поведением», дети не обретут чувство «могу

сделать это, потому что больше не чувствую страха”. Так же, как экспозиция должна осуществляться постепенно (как будет описано далее в этой главе), отказ от безопасного поведения также должен происходить постепенно, чтобы полное избегание не заменило частичное, но терапевт не должен путать экспозицию с “воздействием, опосредованным безопасностью”.

Генерализация

Феномен, хорошо известный исследователям поведения и обучения (как у животных, так и у людей), — это генерализация. В базовой парадигме реакция, которая ассоциируется с определенным стимулом, часто обобщается на другие похожие или родственные стимулы. Это особенно верно для реакции страха, хотя сети ассоциаций может быть трудно проследить для каждого конкретного человека или расстройства [Dymond & Roche, 2009; Lissek et al., 2005]. И снова, если помнить о базовой природе тревоги как системы избегания опасности, этот принцип становится понятным. Человек, который едва избежал смерти при встрече с медведем, вряд ли выйдет из этого опыта с мыслью о том, что *опасен конкретный медведь*. Скорее, он (будем надеяться) усвоит, что *все медведи опасны*, или, возможно, даже обобщит (генерализирует) этот вывод на всех крупных диких животных. Аналогичное явление происходит с гораздо меньшим эффектом при тревожных расстройствах.

Когда я впервые встретил Эдмунда, ему было 7 лет, он страдал от сильной фобии собак. Его страх был настолько сильным, что он разработал ряд мер предосторожности, которые предпринимал, чтобы избежать страха. Он не только не соглашался находиться рядом с собакой, но и отказывался смотреть на изображения собак в книгах, смотреть фильмы с участием собак или слушать рассказы о собаках. Само упоминание слова “собака” вызывало у него покраснение лица, резкие взмахи руками и громкие возражения до тех пор, пока тема не была исчерпана и виновник не пообещал не повторять проступка.

Его мать описала процесс того, как сформирована эта ситуация: “Сначала он не хотел ходить в парк, так как там были собаки, потом он сказал, что хочет, чтобы мы его везде возили, потому что, идя по тротуару, он постоянно представлял, как на него прыгает собака. После этого он стал избегать некоторых фильмов, таких как 101 далматинец, в которых были собаки. Он начал спрашивать, когда я иду в библиотеку, не собираюсь ли я взять “книгу о собаке”, и ситуация становилась все хуже и хуже. Боюсь, что скоро он вообще не сможет выходить из дома”.

Быстрое обучение страху

Для обучения в большинстве случаев требуется время, часто много времени. Повторение, репетиция и проверки — все это помогает закрепить нейронные связи, которые и являются основой для обучения. Но обучение страху может происходить быстро. Иногда достаточно одного случая, чтобы научиться избеганию, которое может остаться на всю жизнь [Rescorla, 1988]. Это может быть особенно верно в отношении некоторых видов страхов. У детей, подвергшихся воздействию травмирующих событий, может развиться посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся длительным избеганием, в дополнение к навязчивым мыслям о тревожном триггере. У детей, переживших менее драматичный опыт, страх и избегание могут развиваться и после однократного “испытания” в контексте “подходящих” событий. Многие люди сталкивались с ситуацией, когда они ели незнакомую пищу, а затем заболели или чувствовали себя плохо. Обычно это происходит по простому совпадению, так как оба этих события довольно часто встречаются в жизни большинства детей. Но временная пара события А (употребление определенной пищи) и события Б (заболевание) может создать ассоциацию, которая приведет к длительному, а иногда и экстремальному избеганию. Установлено, что распространенность такого выборочного отвращения к пище в общей популяции очень высока [Logue, 1985; Logue, Ophir, & Strauss, 1981].

Далия было 11 лет, когда она заболела желудочным вирусом. Она чувствовала сильную тошноту, и ее несколько раз сильно вырвало. Ранее в тот день она впервые съела корндог (corn dog — сосиска, которая покрывается толстым слоем теста из кукурузной муки и жарится в горячем масле). Когда на следующий день родственник вскользь упомянул о корндоге, ее резко затошнило, и она снова побежала блевать. Вскоре после этого само упоминание о кукурузе стало вызывать тошноту и сильную тревожность, и Далия стала избегать контакта с чем-либо, сделанным из кукурузы. Когда она впервые пришла в терапию, она не разрешала своим родителям покупать ничего, где в ингредиентах была указана кукуруза, в том числе продукты, содержащие кукурузную муку, кукурузный крахмал, кукурузный сироп и кукурузный сахар декстрозу. “Вы знаете, как трудно делать покупки для семьи, не покупая ничего, что содержит кукурузу?” — спросила ее мать.

Далия демонстрировала оба описанных выше явления. Быстрое обучение страху объясняет ее интенсивное избегание после одного эпизода, когда она заболела после того, как съела корндог, а мощная природная

тенденция к генерализации при тревоге привела к тому, что она расширила границы своего избегания, пока оно не охватило все, что хоть отдаленно связано с кукурузой.

