

# Содержание

---

<b>Об авторах</b>	13
<b>О серии “Эффективные методы современной терапии”</b>	16
<b>Глава 1. Вводная информация для психотерапевтов</b>	19
Разработка данной терапевтической программы и ее фактологическая основа	19
Составляющие КПТ для лечения паники и агорафобии	23
Экономически выгодное лечение паники и агорафобии	24
Фармакологическое лечение паники и агорафобии	25
Переменные, связанные с психотерапевтом	27
Краткое изложение данной терапевтической программы	28
Кому пойдет на пользу данная терапевтическая программа	31
Что делать при наличии других недугов	32
Оценивание	33
Лекарства	35
Кто должен проводить данную терапевтическую программу	36
Привлечение бывших клиентов в качестве котерапевтов	37
Дополнительные возможности	38
Групповые терапевтические сессии в сравнении с индивидуальными	38
Частота встреч	39
Обязательно ли проходить всю терапевтическую программу	39
Преимущества данного издания	39

---

Предоставление клиентам полной рабочей книги или по частям	42
Стоимость рабочей книги клиента	43
<b>Глава 2. Природа панического расстройства и агорафобии</b>	45
Диагностические критерии панического расстройства	45
Диагностические критерии агорафобии	46
Диагностические критерии приступа паники	47
Особенности панического расстройства и агорафобии	47
Психобиологическая концептуализация	49
Первоначальные приступы паники	52
Развитие агорафобии	56
Ночная паника	58
<b>Глава 3. Краткое описание процедур и основных терапевтических принципов</b>	61
Краткое описание процедур	61
Механизмы экспозиционной терапии	62
<b>Глава 4. Введение в терапевтическую программу</b>	71
Поведение психотерапевта	71
Информация о приступах паники, паническом расстройстве и агорафобии	72
Фрагменты клинических интервью	73
Нетипичные и проблематичные реакции	76
<b>Глава 5. Регистрация признаков паники и тревоги</b>	79
Поведение психотерапевта	79
Ведение записей	80
Тревога в сравнении с паникой	81
Форма “Запись приступа паники”	81
Форма “Ежедневная запись настроения”	83
Форма “Запись достигнутого прогресса”	84
Фрагменты клинических интервью	85

Нетипичные и проблематичные реакции	86
Домашнее задание	87
<b>Глава 6. Негативные циклы паники и агорафобии</b>	<b>89</b>
Поведение психотерапевта	89
Циклы паники и агорафобии	89
Пошаговый анализ приступа паники	91
Фрагменты клинических интервью	91
Нетипичные и проблематичные реакции	94
Домашнее задание	95
<b>Глава 7. Приступы паники не опасны</b>	<b>97</b>
Поведение психотерапевта	97
Объективное представление о панике	97
Фрагменты клинических интервью	99
Нетипичные и проблематичные реакции	102
Домашнее задание	103
<b>Глава 8. Составление иерархии агорафобических ситуаций</b>	<b>105</b>
Поведение психотерапевта	105
Просмотр записей	106
Составление иерархии агорафобических ситуаций	106
Индивидуальная иерархия агорафобических ситуаций	107
Фрагменты клинических интервью	107
Нетипичные и проблематичные реакции	110
Домашнее задание	111
<b>Глава 9. Навыки дыхания</b>	<b>113</b>
Поведение психотерапевта	113
Гипервентиляция	114
Навыки дыхания	114
Упражнение на диафрагмальное дыхание	115
Фрагменты клинических интервью	115

---

Нетипичные и проблематичные реакции	117
Домашнее задание	118
Поведение психотерапевта	119
Замедленное дыхание	119
Фрагменты клинических интервью	119
Нетипичные и проблематичные реакции	120
Домашнее задание	121
Поведение психотерапевта	122
Применение совладания	122
Фрагмент клинического интервью	123
Нетипичные и проблематичные реакции	123
Домашнее задание	124
Поведение психотерапевта	124
Нетипичные и проблематичные реакции	124
Домашнее задание	125
<b>Глава 10. Навыки мышления</b>	127
Поведение психотерапевта	127
Тревога и негативное мышление	128
Распознавание негативных мыслей	128
Запись негативных мыслей	129
Фрагменты клинических интервью	129
Нетипичные и проблематичные реакции	130
Поведение психотерапевта	131
Оценивание негативных мыслей	132
Реалистичная вероятность	133
Фрагменты клинических интервью	134
Нетипичные и проблематичные реакции	137
Домашнее задание	138
Поведение психотерапевта	139
Преувеличение опасений	140
Изменение перспективы	141
Фрагменты клинических интервью	142

