

Содержание

Об авторе	13
Об авторе предисловия	13
Благодарности	14
Предисловие	15
Введение	19
От издательства	21

Часть I

Готовимся действовать **23**

Глава 1. Что такое тревожность	25
Тревожные разум и тело	25
Тревога в мозге	26
Тревога в теле	26
Откуда берется тревога	27
Типы тревожности	31
Специфическая фобия	31
Социальное тревожное расстройство	32
Паническое расстройство	32
Агорафобия	32
Генерализированное тревожное расстройство	32
Все может наладиться	32
Проверка и анализ	34
Глава 2. Когнитивно-поведенческий подход	35
КПТ: краткая история	37
Первая волна	37
Вторая волна	38
Третья волна	38
Принципы КПТ	38

Активное взаимодействие	39
Структурный подход к решению проблем	39
Почему это работает	40
Мотивация к изменениям	42
Возьмите ответственность за свое благополучие	43
Проверка и анализ	44

Часть II

Предпринимаем шаги 45

Неделя 1. Что вас тревожит? 47

Познакомьтесь со своей тревогой	48
Физиологические симптомы	48
Когнитивные симптомы	49
Поведенческие симптомы	50
Тест на приближение к пугающим ситуациям	51
Триггеры тревоги	53
Сферы жизни, затронутые тревогой	54
Социальные взаимодействия	54
Образование и работа	55
Здоровье и благополучие	56
Ежедневные обязанности	56
Другие факторы	57
Постановка целей	57
Список целей	58
Дневник беспокойства	59
Устраняйте сомнения	61
Ваши сильные стороны	62
Проверка и анализ	64
План работы	65

Неделя 2. Определите паттерны своих мыслей 67

Бесполезные мысли	67
Типы тревожных мыслей	68
А если...	68

Самокритика	70
Роль жертвы	71
Как мысли вызывают тревогу	73
Определите свои мысли	74
Типичные паттерны мыслей	76
Специфическая фобия	76
Генерализированное тревожное расстройство	77
Социальное тревожное расстройство	78
Паническое расстройство	80
Агорафобия	81
Определите глубинные убеждения	82
Диаграмма глубинного убеждения Джека	82
Дневник мыслей	83
Отслеживайте свой прогресс	84
Проверка и анализ	85
План работы	86
Неделя 3. Вырвитесь из паттерна негативных мыслей	87
Боязнь высоты Лолы	87
Почему мы держимся за свои убеждения	88
Оспаривайте негативные мысли	91
Когда мысли верны	94
Измените глубинные убеждения	95
Выработка альтернатив	96
Типичные глубинные убеждения	99
Специфическая фобия	99
Социальное тревожное расстройство	100
Паническое расстройство и агорафобия	101
Генерализированное тревожное расстройство	102
Соединяем все вместе	103
Боязнь сойти с ума или потерять контроль	103
Саботаж	104
Проверка и анализ	105
План работы	106

Неделя 4. Прокрастинация, паника и беспокойство (как избавиться от того, что вас тормозит)	107
Паралич действия: история Грега	108
Прокрастинация	109
Как вас тормозит страх	110
Страх перед неудачей или неодобрением	110
Информационная перегрузка	111
Непереносимость неопределенности	111
Плохая привычка	112
Преодолейте прокрастинацию, связанную с тревожностью	113
Паника	115
Ослабьте восприятие опасности	115
Копинг-стратегии	116
Беспокойство	119
Стоит ли беспокоиться	120
Триггеры беспокойства	121
Отпустите свое беспокойство	122
Проявляйте свои чувства	123
Исследуйте свои беспокойства	124
Проверка и анализ	125
План работы	126
 Неделя 5. Практикуем новое поведение (вернуться к нормальной жизни и посмотреть в глаза своему страху)	 127
Страх сцены: история Кэти	128
Что такое экспозиционная терапия	130
Стремление к совершенству	131
Построение иерархии страха	133
Почему экспозиция помогает	137
Посмотрите в глаза своему страху	139
Успех или провал	142
Примеры иерархий страха	143
Специфическая фобия	143
Социальное тревожное расстройство	144