Контроль

Еще одним важным поведенческим сдвигом, характерным для детей, испытывающих повышенный уровень тревоги, является увеличение потребности в контроле [Moulding & Kyrios, 2006; Pervin, 1963]. Контроль можно рассматривать по-разному, но для наших целей можно определить его как способность отдельного ребенка предсказывать события и влиять на них. Дети, которые не имеют возможности влиять на то, что должно произойти, например, дети, которых ведут в кабинет врача, хотя бы они того или нет, все же могут иметь возможность предсказать, как пройдет визит. У такого ребенка все равно будет большее чувство контроля, чем у того, кто не только не может решить, что произойдет, но и не имеет возможности предсказать это. Любая информация, еще больше увеличивающая эти возможности — знать и влиять на то, что происходит, — увеличивает контроль, а любые обстоятельства, уменьшающие возможности контроля, уменьшают и общий контроль, который будет испытывать ребенок.

Рассмотрим случай малыша, который боится грабителей, и родители которого думают о том, чтобы уйти из дому на вечер и нанять няню. Полный контроль для этого ребенка может заключаться в возможности сказать родителям: “Нет, я не хочу, чтобы вы уходили, потому что это заставляет меня нервничать”, — и попросить их остаться дома. В противном случае ребенок, скорее всего, будет задавать многочисленные вопросы, направленные на повышение общего чувства контроля: “Куда ты идешь? Когда вы вернетесь?”, — и т.д. Чем больше информации предоставляется, тем выше общее чувство предполагаемого контроля.

Тревожность усиливает потребность ребенка в контроле, подчеркивая возможность негативных событий и результатов [Weems, Silverman, Rapee, & Pina, 2003]. Дети с незначительной склонностью к тревожности могут считать, что большинство ситуаций, скорее всего, будут положительными или в пределах их возможностей справиться с ними, и, как следствие, им менее важно знать, *каким образом* все закончится хорошо. Напротив, тревожные дети, которые считают многие ситуации потенциально опасными, а свою способность к выдержке — далеко не сильной, могут испытывать потребность в том, чтобы все шло точно по плану.

Любое отклонение от планов и ожиданий может вызвать страшные мысли и чувства, и потребность в контроле является естественным следствием такого мировоззрения.

По нашему опыту, многие родители по этим причинам называют своего тревожного ребенка “контролирующим”, “властным” или даже “тираном”. Однако путать потребность ребенка в контроле со врожденной и негативной чертой характера, скорее всего, будет неточно и бесполезно. В большом международном исследовании, посвященном наиболее контролируемому поведению детей с обсессивно-компульсивным расстройством, 88% экспертов в этой области согласились с тем, что такое поведение скорее всего является вторичным по отношению к тревожности ребенка (и исчезает при ослаблении тревожного расстройства), чем отражает врожденную черту контролирующего или деструктивного поведения [Lebowitz, Vitulano, Mataix-Cols, & Leckman, 2011].

Помощь родителям в определении поведения ребенка в контексте потребности в контроле, вызванной тревожностью, поможет изменить и роль родителей. Вместо того, чтобы “противостоять требованиям ребенка” или “показать ему, кто здесь главный”, родители могут работать над повышением способности ребенка противостоять неопределенности или справляться с отсутствием контроля, присущим жизни в этом мире. В разделе этой книги, посвященном терапии с привлечением родителей (глава 11), мы обсудим некоторые инновационные способы борьбы с крайним контролем, который некоторые тревожные дети навязывают своим семьям. Но для большинства родителей самым важным шагом может стать простое понимание того, почему тревожность заставляет их ребенка вести себя контролирующим образом. Помогая родителям понять эту идею, терапевт может освободить их от ложной дилеммы “уступить или противостоять”. На самом деле, выбор стоит не между подчинением и сопротивлением, а между укреплением веры детей в то, что они не могут справиться с чем-то меньшим, чем совершенный контроль, и развитием их способности ориентироваться в непредсказуемом потоке жизни.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ

Наиболее важным элементом в исцелении от детских тревожных расстройств является поведенческий компонент — воздействие на избегаемые ранее стимулы. Принцип экспозиции прост, надежен и знаком всем детям: многократное воздействие приводит к десенсибилизации (уменьшению

чувствительности). У всех детей есть элементарное понимание этого принципа, достигнутое благодаря их жизненному опыту, и они могут легко понять его применимость к страхам и тревоге. В течение нескольких лет один из авторов этой книги практиковал вопросы детям, страдающим от тревожности, что бы они посоветовали другу, который также страдает от какого-то страха. Детям помладше он часто рассказывал историю о своем друге, который не может прийти к автору в гости, потому что у того есть кошка, а он ужасно боится кошек, настолько, что даже не может войти в дом к другу. Детям постарше автор предлагал представить, что их друг страдает от страха, который мешает ему нормально жить. Автор часто недоумевал, когда слышал, как его коллеги говорили, что КПТ (когнитивно-поведенческую терапию) нельзя применять к очень маленьким детям. За те годы, что автор спрашивал у маленьких детей совета по терапии тревожности, большинство из них всегда предлагали ему, чтобы друг попытался применить именно поведенческие воздействия в той или иной форме. Другими словами, даже очень маленькие дети, начиная примерно с пятилетнего возраста, способны не только понять принципы экспозиции, но и самостоятельно сформулировать их как средство от необоснованной тревоги.

Экспозицию можно осуществлять любым способом, но некоторые принципы являются общими для большинства успешных методов и в совокупности представляют собой полезные рекомендации по планированию и проведению эффективного воздействия. Хороший план обеспечивает постепенность, повторяемость и длительность воздействия.