Нетипичные и проблематичные реакции	143
Домашнее задание	144
Поведение психотерапевта	145
Воспоминание о наихудшем приступе паники	146
Фрагмент клинического интервью	146
Нетипичные и проблематичные реакции	147
Домашнее задание	148
<b>Глава 11. Столкновение с агорафобическими ситуациями</b>	149
Поведение психотерапевта	149
Экспозиция <i>in vivo</i>	150
Проведение экспозиции <i>in vivo</i>	154
Фрагменты клинических интервью	155
Нетипичные и проблематичные реакции	158
Домашнее задание	159
Поведение психотерапевта	160
Подведение итогов за последнюю неделю	160
Фрагменты клинических интервью	162
Нетипичные и проблематичные реакции	164
Домашнее задание	166
Поведение психотерапевта	166
Переживание физических симптомов в агорафобических ситуациях	166
Фрагменты клинических интервью	169
Нетипичные и проблематичные реакции	171
Домашнее задание	172
<b>Глава 12. Привлечение других лиц</b>	173
Поведение психотерапевта	173
Привлечение близких людей	173
Привлечение близких людей к упражнениям на экспозицию	174
Фрагменты клинических интервью	175

---

Нетипичные и проблематичные реакции	177
Домашнее задание	178
<b>Глава 13. Переживание физических симптомов</b>	179
Поведение психотерапевта	179
Боязнь физических симптомов	180
Упражнения на переживание физических симптомов	181
Повторяющаяся экспозиция	183
Фрагменты клинических интервью	184
Нетипичные и проблематичные реакции	186
Домашнее задание	187
Поведение психотерапевта	188
Подведение итогов	188
Фрагменты клинических интервью	189
Нетипичные и проблематичные реакции	191
Домашнее задание	192
Поведение психотерапевта	193
Практика вовлечения в повседневную деятельность	193
Фрагменты клинических интервью	196
Нетипичные и проблематичные реакции	196
Домашнее задание	197
Поведение психотерапевта	198
Подведение итогов	198
Фрагменты клинических интервью	198
Нетипичные и проблематичные реакции	200
Домашнее задание	200
<b>Глава 14. Лекарства</b>	203
Поведение психотерапевта	203
Лекарства от тревоги и паники	203
Отвыкание от лекарств	204
Сочетание лекарств с данной терапевтической программой	204

Фрагменты клинических интервью	205
Нетипичные и проблематичные реакции	206
Домашнее задание	208
<b>Глава 15. Достижения, их сохранение и предотвращение рецидива</b>	209
Поведение психотерапевта	209
Оценивание достигнутого прогресса	209
Планы практических занятий	210
Долгосрочные цели	211
Завершение терапевтического курса	212
Фрагменты клинических диалогов	213
Нетипичные и проблематичные реакции	216
<b>Глава 16. Модификация программы для учреждений     первичного здравоохранения</b>	219
Продолжительность и график лечения	220
Терапевтические условия	220
Отбор клиентов	220
Терапевтическая структура	221
<b>Библиография</b>	225
<b>Предметный указатель</b>	225

**Краткое описание процедур**

---

Рабочая книга клиента по терапевтической программе *МАР-IV* состоит из четырех основных частей. В первой части излагаются основы и содержится следующее:

- 1.** Информация образовательного характера, предназначенная для устранения неверных сведений и представлений о соматических ощущениях, тревоге и панике.
- 2.** Описание порядка самостоятельного ведения записей в специальных формах, что способствует объективному самосознанию и научному подходу к собственной тревоге и панике.

Вторая часть рабочей книги клиента посвящена навыкам совладания с тревогой и паникой и содержит следующее:

- 1.** Тренинг навыков дыхания, научающий медленному и дифрагмальному дыханию.
- 2.** Когнитивная реструктуризация, иначе называемая навыками мышления, предназначенная для выявления и замещения тревожных и ошибочных мыслей более реалистичными на основе свидетельств.

Третья часть рабочей книги клиента посвящена экспозиции и содержит следующее:

- 1.** Экспозиция *in vivo* ситуаций, где предвидится появление приступов паники или похожих на панику симптомов. Характерными примерами таких ситуаций служат кинотеатры, рестораны, торговые центры и длинные очереди. Условием проведения экспозиции *in vivo* является исключение всех видов безопасного поведения (например, стремления на что-то или кого-то опереться) и сигналов безопасности (пустых пузырьков из-под лекарств), которые невольно усиливают страх.



