



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

**ЕКСПОЗИЦІЯ IN VIVO В РОБОТІ З ФОБІЯМИ
(НА ОСНОВІ ВИПАДКІВ)**

Ірина Малік

Львів – 2021

План:

I. Огляд проблеми.....	2
I.1. Визначення терміну «експозиція in vivo»	2
I.2. КПТ-модель тривожних розладів.....	3
II. Впровадження експозиції in vivo.....	8
II.1 Опис випадку соціальної фобії	8
II.2 Вибіркові сесії з експозицією in vivo у пацієнта з ОКР.....	26
II.3 Вибіркові сесії з експозицією in vivo у пацієнтки з іпохондричним розладом.	30
III. Підсумок	32
IV. Бібліографія	33

I Огляд проблеми

I. 1 Визначення терміну «експозиція in vivo»

Когнітивно-поведінкова терапія має багато дієвих засобів у подоланні різних розладів, у тому числі і фобічних. Експозиційна терапія допомагає поступово полегшити власну здатність справлятися з лякаючими речами. Виконуючи вправи, які називаються «експозиціями», люди поступово навчаються менше реагувати на речі, які раніше викликали у них занепокоєння. Регулярні експозиції – це науково доказаний спосіб покращити симптоми різних тривожних розладів. Під час експозиції пацієнти представляють або спостерігають у реальності те, що викликає у них тривогу та занепокоєння.

Існує 3 види методів експозиційної терапії:

1. Експозиція in vivo. Вправи цього виду передбачають фізичну присутність того, що лякає пацієнта. Наприклад, якщо людина боїться висоти, то діючими практиками для неї можуть бути: перебування на вишках, колесі огляду, підймання по високих сходах та інші.
2. Експозиція в уяві (in vitro). Сутність вправ цього виду – уявити якомога яскравіше те, що лякає, без його фізичної присутності або доторкання до нього. Ці вправи можуть продовжуватися як декілька хвилин, так і набагато довше. Такий вид експозицій також включає багаторазове повторення вправ в уяві.
3. Експозиція віртуальної реальності. Це технологія, яка вперше була застосована в експозиційній терапії у 1990-х роках. На початку передбачалося, що цей метод застосовуватимуть для допомоги людям, які боялися літати, або військовим з ПТСР. Це гібрид експозиції в уяві та in vivo. Такий вид відтворює образи, звуки та інші відчуття лякаючої ситуації засобами, які здаються цілком реальними.

Експозиція in vivo – це систематичне, наближене до реального життя втручання. Вона може відбуватися декількома способами: під керівництвом психотерапевта або самостійно, градуйовано чи інтенсивно, масовано чи з проміжками часу, з подовженим перебуванням в ситуації чи можливістю вийти з неї, з долученням до неї уваги чи відволіканням.

При експозиції in vivo пацієнт стикається зі стимулами, які викликають тривогу та страх у реальному житті. При цьому людина поступово змінює власну оцінку травмуючих ситуацій, поступово звикає до них і як наслідок, відбувається

габітуція – тривожність поступово згасає. Мета цього методу – позбавити людину «страху перед страхом». За допомогою процедур пролонгованого занурення у стресогенне середовище *in vivo* біхевіоральні принципи дозволяють успішно справлятися з фобіями [5]. Раціональне обґрунтування такого занурення передбачає звикання до психофізіологічних реакцій, пов'язаних зі страхом, та поступове згасання унікаючої поведінки.

У даній роботі представлені описи деяких сесій з експозицією *in-vivo* у пацієнтів з соціальною фобією (представлений опис випадку), obsесивно-компульсивного розладу та пацієнтки з іпохондричним розладом.

1.2. КПТ - модель тривожних розладів

Серед психічних розладів найпоширенішими є тривожні розлади. Вони суттєво впливають на якість життя людини, погіршують її якість, спричиняють страждання. Тому дуже важливо розуміти когнітивноповедінкову модель терапії тривожних розладів як втручання першого вибору, включеного у сучасні емпіричні протоколи особам з тривожними розладами. Сумарно тривожні розлади відносяться до групи найбільш поширених психіатричних розладів. Так, у США, країні, у якій ведуться ретельні епідеміологічні дослідження, позитивний ризик для особи становить 28,8 %, поширеність у популяції — 18,1 % дорослого населення, 25,1 % підлітків (NIMH, 2012). Загальна поширеність тривожних розладів у дітей — близько 20 % (Morris, 2004). Порівняння поширеності окремих тривожних розладів у дорослих подано на рис. 1.



Рисунок 1. Показники поширеності окремих тривожних розладів у дорослих у США (за даними NIMH, 2012)

Емпірично доведена ефективність КПТ пов'язана із тим, що модель КПТ базується на сучасних наукових підходах розуміння механізмів тривоги, страху та відповідних патогенетичних, нейробіологічних основ розвитку окремих тривожних розладів.