Постепенное воздействие

Одно из правил, которое практически никогда не теряет своей актуальности, заключается в том, что при планировании экспозиции более длинный путь на самом деле является более коротким. Попытки добиться быстрого прогресса или сделать большие шаги вперед часто приводят к обратным последствиям, в результате чего возникает нежелание проводить дальнейшее воздействие. Риск разочарования или неудачи, который может возникнуть в результате преждевременных попыток принять большие вызовы, перевешивает потенциальное удовлетворение от быстрого прогресса. На самом деле, идеальная ситуация для терапевта — когда ребенок сам тянет его вперед и побуждает идти быстрее, что гораздо лучше, чем “толкать” ребенка.

Иерархия воздействия

Чтобы обеспечить постепенный процесс, соответствующий специфическим реакциям конкретного ребенка, терапевт и клиент вместе составляют иерархию воздействия. В этой структуре перечислены различные шаги, которые дети будут делать, постепенно преодолевая свой страх. Первые шаги в иерархии должны быть достаточно легкими, чтобы обеспечить успех. Терапевт должен быть непреклонным в том, чтобы не начинать со слишком сложных воздействий, и стараться выбирать в начале процесса такие шаги, которые вызывают степень страха намного ниже того, что можно считать максимальным уровнем толерантности ребенка. Это важно, чтобы гарантировать, что ребенок успешно справится со страхом и сможет добиться прогресса после первого шага. Дети, которые впервые сталкиваются с ситуацией, бросающей им вызов до предела их возможностей, могут почувствовать, что последующие шаги невозможны. На рис. 5.1 и 5.2 показаны иерархии воздействия.

Полезно просить детей оценить степень страха, который, по их мнению, вызовет каждый шаг в иерархии. Это поможет упорядочить шаги от наименее трудных к наиболее трудным, но фактические оценки следует воспринимать не более чем предположение и не считать, что они отражают реальную ситуацию — то, что ребенок будет испытывать на самом деле. В состоянии тревожности большинство детей оценивают любой шаг как значительно более трудный, чем он окажется. Отчасти это связано с крайним избеганием, которое уже стало частью жизни ребенка. Благодаря непрерывному процессу генерализации многие дети научились избегать любого количества ситуаций в качестве меры предосторожности против тревоги. У многих из них фактическое столкновение со стимулом будет почти антикульминационным, поскольку вызовет лишь умеренную тревогу. Вместо того чтобы пытаться убедить детей, что воздействие будет менее трудным, чем они думают, эти ситуации дают возможность научить детей тому, что они могут преодолеть даже те переживания, которые кажутся им очень сложными. Это также возможность усвоить еще один важный урок: тревожность “обманывает” детей, заставляя их думать, что действия будут намного труднее, чем они оказываются на самом деле.

Если принять во внимание различные параметры, которые делают экспозицию более легкой или более трудной, одно воздействие может быть повторено с разной степенью сложности. Например, ребенок с тревожным расстройством в связи с разлукой в детском возрасте может выбрать такую

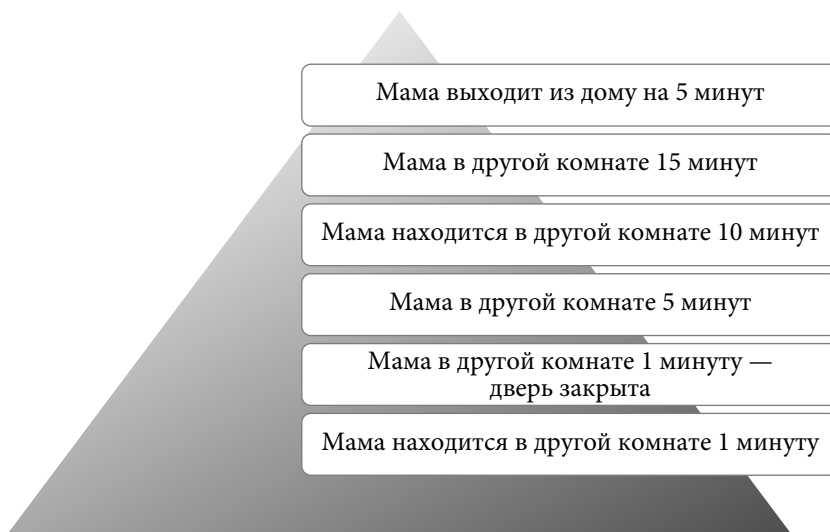


Рис. 5.1. Пример иерархии экспозиции для ребенка с тревожным расстройством в связи с разлукой в детском возрасте

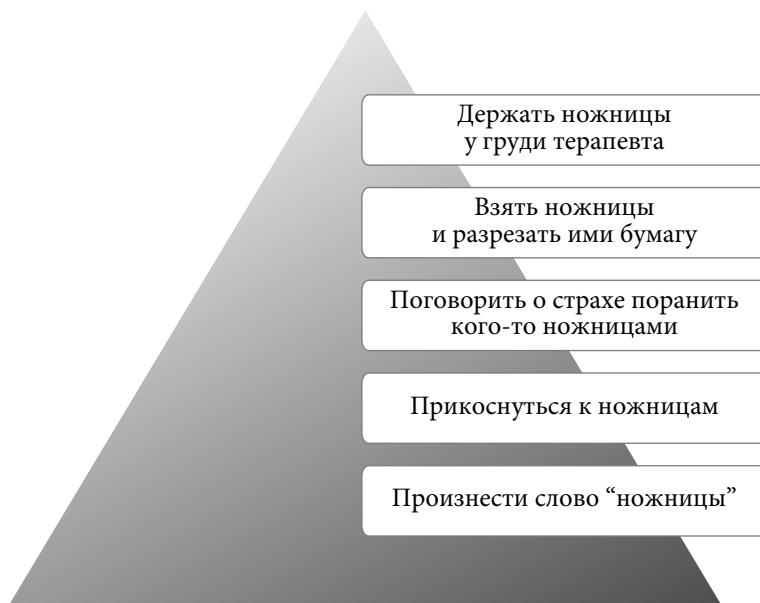


Рис. 5.2. Пример иерархии экспозиции для ребенка с ОКР и агрессивными навязчивыми идеями