**2.** Интероцептивная экспозиция, предназначенная для систематического и контролируемого выявления соматических ощущений. Повторяющаяся экспозиция приводит к повышению толерантности к подобным ощущениям, что помогает избавиться от явного или неявного их избегания и снижает страх перед ними. Интероцептивная экспозиция включает как имитационные упражнения (например, вращение в кресле, намеренная гипервентиляция), так и повседневную деятельность в естественных условиях (например, физической активности в спортзале, вождения автомобиля в жаркую погоду). И в этом случае исключение безопасного поведения и сигналов безопасности имеет решающее значение. Кроме того, интероцептивная экспозиция является составной частью экспозиции *in vivo*.

Четвертая часть рабочей книги клиента посвящена планированию на будущее и содержит следующее:

- 1.** Обсуждению лекарств и способов их отмены.
- 2.** Предотвращению рецидива.

## **Механизмы экспозиционной терапии**

---

Мы считаем, что за терапевтические изменения отвечают несколько механизмов. Здесь кратко описываются наиболее релевантные из них, поскольку их знание упрощает эффективное планирование терапевтического курса.

### **Габитуация**

Термин *габитуация* обозначает снижение силы реакции на повторяющиеся стимулы. Это означает, что страх человека убывает по мере того, как он снова и снова сталкивается с тем, чего боится. По всей вероятности, чрезмерно высокое возбуждение препятствует габитуации. Кроме того, габитуации препятствуют длительные интервалы между экспозициями. Но маловероятно, чтобы габитуация служила причиной долгосрочного ослабления страха, поскольку она не относится к процессам научения, и со временем происходит отвыкание от габитуационных реакций.

## Угасание

Термин *угасание* обозначает снижение реакции вследствие повторения неподкрепляемой реакции: повторяющееся столкновение с вызывающими страх стимулами (*условный раздражитель*, УР) не приводит к негативным последствиям (*безусловный раздражитель*, БУР). Таким образом, человек, боящийся высоты, вследствие повторяющейся экспозиции научается тому, что он не упадет вниз. Феномен угасания подтверждаются тем фактом, что одна продолжительная экспозиция обычно оказывается более эффективной, чем серия коротких экспозиций той же в сумме продолжительности. Ведь повторяющаяся экспозиция предоставляет достаточно времени для научения отсутствию аверсивных последствий. Именно по этой причине в данной рабочей книге клиента рекомендуется продолжать интероцептивную экспозицию после того, как будут отмечены соматические ощущения; также рекомендуется продолжать экспозицию *in vivo* вызывающих страх агорафобических ситуаций.

Джозеф Вольпе (*Wolpe, 1958*) объяснял угасание контрбусливанием или реципрокной ингибацией. Конкретнее, когда антагонистичная тревоге реакция происходит в присутствии вызывающих тревогу стимулов, что приводит к полному или частичному подавлению тревожной реакции и ослаблению связи между стимулом и тревожной реакцией. Но предложенная Дж. Вольпе модель была подвергнута критике, поскольку экспозиция может быть эффективной и без антагонистичных тревоге реакций. В ответ на эту критику Дж. Вольпе (*Wolpe, 1990*) предположил существование множества непредусмотренных факторов реципрокной ингибации, включая присутствие самого психотерапевта, что противодействует тревоге во время экспозиционной терапии. Конечно, данное положение требует эмпирического подтверждения.

Последующие модели обусловливания поддерживают мнение о том, что угасание включает новое научение ингибированию ассоциаций между УР и БУР, что противоположно отучению от первоначальной ассоциации между УР и БУР. Так, М. Э. Бутон и его соавторы (*Bouton, 1993*) предполагают, что первоначальное возбуждающее значение УР не стирается во время угасания, а, напротив, происходит научение его дополнительному ингибирующему