Паническое расстройство и агорафобия	145
Генерализированное тревожное расстройство	146
Проверка и анализ	147
План работы	148
Неделя 6. Как практиковать релаксацию и осознанность	149
Всегда на грани: история Кевина	150
Реакция релаксации	151
Зачем нужно практиковать релаксацию?	152
Погружение в глубокую релаксацию	152
Работа дыхания	153
Мышечная релаксация	154
Прогрессивная мышечная релаксация	154
Визуализация и управляемая визуализация	156
Погружение в чувства	156
Я не могу замедлиться	158
Осознанность	160
Как быть осознанным	161
Медитация	161
Сдвиг сознания	162
Пассажиры в автобусе	164
Проверка и анализ	165
План работы	166
Неделя 7. Завершаем путь	167
Путь самопомощи	168
Достигнутый прогресс	169
Что вас тормозит	172
Время подводить итоги	173
Основные принципы	173
Если тревога возвращается	174
Триггеры рецидива	174
Предотвращение рецидива	176
Прибегайте к помощи	177

Лучшее — еще впереди	178
Заключительный анализ	179
План работы	180
Заключение. В долгосрочной перспективе	181
Приложение А. Форма отслеживания прогресса	183
Инструкции	183
Приложение Б. Бланки форм	189
Дневник беспокойства	189
Форма оспаривания мыслей	192
Иерархия страха	193
Дневник событий, поддерживающих новое глубинное убеждение	194
Список литературы и источников	195
Книги	195
Социальное тревожное расстройство	195
Генерализированное тревожное расстройство	196
Паническое расстройство и агорафобия	196
Специфические фобии	196
Онлайн-ресурсы	196
Группы поддержки	196
Интерактивные программы	197
Информация	197
Поиск психотерапевта	198
Релаксация	198
Приложения	198
Ссылки	199
Предметно-именной указатель	205

Глава 2

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

В этой главе мы узнаем, что такое когнитивно-поведенческая терапия — как зародился этот метод, как он работает и каковы его основные принципы. К концу главы у вас должно появиться представление о том, почему КПТ может помочь справиться с тревогой.

Для начала давайте рассмотрим, как возникает паническая атака, на примере одной ситуации.

Дин летит в “Боинге-737”, возвращаясь домой после встречи с семьей. Он сидит в пятом ряду возле окна. Стюардессы раздают завтрак, их тележки блокируют проход. Слева от него пассажир уснул с открытым откидным столиком.

Вид, открывающийся из окна Дина, медленно исчезает. Салон самолета полон пассажиров, которые обсуждают свои планы после посадки.