задачу, как “остаться дома одному, пока родители уйдут на полчаса”. Это можно легко представить на множестве различных ступеней иерархии, изменяя такие переменные, как время суток, когда проводится воздействие (ночью может быть сложнее, чем днем); куда уходят родители (ждать их, если они у дома, может быть проще, чем если они уходят далеко); степень контакта с родителями во время воздействия (разрешены ли телефонные звонки); наличие безопасного поведения во время воздействия (оставлять включенным свет во всем доме или включать телевизор) и многие другие параметры, которые зависят от каждого конкретного ребенка.

Часто самым творческим аспектом в терапии тревожности является разработка поэтапных шагов экспозиции. При достаточном творческом подходе *любой* страх и *любую* избегаемую ситуацию можно разбить на ряд более мелких шагов, которые можно совершать по отдельности.

Джордану было 14 лет, и у него была фобия иглы/крови. Известно, что он падал в обморок даже при виде крови по телевизору, а когда учитель в школе объяснил ему принцип работы магнитно-резонансного томографа, Джордан сразу же упал в обморок. Теперь Джордан пришел на терапию, потому что хотел принять участие в школьном мероприятии, к которому его не допустит врач, если он не пройдет полное медицинское обследование, включающее в себя анализ крови. Оказавшись между страхом и желанием участвовать, он вместе с родителями решил попробовать поведенческую терапию. Джордан внимательно выслушал объяснения клинициста о тревожности, поведенческой терапии, экспозиции и десенсибилизации, а затем сказал: “Но как мы можем постепенно брать кровь? Либо ты уколешь меня иглой, либо нет, так ведь?” Было решено пропустить обычный протокол и сразу перейти к созданию постепенной последовательности воздействий на первой сессии. Было рассмотрено множество ситуаций, которые могут вызывать тревожность по самой разной шкале тяжести. Увидеть иглу для подкожных инъекций было бы слегка тревожно, но держать ее в руках – уже сильнее; просмотр видео, где кто-то сдает кровь, по его оценке, вызвал бы огромную тревожность, но мультфильм о том же самом вызвал бы лишь легкий дискомфорт. Джордан понял, что есть много шагов, которые можно предпринять до того, как ему придется сдавать кровь. В течение следующих недель были проработаны многие из них, и когда пришло время делать “большой шаг”, чтобы у него действительно взяли кровь, этот процесс также разбили на постепенные шаги. Сначала он прошел все подготовительные процедуры: закатал рукав рубашки, продезинфицировал руку и обвязал ее резиновым жгутом. В следующий раз он повторил эти шаги, но на этот раз к его руке действительно

прикоснулись иглой. Только после того, как он почувствовал себя комфортно во всех этих ситуациях и перестал реагировать на них тревогой или обмороком, у него действительно взяли кровь.

Повторяющееся воздействие

Повторение — ключевой компонент успешной терапии при тревожности. Именно повторение превратит воздействие из того, что дети смогли пережить, в то, что не является событием, которое послужит сигналом для их десенсибилизации. Распространенная ошибка — слишком быстрый переход от одной успешно пройденной экспозиции к следующему этапу иерархии. На самом деле, специфическое воздействие почти никогда не должно проводиться только один раз. После успешного прохождения определенного этапа дети обретают уверенность в своей способности противостоять данному уровню тревожности. Но обычно они еще не знают, что этот шаг вовсе не обязательно должен вызывать тревожные чувства. Если повторить поведение много раз, ощущение тревожности будет заменено ощущением, приближенным к скуке, и дети поймут, что у них есть ключ к превращению экспозиции в ситуацию, не вызывающую тревожность. И в этом контексте гораздо лучше, если ребенок сам “подстегивает” процесс, желая принять новые вызовы или перейти к следующему, чем если терапевт подстегивает ребенка до того, как тот почувствует готовность к вызовам.

Длительное воздействие

Третий элемент большинства успешных экспозиций — их продолжительность. Если дети дают себе время на то, чтобы тревожность улеглась, прежде чем предпринимать какие-либо действия по выходу из обстоятельств, они могут оказаться в обычно стрессовой ситуации, но без стресса. Этого не произойдет, если не будет достаточно времени для того, чтобы тревога достигла пика, утихла и отступила. В большинстве случаев этот процесс занимает от 15 до 25 минут, причем максимальная тревожность возникает вначале. Однако некоторые дети не будут принимать экспозицию в течение такого длительного времени, и гораздо продуктивнее позволить им установить продолжительность, которую они готовы выдержать, чем пытаться навязать более длительное воздействие на сопротивляющегося ребенка. Такая попытка, скорее всего, заменит первоначальную, хотя и частичную, готовность на упрямое сопротивление, которое, вероятно, распространится даже на первоначально согласованное задание.