*значению*. Такое двойственное значение УР создает неоднозначность, которая разрешается только контексте, в котором предъясняется УР. Здесь М. Э. Бутон применяет аналогию с неоднозначным словом. Так, реакция на слово “огонь” зависит, главным образом, от контекста, в котором оно появляется. В частности, слово “огонь” может вызвать паническую реакцию в заполненном театре, но вряд ли возбудит малейшую реакцию в тире на ярмарке. Таким образом, контекст определяет значение, которое проявляется в данный момент. В терминах, имеющих отношение к лечению тревоги, соматические ощущения могут означать “внезапную смерть”, если они испытываются в контексте, напоминающем человеку о сильных приступах паники, которыми он страдал до начала лечения, тогда как те же самые ощущения могут означать нечто “неприятное, но безвредное”, когда они испытываются в контексте, напоминающем человеку о его терапевтическом успехе. Отсюда главный вывод: экспозицию следует проводить в как можно более разнообразных контекстах, чтобы минимизировать контекстную специфичность ослабления страха и повысить вероятность ингибирующих или не вызывающих страх значений в любых контекстах, где клиент может столкнуться со стимулом по завершении лечения.

### **Самоэффективность и контроль**

Как следует из теории *самоэффективности*, терапевтический успех зависит от уверенности человека в своей способности справиться с определенной задачей (*Bandura, 1977*). Самоэффективность отличается от *ожидаемых результатов*, означающих воспринимаемую вероятность и значение негативных событий. Ожидаемая эффективность оказывает влияние на выбор деятельности и установок, определяя затрачиваемые усилия и стойкость перед лицом препятствий или аверсивного опыта. Иными словами, от самоэффективности зависит совладание с вызывающими страх ситуациями. Как предполагается, самоэффективные суждения происходят из четырех основных источников: достигнутые успехи, словесные убеждения, косвенный опыт и физиологическое возбуждение. Первый из этих источников наиболее важный, ведь именно достигнутые успехи служат

наиболее очевидным свидетельством собственных способностей и навыков.

С самоэффективностью связано представление о том, что страх снижается по мере увеличения воспринимаемого контроля (Barlow, 1988). В частности, изменение *тенденции действовать исходя из страха* на ее противоположность, или ослабление побуждений к избегающему поведению приводит к ощущению, что события или эмоции более не являются бесконтрольными, а это, в свою очередь, ослабляет страх и тревогу. Этого можно достичь путем предотвращения тенденции действовать исходя из страха или поддержки соперничающих с ней тенденций, в том числе тех, которые отличаются позитивными эмоциями (например, юмор).

### **Эмоциональная обработка**

Понятие *эмоциональной обработки* было впервые ввел С. Дж. Рахман (Rachman, 1981) и впоследствии расширили Э. Б. Фoa и М. Дж. Козак (Foa & Kozak, 1986). В нем сочетаются концепции габитуации и когнитивной модификации, за которыми стоят два необходимых условия ослабления страха: его полная активация и внедрение нового материала, несовместимого с вызывающими страх воспоминаниями, что формирует новые воспоминания. Самым эффективным способом активации страха является непосредственная экспозиция вызывающих страх стимулов. Согласно такой модели, повторяющаяся экспозиция делает несовместимой информацию, которая поступает от кратковременной физиологической габитуации, диссоциируя стимул и реакцию (научение тому, что стимул может появиться и в отсутствие возбуждения). Габитуация между терапевтическими сессиями обусловлена изменениями в значениях, которые приписываются стимулу и реакции (т.е. риск вреда снижается, и аффективная валентность становится менее негативной), что меняет ожидаемые последствия. Таким образом, имеются три показателя эмоциональной обработки: свидетельство первоначального физиологического возбуждения и воспринимаемый дистресс (т.е. активация страха); постепенное ослабление реакций во время экспозиции (т.е. габитуация во время терапевтических сессий); ослабление первоначальных

реакций на стимул от экспозиции к экспозиции (т.е. габитуация между терапевтическими сессиями).

### **Нарушение ожиданий и толерантность к страху**

По данным недавних исследований, ни физиологическая габитуация, ни ослабление страха *во время экспозиции* не предопределяют общий результат (см., например, *Craske & Mystkowski, 2006*), но самоэффективность через достижение успеха предопределяет общее ослабление фобий (см., например, *Williams, 1992*), и толерантность к страху и тревоге является более важным опытом научения, чем исключение страха и тревоги (см., например, *Eifert & Forsyth, 2005*). Поэтому основное внимание теперь должно быть сосредоточено на пребывании в фобической ситуации вплоть до того момента, когда клиенты научатся одному из двух: то, что их наиболее беспокоит, случается редко, а то и вообще не происходит, или же они могут совладать с фобическим стимулом и перенести тревогу.