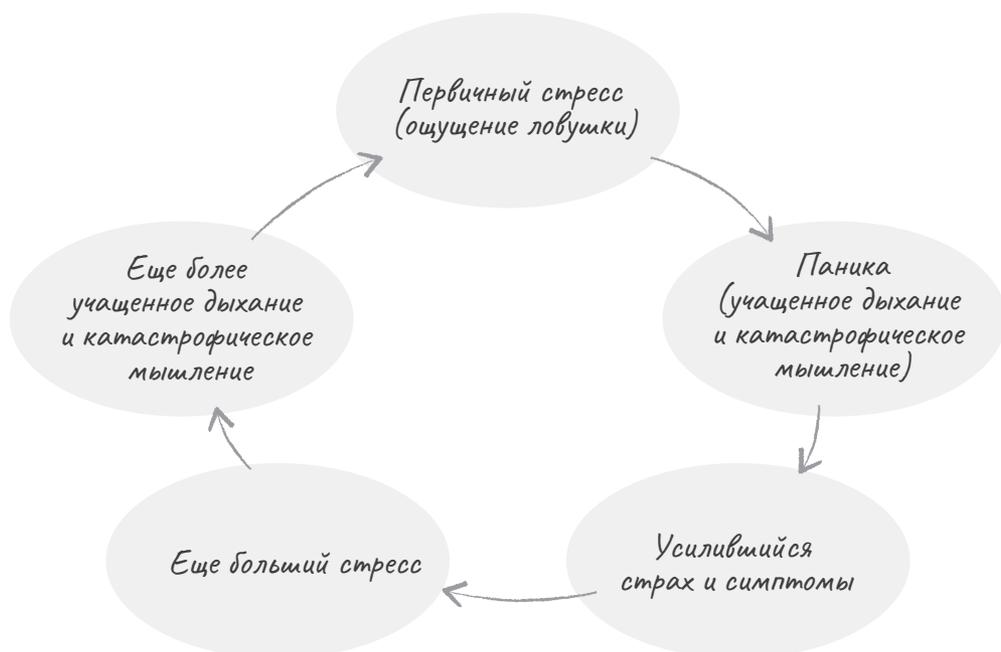
Внезапно Дин ощущает себя в ловушке. Ему кажется, что на него давят стены самолета. Его зрение сужается, он чувствует, что не может вдохнуть воздух. Дин поворачивается, чтобы сказать что-то стоящей в проходе стюардессе, но слова не выходят из его рта. Он хочет встать, но чувствует, что его ноги превращаются в цементные блоки. В ужасе Дин понимает, что задыхается. “Я умру, если не выберусь отсюда прямо сейчас”, — думает он. Его сердце колотится так, что его стук отдается в ушах, Дин ощущает покалывание в руках и головокружение. “А если у меня случится сердечный приступ?!” — думает он и дышит еще чаще.

Дин приходит в ужас от мысли, что вот-вот потеряет контроль, упадет в обморок или его стошнит. Это ощущение продолжается примерно 10 минут, а затем медленно проходит, хотя он чувствует себя полностью вымотанным весь остаток полета.

После этого Дин не может понять, что произошло. Он записывается на прием к врачу, убежденный в том, что с ним что-то не так. Он боится, что такое может повториться снова, и начинает избегать мест, где чувствует себя в ловушке, например лифтов и многолюдных мероприятий.

Дин пережил паническую атаку. Во время приступа паники его мысли о том, что нужно убежать или получить неотложную помощь, только подпитывали тревогу. Поэтому можно рассматривать переживание Дина как замкнутый круг.

ЗАМКНУТЫЙ КРУГ ПАНИКИ ДИНА



Если бы Дин был знаком с принципами когнитивно-поведенческой терапии, то увидел бы связь между своими мыслями, тревожными чувствами и научился разрывать замкнутый круг сразу после первичного стресса. Чтобы понять, как КПТ может помочь Дину, давайте рассмотрим, как развивалась терапия и ее основные принципы.

КПТ: краткая история

Зачатки когнитивно-поведенческой терапии можно обнаружить еще в древней Греции. Например, греческий философ Эпиктет, преодолевший огромные преграды на пути к успеху, был убежден, что для выявления и отказа от ложных убеждений, питающих разрушительные эмоции, нужно использовать логику. Тем не менее когнитивно-поведенческая терапия стала популярной только в 1980-х годах.

ПЕРВАЯ ВОЛНА

Говорят, что необходимость — мать всех изобретений, то же самое можно сказать и о возникновении КПТ. Конец 1940-х гг. был ознаменован большим количеством ветеранов Второй мировой войны, страдавших от тревоги и депрессии, поэтому психотерапевты искали краткосрочные методы лечения. Фрейдистская психоаналитическая терапия — наиболее распространенный метод лечения в то время — уже не отвечала требованиям пациентов и терапевтов. Психологическое лечение нуждалось в изменении.

Давайте вернемся немного назад. Наверное, вы слышали о русском физиологе И. П. Павлове. В 1890-х годах он сформулировал концепцию условного рефлекса. Проводя опыты в своей лаборатории, он обнаружил, что собаки, которых кормили по сигналу звонка, на знакомый звук бессознательно научились выделять слюну. Работа Павлова имела огромное значение, так как доказала, что страх может быть обусловлен. Затем в 1920 г. американский психолог Джон Б. Уотсон развил опыты Павлова. С помощью эксперимента под названием “Маленький Альберт” он показал, что ребенка можно научить бояться пушистых животных, если показывать их в сопровождении громкого шума. Позже американский психолог Б. Ф. Скиннер, автор теории оперантного обусловливания, показал, как путем подкрепления и наказания можно формировать поведение.