Когда ребенок не желает приступать к длительному воздействию, лучшей альтернативой обычно является попытка более краткого. Хотя эти краткие воздействия (иногда менее минуты) могут быть не столь эффективны в снижении чувствительности к стимулам, нежели более длительные, они помогают сделать первые шаги и побуждают ребенка идти дальше. Часто ребенок будет удивлен относительно низким уровнем тревоги, испытываемой во время краткой экспозиции, и после этого может развить готовность к более длительному процессу. Главное, о чем должен помнить терапевт, — это то, что, выполняя любое воздействие, даже на первый взгляд неэффективное, ребенок делает огромный шаг вперед. Соглашаясь на участие в экспозиции, дети вступают в союз с терапевтом против тревожности и делают первый шаг к тому, чтобы противостоять тревоге. Этот первый шаг обычно самый трудный, и последующие могут последовать за ним естественным образом.

Некоторые ситуации, естественно, требуют меньше времени, и терапевту придется применить творческий подход, чтобы продлить воздействие для достижения десенсибилизации. Классическим примером является случай с ребенком, который боится ездить в лифте. Средняя поездка в лифте обычно длится не более 30 секунд, а все пребывание в лифте занимает менее минуты. Однако для целей воздействия важно оставаться внутри гораздо дольше. Мы со своими клиентами неоднократно поднимались и опускались в зданиях, ездя на лифте из вестибюля на последний этаж и обратно, снова и снова, чтобы достичь того момента, когда ребенок перестанет испытывать тревожность.

Когнитивное воздействие

Другой способ воздействия на тревожные мысли, отличный от когнитивной реструктуризации, описанной в главе 4, — это когнитивное воздействие. В этом случае размышления о вызывающем тревожность сценарии становятся своего рода экспозицией, вместо оспаривания точности мыслей или формулирования альтернатив. Так постепенно ослабевает способность мысли вызывать мощную эмоциональную реакцию. Это можно объяснить детям следующим образом.

Вспомните самый страшный фильм, который вы когда-либо видели, или даже тот, который вы никогда не видели, но о котором знаете, например *Кошмар на улице Вязов*. Возможно, вы никогда не стали бы смотреть этот фильм, потому что он страшный. Но представьте, что

однажды вечером по какой-то непостижимой причине вы остались дома одни и решили посмотреть этот фильм. Вероятно, вы все время будете в ужасе, вам захочется закрыть глаза или выключить фильм и спрятаться под одеялом. Но представьте, что вы не выключили фильм и каким-то образом досмотрели его до конца. Когда фильм закончится, вы, вероятно, будете очень нервничать и бояться, и вам захочется включить свет во всем доме и запереть все двери. Но что если вместо этого вы перемотаете фильм до самого начала и станете смотреть его снова. В этот раз фильм, вероятно, все еще будет очень страшным, но, возможно, чуть менее пугающим, потому что вы хотя бы будете знать, что вас ждет. Итак, вы снова смотрите фильм до конца. А когда все закончится? Начинаете снова! И смотрите до конца. Потом делаете это снова. И снова! Допустим, вы сделали это 10 раз. Что бы вы чувствовали на десятый раз? Вы бы испугались? Вы бы по-прежнему подпрыгивали, когда происходило что-то ужасающее? Скорее всего, вам было бы очень скучно! В конце концов, сколько раз один и тот же фильм может напугать вас? На самом деле, вы могли бы даже заснуть. Представьте, что вы засыпаете под фильм Кошмар на улице Вязов. Когда вы начинали, это казалось невозможным, чем-то, что никогда не произойдет. Но, смотря фильм снова и снова, не выключая и не убегая, вы превратили его из страшного в скучный. То же самое может произойти и с мыслями. Когда у вас появляется пугающая мысль, вы хотите “отогнать ее”, перестать думать о ней. Но если вы заставите себя думать об этом снова и снова, то очень скоро из страшной она превратится в скучную. А потом, возможно, вам вообще не придется больше об этом думать.

Фактическое воздействие на содержание мыслей можно осуществлять любым способом, например, написать на бумаге рассказ, описывающий негативные события, которые происходят на самом деле, и неоднократно читать его вслух. Или записать аудиорассказ о мыслях и слушать его по полчаса каждый день. Хотя такая прямая конфронтация с тем, что часто является крайне тревожным содержанием, может вызвать трудности как у клиента, так и у терапевта, это почти неизбежно приводит к быстрому снижению уровня аффекта, который эти мысли способны вызвать, и к соответствующему снижению частоты их возникновения. При построении рассказа (или другой формы экспозиции) задача терапевта состоит в том, чтобы сбалансировать степень тревожности, которую клиент готов перенести в данный момент. Ему необходимо сделать упражнение эффективным, привлекая как можно более явное содержание. Хотя терапевт может определять форму повествования, большая часть содержания должна исходить непосредственно от клиента, часто в форме ответов на такие

вопросы: “Как вы думаете, что произойдет? Что бы вы чувствовали, если бы...” — и т.д. Такая зависимость от клиента в плане содержания гарантирует, что экспозиция не сделает ничего больше, чем просто поможет осознать то, что и так происходит без контроля. Другими словами, клиент, который уже активно пытается избежать этого содержания, не знакомится с новым материалом, который может вызывать чрезмерную тревожность.