Таким образом, продолжительность экспозиции должна зависеть не от ослабления страха, а от условий, необходимых для нового научения, которое постепенно снижает страх и тревогу от экспозиции к экспозиции. По существу, уровень страха или его снижение на протяжении отдельной экспозиции больше не считается показателем научения, но, скорее, рефлексией достигнутого успеха. Показателем научения является уровень тревоги, которую клиент испытывает в следующий раз или немного позже при столкновении с фобической ситуацией.

И это еще одна причина, по которой так важно заменить бегство и избегающее поведение, включая безопасное поведение или полагание на сигналы безопасности, толерантностью к страху и тревоги. Активное избегание играет центральную роль в порождении страха. Активация автономной нервной системы в ответ на состояния сильного страха или тревоги, является механизмом выживания (реакцией “борьбы или бегства”), основное назначение которого — подготовить организм к таким видам защитного поведения, как бегство, борьба или ступор. Предварительное избегание в предвосхищении опасности (т.е. агорафобическое избегание) более вариабельно и подвержено влиянию индивидуальных

отличий в выученных способах приближения и избегания. Тем не менее, почти каждый клиент, страдающий паническим расстройством (ПР), использует то или иное предварительное избегание, полагаясь на сигналы безопасности (например, стремление держаться поблизости от медицинских учреждений, постоянное ношение с собой анксиолитиков), безопасное поведение (включая стремление занять свой ум другими мыслями, чтобы не думать о панике; совершение размеренных телодвижений, чтобы не допустить необычные ощущения; опирание на стены, чтобы не упасть; стремление не ввязываться в споры или другие источники эмоционального возбуждения), или просто на избегание конкретных ситуаций. В рабочей книге клиента описываются способы отучения как от активного, так и от предварительного избегания.

### Клинический случай

Когда С. направили на лечение, ей было 28 лет, она была замужем, и у нее было двое детей трех и пяти лет. Свой первый приступ паники С. пережила приблизительно за год до первичного оценивания. Ее отец умер за три месяца до ее первого приступа паники. Его смерть была неожиданной и произошла вследствие инсульта. Помимо скорби по своему отцу, С. стала сильно беспокоиться по поводу того, что с ней также может случиться инсульт. Как сообщила С., до смерти своего отца она никогда не испытывала ничего подобного приступам паники, как, впрочем, и чрезмерного беспокойства по поводу ее здоровья вообще. Очевидно, что потеря отца внезапно изменила направленность ее внимания, и с этого у нее и начался цикл тревоги.

Неожиданная смерть отца стала причиной того, что у С. повысилось осознание неминуемости собственной смерти, особенно с учетом того, что “в жизни все так непредсказуемо”. С момента смерти отца и до своего первого приступа паники С. становилась все более сенситивной к своим соматическим ощущениям. После первого приступа паники С. весьма настороженно относилась к ощущениям покалывания в коже головы, боли вокруг глаз и онемению рук и ног, особенно с левой стороны ее туловища. Она истолковывала подобные симптомы как явные признаки надвигающегося инсульта. Более того, ее опасения стали

более обобщенными, и поэтому она начала бояться и других физических симптомов, в том числе затрудненного дыхания и учащенного сердцебиения.

Опасения С. привели к значительным изменениям в ее жизненном укладе, хотя характер ее избегания не был выраженно агографобическим. Она продолжала функционировать дома и на работе в ролях матери и конторской служащей. Тем не менее, в результате тревожности по поводу паники С. стала избегать ничем не занятого времени, когда могли появиться мысли о “своем самочувствии” и довести ее до паники. В действительности, С. стала принимать участие в работе нескольких организаций и обществ, заниматься самой разнообразной деятельностью, тем самым отвлекаясь от своих чувств. С. испытывала трудности с отходом ко сну, и поэтому у нее выработалась привычка засыпать, когда она смотрела телевизор. Она ограничила свои физические упражнения из-за симптомов, которые они вызывали, хотя раньше любила бегать трусцой. Она избегала регулярных медосмотров, поскольку боялась, что врач обнаружит у нее свидетельства микроинсультов или надвигающегося обширного инсульта. Уровень своего эмоционального возбуждения С. старалась поддерживать на минимальном уровне, и поэтому избегала напряженных ситуаций как в межличностных отношениях, так и на работе, боясь спровоцировать панику. Она избегала также кофеина из-за тех симптомов, которые он вызывает. Кроме того, она старалась не думать о смерти своего отца, поскольку скорбь о нем быстро переросла в страх и панику.