На основе этих принципов в 1950–1960-х гг. был создан новый метод лечения (известный как *поведенческая терапия*), который сразу был принят за основу на нескольких континентах. Ранние поведенческие методы фокусировались на усилении воздействия пугающих объектов или ситуаций, как, например, метод систематической десенсибилизации, разработанный южноафриканским психиатром Джозефом Вольпе. По сей день поведенческие методы остаются важным компонентом КПТ.

ВТОРАЯ ВОЛНА

К концу 1960-х гг. психологическая наука была готова к большим переменам. Было признано важное значение мыслей (когниций) в эмоциях и поведении человека, и начали обрисовываться очертания когнитивной революции. С ее началом психотерапевты стали принимать в расчет не только поведение клиента, но и его мысли. Вместо того чтобы представлять людей как собак Павлова, непосредственно реагирующих на внешние события, психология рассматривала их мысли как связующее звено между внешними событиями, чувствами и поведением.

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия ставила целью изменить не только поведение, но и убеждения, установки, способы мышления и ожидания. В 1980–1990-х гг. когнитивный и поведенческий методы объединились и образовали новый тип терапии. Влиятельными фигурами в этот период стали основатель рационально-эмоционально-поведенческой терапии американский психолог Альберт Эллис и отец когнитивной терапии американский психиатр Аарон Т. Бек.

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

В новом тысячелетии когнитивно-поведенческая терапия вновь претерпела изменения. В этот период, известный как *третья волна*, при разработке методов лечения психотерапевты учитывали не столько содержание мыслей, сколько сам процесс мышления. Если прямо сейчас я попрошу вас не думать о шоколадном торте, какая первая мысль придет вам на ум? Правильно, съесть маленький кусочек. Согласно КПТ новой волны контрпродуктивно пытаться контролировать мысли и эмоции. За последний период появились такие новые методы лечения, как терапия принятия и ответственности (ТПО) и диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), включившие в традиционную КПТ концепции принятия и осознанности.

Независимо от использования конкретных методов, когнитивно-поведенческая терапия стала основной формой лечения разных психических расстройств. В следующем разделе мы рассмотрим подход КПТ и узнаем, как он работает.

Принципы КПТ

Основные характеристики когнитивно-поведенческой терапии можно сгруппировать вокруг двух общих принципов: активное взаимодействие клиента с терапевтом и структурный подход к решению проблем. Когда мы будем обсуждать характеристики КПТ, вы заметите, что в терапии акцент

делается на временных рамках лечения. В соответствии со структурным подходом большинство клиентов проходят лечение во временном промежутке от нескольких недель до нескольких месяцев. Давайте подробнее рассмотрим два главных принципа КПТ.

АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Совместная работа. Представьте, что вы лечитесь у терапевта, который читает вам лекции и обесценивает вас. Даже если лечение приносит пользу, оно оставляет чувство того, что вам не удастся справиться с проблемами. Напротив, в когнитивно-поведенческой терапии терапевт и клиент вместе работают над поисками путей к изменению. Этот процесс зависит от хорошего *терапевтического альянса*: терапевты КПТ проявляют сочувствие, заботятся, умеют слушать, гордятся вашими успехами и ждут обратной связи. С помощью процесса, называемого *направляемое открытие*, они выявляют, как мысли и поведение влияют на тревогу. Этот процесс включает в себя изучение доказательств, проверку истинности мыслей, обнаружение автоматических мыслей и выработку более адаптивных реакций — и все это терапевт и клиент делают вместе.

Акцент на обучении. Клиенты КПТ не просто практикуют новые навыки. Также они узнают о своих тревожных расстройствах и модели, лежащей в основе КПТ. Обучение является важным аспектом данного вида терапии.