Ниже приведен пример рассказа, созданного вместе с 17-летним подростком, у которого был навязчивый страх потерять ключ от дома и спровоцировать взлом. Вследствие этой навязчивой идеи юноша стал заниматься ритуальным поиском ключа каждый раз, когда покидал помещение или выходил из машины.

Вы возвращаетесь домой из школы, и вам кажется, что вы слышите легкий звон, звук падения чего-то металлического. Вы хотите остановиться и проверить, не уронили ли ключ, но напоминаете себе, что это всего лишь ваше ОКР, и продолжаете идти, не проверяя. Но это был ваш ключ. Вы потеряли его, и вскоре ключ нашел плохой человек. В ту ночь он пришел к вам домой. Он открыл дверь и начал собирать вещи, которые хотел украсть. Ваш отец просыпается, вступает с ним в схватку, и грабитель застреливает его. Ваша мать пытается вызвать полицию, но грабитель видит ее и тоже убивает. Вы на похоронах своих родителей. Вы стоите и плачете, а ваша сестра плачет и говорит: “Это все твоя вина. Если бы ты только проверил, не твой ли это ключ выпал, этого бы никогда не случилось. Это ты убил их”.

Этот сценарий, сокращенный по сравнению с тем, который используется в терапии, явно вызвал дистресс у клиента, когда он услышал его в первый раз. Однако воздействие даже очень неприятной истории притупляется при ее повторении. Хотя постоянное избегание этой мысли повышает уровень тревожности, которую она вызывает, систематическое воздействие быстро снижает эффект от прослушивания содержания. Этот конкретный сценарий также иллюстрирует другой аспект когнитивного воздействия, который полезен во многих случаях. У многих людей с тревожными мыслями, которые боятся катастрофических событий, страх личной ответственности за это событие может быть не менее пугающим, чем страх того, что событие произойдет на самом деле. Воображение того, что вы ругаете себя, что стали причиной катастрофы, может быть таким же мучительным, как и воображение самой катастрофы. При ОКР этот страх может быть существенным фактором, способствующим стремлению завершить ритуал или избавиться от мучительной мысли. В приведенной выше истории этот

аспект избегания (уход от ответственности за результат) рассматривают с помощью фразы: *“Вы хотите остановиться и проверить, не уронили ли ключ, но напоминаете себе, что это всего лишь ваше ОКР, и продолжаете идти, не проверяя”*. Она включает в себя прямое указание на личную ответственность и страх стать виновным, сопротивляясь ОКР. Ответственность снова подчеркивается в высказываниях сестры, обвиняющей клиента в том, что он своими действиями вызвал смерть родителей.

РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Тесное сотрудничество с родителями — ключевой компонент успешной работы с экспозицией, особенно в тех случаях, когда она проводится дома или в отсутствие терапевта.

Вовлечение родителей

Если родители знают о поведенческих задачах, которые ребенок должен выполнить в течение недели, это, как правило, повышает вероятность выполнения таких задач. Это не следует путать с возложением на родителей ответственности за выполнение домашнего задания. В большинстве случаев целесообразно предостеречь родителей от того, чтобы “заставлять детей” выполнять задания, так как это, скорее всего, укрепит мнение о том, что задания — это то, чего хотят родители, а не то, что дети выполняют для достижения собственных целей. Вместо этого родители должны поддерживать процесс, напоминая детям, помогая им найти время для обучения, и при необходимости выполняя собственную часть задания, как в случае ребенка с тревожным расстройством в связи с разлукой в детском возрасте, родители которого покидают дом на время экспозиции.

Подчеркивание постепенного характера воздействия

Желание видеть, что ребенку становится лучше, влияние тревожности на жизнь семьи и страх перед долгим и бесконечным терапевтическим процессом — все это в совокупности может заставить родителей стремиться к быстрому прохождению иерархии воздействия. Важная часть работы терапевта с родителями — противодействие этому желанию. В работе с родителями тревожных детей клиницисты часто повторяют мантру о том, что “более длинный путь почти всегда короче”; другими словами, постепенный, осторожный и сдержанный темп приводит к более быстрому

результатам и улучшениям, чем попытка рвануть вперед и добиться быстрых успехов.

У многих детей первые шаги в иерархии экспозиции на самом деле являются тем, что дети, скорее всего, все равно будут делать время от времени. Например, ребенок с сильной фобией собак может оценить “прогулку с мамой по парку” как провоцирующую тревожность, хотя это то, что он может иногда делать без возражений. Выбор начального шага, который ребенок иногда делает в любом случае, — хороший способ обеспечить успех интервенции на ранней стадии и повысить мотивацию для дальнейшего воздействия. Следовательно, ошибочно сбрасывать это воздействие со счетов как “менее эффективное” из-за того, что оно иногда происходит вне терапии. На самом деле, то, что ребенок иногда делает что-то от случая к случаю, не является доказательством того, что это не вызывает определенной тревожности. Большинство детей регулярно занимаются деятельностью, которая вызывает у них определенный страх. Кроме того, если ребенок концентрируется на ситуации в форме запланированного воздействия, его тревожность усиливается, и ситуация, которая обычно вызывает лишь незначительное беспокойство, может вызвать значительный дискомфорт. Вывод — не торопитесь! Ни одно воздействие не является слишком легким вначале!