С. чувствовала, что вся ее жизнь сосредоточилась вокруг переживания паники и инсульта. И хотя ее опасения по поводу инсульта были наиболее сильными на пике приступов паники, боязнь инсульта присутствовала и в другие моменты ее жизни. С. была здорова (медосмотр не выявил никаких физических нарушений) и не принимала никаких лекарств. На протяжении года после первого приступа паники частота ее приступов сильно разнилась, хотя они не прекратились полностью. Уровень ее тревоги по поводу возобновления паники и связанных с ней угроз продолжал оставаться высоким в течение всего года. По результатам клинического интервью и самомониторинга,

наиболее выраженными симптомами паники у С. были следующие: онемение, затрудненное дыхания, учащенное сердцебиение и боязнь смерти. Помимо опасений по поводу инсульта, С. очень беспокоило, что станет с ее семьей, если она умрет, а ее дети останутся без матери. Эти соображения были непосредственно связаны со страданиями, которые она сама перенесла после смерти отца.

С. прошла курс лечения по предлагаемой нами программе. Первоначально она очень хорошо реагировала на корректирующую информацию и когнитивную реструктуризацию, поскольку была в состоянии противиться своим мыслям об инсульте, принимая во внимание медицинские свидетельства и фактическую вероятность. Она осознала, что слишком переоценивала вероятность своего инсульта и неверно истолковывала физические симптомы как признаки его приближения. Но иногда С. использовала такую информацию как способ обнадежить себя, не до конца понимая роль тревожного мышления. Это означает, что хотя такая информация и обнадеживала ее, но не вошла в новый образ ее мыслей.

Она и дальше оставалась чувствительной к таким признакам надвигающейся паники, как учащенное сердцебиение или затрудненное дыхание, которые были вызваны физической нагрузкой или были результатом нормальных колебаний состояния ее организма. И только на этапе интероцептивной экспозиции ее чувствительность к физическим симптомам и опасения по поводу инсульта существенно снизились. С. была научена навыкам дыхания и успешно пользовалась ими, чтобы, несмотря на тревогу, продолжать начатое, вместо того чтобы отступить в “безопасное” место. Первоначально она применяла навыки дыхания, чтобы предотвратить негативные переживания по поводу паники или инсульта. Тем не менее, С. научилась применять навыки дыхания в качестве адаптивной стратегии, позволяющей лицом к лицу столкнуться со своими страхами, а не как попытку предотвратить возможные ужасные последствия.

С. обнаружила, что после следующих интероцептивных упражнений у нее возникали ощущения, очень похожие на ее естественные переживания: гипервентиляция, задержка дыхания,



дыхание через соломинку и подъем по лестнице. Это были те ощущения, которые ее наиболее тревожили. Первоначально упражнения повышали настороженность С. по отношению к соматическим ощущениям, и поэтому она паниковала чаще, чем в предыдущие месяцы. В конечном счете, ее сенситивность снизилась благодаря практике. К видам повседневной деятельности, порождавшим у С. физические симптомы, относилось лежание на кровати без включенного телевизора, объективное осмысление своих соматических ощущений, быстрая ходьба в одиночку, употребление кофе, чтение информации об инсульте, мысли о смерти ее отца и плавание. Некоторые из этих видов повседневной деятельности давались С. трудно, поскольку она не могла избавиться от сопровождавших их физических ощущений. Но она осознала, насколько важно быть толерантной к своим ощущениям и не расценивать их как опасные для жизни, и, в конечном счете, стала меньше тревожиться.

С. испытала несколько приступов паники в течение первых недель лечения, их частота возросла с началом интероцептивной экспозиции, после чего пошла на убыль. Ее убеждения по поводу вероятности инсульта и опасения по поводу благополучия детей убавились вместе с ослаблением общей тревоги и паники. К концу лечения некоторые другие особенности ее жизни изменились без прямого вмешательства со стороны психотерапевта. С. сообщила, что она стала заниматься работой и семьей уже не ради того, чтобы как-то отвлечься от своей тревоги, а ради непосредственного участия и удовольствия. Кроме того, С. прошла офтальмологическое обследование, которого она избегала шесть-семь предыдущих месяцев, боясь, что оно выявит следы микроинсульта. В конце терапевтической программы С. переоценила свое самочувствие и решила, что имеется очень мало свидетельств надвигающегося инсульта. Такое состояние сохранялось у нее в течение полугода после итогового оценивания по завершении лечения.

---