Активность и ориентация на навыки. В ходе КПТ терапевт и клиент вместе решают, над чем работать, как часто встречаться и что брать в качестве домашнего задания. Со временем клиент начинает играть более активную роль и обучается навыкам предотвращения рецидивов после окончания лечения.

Акцент на практике. В КПТ клиент не может выключать свой мозг каждую неделю на один час, поручая другому человеку менять его. Он сам должен проделать работу, чтобы получить пользу от этого вида терапии.

СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ

Концентрация на настоящем. Вместо того чтобы фокусироваться на причинах стресса, КПТ работает над тем, чтобы уменьшить стресс в настоящее время. Прошлое становится важным предметом обсуждения, только если продолжает удерживать клиента в плену своих проблем.

Временные рамки. Большинству клиентов с легкими или умеренной сложности проблемами можно помочь за 6–20 сеансов. Иногда в конце лечения проводят ускоренные сеансы для закрепления взятого материала, но КПТ — это лечение, ограниченное временными рамками.

Структуризация. Каждый сеанс КПТ проходит в структурном формате: регистрация, итоги предыдущей недели, повестка дня текущей недели, проверка домашнего задания, проблемы текущей недели, новое домашнее задание, подведение итогов и обратная связь. Таким образом, клиенты знают, чего ожидать, и могут сами использовать эти же принципы после окончания лечения.

Эмпирическая обоснованность. КПТ использует методы, прошедшие проверку и доказавшие свою эффективность. Терапевт выбирает методы КПТ, которые лучше всего помогают в решении проблем конкретного клиента.

ПОЧЕМУ ЭТО РАБОТАЕТ

С самого начала в когнитивно-поведенческой терапии клиентов разными способами нацеливают на успех.

Давайте вернемся к Дину.

Врач назначил Дину необходимые медицинские обследования, которые не выявили никаких проблем со здоровьем. Дин вернулся к повседневной жизни, но вскоре на работе пережил еще одну паническую атаку. Подозревая, что у Дина приступы паники, врач предложил ему встретиться с когнитивно-поведенческим терапевтом, чтобы изучить связь между его мыслями, чувствами и поведением. Дин опасался психотерапевтов, но решился на визит.

Принимая в расчет беспокойство Дина по поводу терапии, лечащий врач удачно предложил ему КПТ. Дин сможет стать активным участником лечения и научиться самостоятельно применять методы психотерапии. Он будет чувствовать, что его ценят и понимают в отношениях “терапевт — клиент”. Со временем Дин начнет внедрять в повседневную жизнь новые мысли и способы поведения. Чем больше он будет практиковать эти мысли и способы поведения, тем быстрее сделает их новым способом взаимодействия с миром.

Также Дин будет приятно удивлен, что не потратит много времени, потому что терапия краткосрочная. Он будет чувствовать мотивацию приходить каждую неделю и продолжать лечение. После завершения терапии он неизбежно будет сталкиваться с новыми случаями паники, однако то, чему Дин научится в КПТ, поможет ему выработать лучшие способы на них реагировать.

ДРУГИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Помимо традиционной КПТ, для лечения тревожности можно использовать и другие виды терапии.

Терапия принятия и ответственности (ТПО), созданная в 1986 г. профессором психологии Стивеном Хайесом, опирается на буддийскую философию. Цель ТПО — помочь клиенту научиться принимать, а не устранять негативные мысли. Принципы ТПО включают когнитивное отстранение (дистанцирование от тревожных мыслей), принятие, осознанность, самонаблюдение, определение ценностей и взятие на себя ответственности за достижение целей.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) объединяет методы КПТ с понятиями, взятыми из восточной медитации, с целью достижения принятия и изменения. Созданная в конце 1980-х годов психологом Маршей Линехан ДПТ фокусируется на том, как человек взаимодействует с другими людьми. В диалектической поведенческой терапии клиенты обучаются осознанности, межличностным навыкам, стрессоустойчивости и эмоциональной регуляции. Как правило, ДПТ применяется для решения более серьезных проблем и обычно включает групповую терапию.