Постепенная генерализация

Следующий сценарий знаком каждому, кто работает с семьями тревожных детей: ребенок, который некоторое время избегал ситуации, например, отказывался есть молочные продукты из-за страха испорченной еды, проходит экспозицию, в ходе которой ест творог, возможно даже с истекшим сроком годности. Вечером за ужином в семье едят творог, а ребенок отказывается есть совершенно свежий. Родители могут почувствовать раздражение: “В конце концов, ты только сегодня это делал”. Обобщение уроков, полученных в результате экспозиции, — необходимый процесс, который происходит почти всегда, но не является мгновенным. Тот факт, что детям удалось, благодаря приверженности плану терапии и концентрации воли и решимости, преодолеть трудный опыт, не делает их автоматически готовыми преодолеть любой подобный опыт в повседневной жизни. Это не “упрямое цепляние” за патологию или тревожность, а скорее промежуточный этап, который дети будут преодолевать постепенно, в индивидуальном темпе. Родители, упускающие этот момент и ожидающие, что

ребенок сможет применить парадигму экспозиции ко всем другим ситуациям, снижают его готовность к дальнейшему воздействию. Дети поймут, что в результате экспозиции от них будут ожидать, что они все время будут делать то же самое, и станут сопротивляться дальнейшему прогрессу.

Переосмысление “неудачного воздействия”

Дане 10 лет, и она боится идти в школу одна. Она учится в четвертом классе, школа находится в конце квартала, девочке не нужно переходить улицу, но она отказывается пройти трехминутный путь самостоятельно. Она попробовала сделать это в первую неделю учебы, и ее начали одолевать страшные мысли обо всем: от монстров в кустах до того, что ее мама потеряется по дороге. Она привыкла идти к школе одна, но идти туда было слишком тяжело. В ходе терапии Дана и ее родители разработали план решения этой проблемы. Дана ходила в школу одна, а ее мама наблюдала за ней из окна. На следующий день Дана отправилась в путь, а ее мать встала у окна, чтобы наблюдать за ней. Мама видела, как Дана уверенно начала прогулку, подняв голову и выпрямив спину. Вскоре, однако, ее поза изменилась. Казалось, она стала менее уверенной в себе, и примерно на трети пути к школе она остановилась и замешкалась. Медленно, неуверенно она сделала еще несколько шагов и, когда прошла почти половину пути до школы, развернулась и побежала домой. Войдя в дом, Дана плакала: “Я не могу этого сделать”, — пролепетала она, — “я слишком напугана”.

Мать Даны оказалась перед серьезной дилеммой: как ей реагировать на то, что Дана не выполнила план и не пошла в школу самостоятельно? Она была разочарована и расстроена и чувствовала, как слова сами собой складываются: “Ты была на полпути, с таким же успехом ты могла бы добраться к школе, а не домой”, — хотела сказать она: “Мы составили план, и я выполнила свою часть, почему же ты не смогла выполнить свою?”

Было бы естественно сказать эти слова, но они лишь подтвердили бы Дане то, что она уже подозревала: что она слаба, беспомощна и что-то вроде недомыслия. Возможно, даже разочарование для ее мамы. Если смотреть на вещи в таком свете, можно упустить важную сторону утреннего эксперимента: *она прошла половину пути до школы одна!* На самом деле это было огромным достижением, которое рисковало потеряться в разочаровании от того, что она не прошла весь путь. Важно помочь родителям представить частичный успех как то, чем он на самом деле является — победой, а не поражением. Это важная часть руководства для родителей тревожных детей.

В терапии, когда ребенок не может выполнить запланированное воздействие, большинство хороших терапевтов берут ответственность на себя, а не переключают ее на ребенка: “Наверное, я действительно просчитался с этим; не знаю, о чем я думал”. Или, возможно: “Ух ты, я поражен, что ты справился с такой большой частью задания; я чувствовал, что действительно зашел слишком далеко, и не могу поверить, что ты так хорошо справился”. Если подчеркивать частичный успех, а не сосредоточиваться на “пустой половине стакана”, и взять на себя ответственность за переоценку текущих возможностей ребенка, можно восстановить чувство выполненного долга и сохранить мотивацию.

Некоторым родителям трудно понять, насколько сложным для ребенка может быть процесс экспозиции. Терапевты, которые регулярно работают с клиентами с тревожными расстройствами, привыкли видеть экспозицию глазами своих клиентов и обычно понимают, насколько сложной она может быть. Родителям, которым воздействие может показаться обычным делом, происходящим естественно, сложнее это понять. Жизненно важно помочь родителям принять точку зрения ребенка, чтобы они были способны поддерживать взаимодействие с ним. Иногда для начала можно попросить родителей представить, что это они делают что-то, что для них трудно.

Отец девушки с ОКР был разочарован “тактикой уклонения”, которую она применяла, чтобы избежать выполнения экспозиций, предложенных терапевтом в качестве домашнего задания. Она говорила, что хочет исправиться, но у нее всегда находилось оправдание, чтобы отложить задание. Ее отец становился все более раздраженным, и время выполнения домашнего задания становилось все более напряженным для них обоих. Терапевт попросил отца представить, что он находится в положении, когда ему приходится делать что-то совершенно для него отвратительное, потому что это единственный способ стать лучше. “Представьте, что для того, чтобы преодолеть проблему, которая вас мучает, вы должны каждый вечер съедать по одной чашке земляных червей. Ваш врач стоит там, протягивая чашку со слизкими, отвратительными червями, и говорит, чтобы вы поторопились – это единственный способ выздороветь. Разве вы не попытаетесь найти любую отговорку, чтобы оттянуть это? Разве не использовали бы все мыслимые тактики уклонения? Вместо того чтобы злиться на откладывание, попробуйте признать, какое это достижение, что вы вообще пытаетесь это сделать. Для человека, страдающего тревожным расстройством, экспозиция – тяжелое испытание”. В том случае отец подытожил очень лаконично и точно: “Верно”, – сказал он: “Это чертовски трудно”.

БОРЬБА С ТРЕВОЖНОСТЬЮ ПРИ ОТХОДЕ КО СНУ. ПЛАН, РАЗРАБОТАННЫЙ УЧЕНЫМИ ЙЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА: КАК ЗАСТАВИТЬ РЕБЕНКА СПАТЬ В СВОЕЙ КРОВАТИ

Многие дети чувствуют вызванную разлукой тревожность, особенно во время отхода ко сну. На самом деле, по нашему опыту, невозможность заснуть в собственной кровати — одна из самых распространенных жалоб среди родителей тревожных детей. К этой жалобе можно успешно применить принципы постепенного повторного воздействия. Многие терапевты советуют родителям создать постепенный процесс, медленно увеличивая расстояние кровати ребенка от родительской. В этом плане детей сначала перекладывают на постель рядом с кроватью родителей, а затем постепенно отодвигают эту постель в сторону детской комнаты, пока ребенок не окажется в своей комнате и не переберется в собственную кровать.

По нашему опыту, существует более эффективный подход. Мы советуем предложить ребенку поиграть в игру, которую можно назвать “поверь, что ты будешь спать в своей кровати”. Детям предлагают устроить своего рода шоу, обмануть воображаемую аудиторию и заставить ее думать, будто они собираются спать в своей кровати, хотя на самом деле они знают, что это не так.

Для этого на первом этапе часто необходимо убедиться, что у ребенка действительно есть своя кровать для сна. Многие дети не спали в своей кровати так долго, что она превратилась в “склад ненужных вещей”, была передана брату или сестре, чтобы они спали в ней, или, в одном случае, вообще убрана из комнаты. Ребенку можно представить это как подготовку сцены или необходимого реквизита для представления. Кровать полностью застилают, в том числе простыни и одеяла, и готовят так, как будто ребенок будет спать там этой ночью.

Далее дети выполняют все действия, связанные с отходом ко сну. Они готовятся ко сну, умываются, надевают пижаму и т.д., а затем ложатся в свою кровать — на заранее определенное время. В идеале дети должны активно участвовать в определении продолжительности времени, в течение которого будут находиться в постели. У многих детей первый этап этого процесса длится всего минуту или около того. Дети прекрасно знают, что по истечении этой минуты родители придут и сообщат им, что время вышло, и они переберутся в привычное место для сна на оставшуюся ночь. Если дети провели в постели положенное время, они успешно справились со своей задачей и могут вернуться в родительскую кровать без дальнейших требований.

Важно, чтобы родители не пытались поощрять ребенка оставаться дольше запланированного времени. Поэтому, даже если дети выглядят совершенно спокойными по истечении времени, важно, чтобы родители не предлагали им “просто остаться там”. Скорее, им следует прямо пригласить детей в свою комнату и похвалить их за выполнение задания. После повторения заданной продолжительности в течение двух или трех ночей, время можно постепенно увеличивать небольшими шагами. Обычно к тому времени, когда продолжительность достигает 10–15 минут, дети уже засыпают в своей постели, и тогда родители оставляют их там на ночь, а утром отмечают их успех. Тем не менее даже после того, как ребенок провел всю ночь, план остается неизменным на следующую ночь и т.д., пока сон в кровати не станет регулярным и постоянным.

Этот план имеет чрезвычайно высокий процент успеха у родителей, в том числе тех, чьи дети спали с ними многие годы. Секрет в том, что, заранее определив время, которое ребенок будет лежать в постели, родитель создает ситуацию, когда малыш находится в постели, но не испытывает тревожность. Это происходит потому, что он знает, что это только на ограниченное количество времени. Естественным следствием лежания в постели, когда не возникает тревоги, является засыпание. Дети могут лежать без сна гораздо дольше 15 минут, если думают, что им нужно оставаться в постели одним всю ночь, и даже могут мешать себе (и родителям) уснуть, зовя родителей или плача. Но если заверить ребенка, что это всего лишь “игра” на определенный и короткий промежуток времени, тревога исчезает, и у ребенка формируется новая ассоциация между пребыванием в постели и чувством спокойствия и расслабления.

С детьми, у которых есть проблемы с засыпанием и ночными пробуждениями, рекомендуется сначала решить проблему засыпания, прежде чем пытаться заставить ребят оставаться в постели, когда они просыпаются ночью. Если дети не могут заснуть в установленное время, они, вероятно, в той же или даже большей степени не могут оставаться в постели после пробуждения, поскольку у них нет опыта засыпания в их кровати. Только после того, как дети станут засыпать в постели самостоятельно, родители должны применять те же принципы к пробуждениям в середине ночи, поощряя детей оставаться в кровати некоторое время до прихода в комнату родителей и предоставляя им способ измерить это время. Например, рядом с кроватью можно поставить музыкальный плеер, настроенный на песню определенной продолжительности, и попросить ребенка прослушать один раз всю песню, прежде чем он перейдет в комнату родителей.