Интерперсональная психотерапия (ИПТ) — это краткосрочное лечение, разработанное в 1980-х годах Джеральдом Клерманом и Мирной Вайсман. ИПТ фокусируется на социальных контекстах расстройств и улучшении межличностного функционирования. В этом смысле ИПТ хорошо помогает при лечении социального тревожного расстройства.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) иногда используется для лечения панических атак и фобий с помощью процессов, похожих на сновидения “быстрого движения глаз”, или REM-фаз сна. С помощью ДПДГ клиенты обучаются реагировать на тревожные события меньшим стрессом.

Психоанализ основан на психодинамической теории, созданной Зигмундом Фрейдом. Целью этой долгосрочной терапии является раскрытие и проработка скрытых конфликтов, которые считаются причиной расстройств.

Мотивация к изменениям

Некоторым людям для изменения своего отношения к тревоге требуется мотивация. Возможно, трудности кажутся им слишком большими. Как правило, планируя изменения, все проходят пять этапов.

Предварительное обдумывание. На этапе предварительного обдумывания вы хотите снизить тревогу, но еще не взяли на себя обязательства меняться.

Обдумывание. На этапе обдумывания вы планируете работать над снижением тревоги в будущем, но еще не предпринимаете никаких действий в этом направлении.

Подготовка. На этапе подготовки вы активно планируете, как будете снижать тревогу в ближайшее время.

Действие. На этапе действия вы активно работаете над изменениями, связанными с тревогой.

Поддержка. На этапе поддержания вы работаете над тем, чтобы не вернуться снова к старым паттернам тревожных мыслей и поведения.

Если вы читаете это, то, скорее всего, уже прошли первые два этапа и активно планируете бороться со своей тревогой. Но, если вам все еще трудно взять на себя обязательство меняться, задайте себе следующие вопросы и напишите ответы.

Каковы плюсы (минусы) лечения тревоги?

Какой будет ваша жизнь спустя 20 лет, если вы все еще будете испытывать тревогу? Какой она будет без нее?

Возьмите ответственность за свое благополучие

Хоть я и старалась, чтобы эта рабочая тетрадь была максимально простой, пришло время и вам выполнить свою работу. Скорее всего, в течение следующих семи недель жизнь подбросит вам немало проблем, но пусть вас это не пугает. Найдите для их решения время, как если бы пытались найти время для физических упражнений, здорового питания и нужного количества сна. Ваше психическое здоровье заслуживает такого же внимания.

Каждую неделю планируйте свой график так, чтобы прочитать одну главу и выполнить упражнения. Ставьте отметку в календаре по окончании каждой недели. Обводите последний день недели красным карандашом, чтобы у вас перед глазами был дедлайн. Помните: это всего лишь семь недель. В любом случае время пройдет, но вы можете провести его с пользой для себя.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ

Обязательно посоветуйтесь с лечащим врачом или специалистом в области психического здоровья, прежде чем предпринимать дополнительные меры по борьбе с тревогой.

Техники релаксации, такие как медитация осознанности, прогрессивная мышечная релаксация, контролируемое дыхание и визуализация, показали свою эффективность в лечении тревоги.

Биологическая обратная связь — эмпирически обоснованный метод лечения, включающий обучение клиента тому, как осознавать свои тревожные реакции, использовать релаксацию и контролировать активность мозга.

Гипнотерапия — метод, признанный в 1958 г. Американской медицинской ассоциацией (АМА) эффективной лечебной процедурой. Ее цель состоит в отделении реакции тревожности от внешних триггеров.

Добавки, например корень валерианы, пассифлора, ромашка, иногда используются для лечения тревоги. Тем не менее они не регулируются Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США.

Ароматерапия включает применение эфирных масел для успокоения тревоги.

Акупунктура использует тонкие острые иглы, которые вставляются в определенные точки на поверхности кожи, соответствующие различным органам, для активации в мозге естественных обезболивающих.