КПТ-модель тривожних розладів дуже добре описана в статті О. Романчука «Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності» [9]. КПТ-модель тривожних розладів пояснює механізм переходу нормальної тривоги, яка має лінійний характер, у тривожний розлад, при якому тривога має циклічний характер. Нормально система тривоги діє як у людини, так і у тварин для того, щоб відповідним чином забезпечувати виявлення небезпеки/загрози, а потім і відповідну мобілізацію організму (психофізіологічна відповідь на тривогу) й адекватну поведінкову реакцію, скеровану на нейтралізацію небезпеки.

При тривожних розладах тривожна реакція зациклюється, а відповідно утворюється підтримуючий цикл, що веде не до скорочення тривоги, а до її підтримки. Це пов'язано з тим, що когнітивні інтерпретації, що робить людина, набувають неадекватного характеру, та/або тим, що способи подолання тривоги ведуть лише до тимчасового її зменшення, але загалом не вирішують проблеми тривоги, а скоріше сприяють її повторній появі.

Поведінка уникнення веде до того, що немає можливості перевірити правильність когнітивних інтерпретацій, і вони залишаються незмінними. Внаслідок циклічності підтримуючих процесів тривога набуває постійного характеру, неадекватного ступеню загрози, починає впливати негативно на якість життя особи, у людини розвивається тривожний розлад у тій чи іншій формі. Залежно від специфічного типу тривожного розладу підтримуючі цикли можуть мати різний характер, але загальний принцип циклічності зберігається (рис. 2).

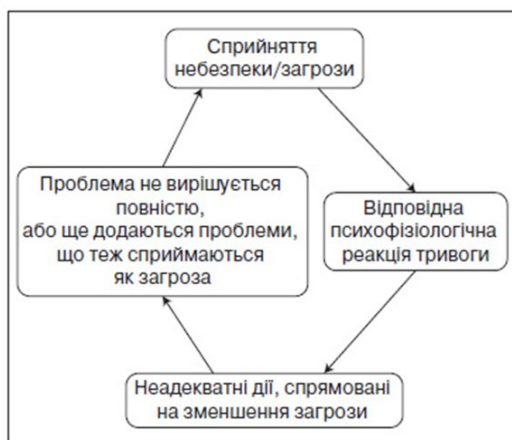


Рисунок 2. Циклічний характер тривоги при тривожних розладах

У розвитку такого роду підтримуючих циклів ключову роль відіграють неадекватні когнітивні інтерпретації, які ведуть до сприйняття певних нейтральних або умовно безпечних, хоч і неприємних ситуацій як небезпечних, а також неадекватні поведінкові відповіді, які, у свою чергу, посилюють проблеми. Когнітивний стиль багатьох пацієнтів із тривожними розладами характеризується типовими когнітивними спотвореннями, такими як катастрофізація, перебільшення, «читання думок», «яснобачення», емоційне мислення тощо. Окрім когнітивних спотворень, що ведуть до створення суб'єктивної реальності, переповненої відчуттям загрози/небезпеки там, де насправді її нема або ж статистичний ризик її дуже низький, характерними є теж помилкові інтерпретації різних стимулів. Відповідно, при тривожних розладах класичний для КПТ когнітивний принцип — ми не стільки реагуємо на реальність, скільки на нашу інтерпретацію реальності, — веде до того, що реальність інтерпретується невідповідно небезпечною й людина починає постійно перебувати у стані тривоги (рис. 3).

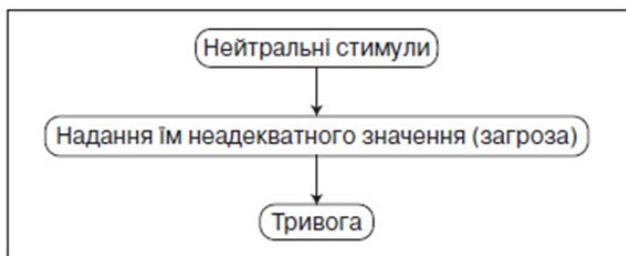


Рисунок 3. Роль когнітивних факторів у походженні тривожних розладів

Поведінковий компонент підтримуючих циклів при тривожних розладах пов'язаний із неадекватними діями, які робить людина, щоб зменшити тривогу/відчуття загрози. Причому ці дії можуть проявлятися як у зовнішній поведінці, так і у внутрішніх, ментальних діях. При тривожних розладах дії, спрямовані на нейтралізацію небезпеки, переважно є неадекватними і скоріше ведуть до посилення розладу, ніж до його редукції. Найбільш класичною поведінковою реакцією є поведінка уникнення усіх тих ситуацій, що пов'язані з можливим розвитком тривоги. Особа через поведінку уникнення не дає можливості відбутися габітуації (згасанню тривоги при достатньо тривалій експозиції до тривожного стимулу), а також коригувати когнітивні переконання (рис. 4).

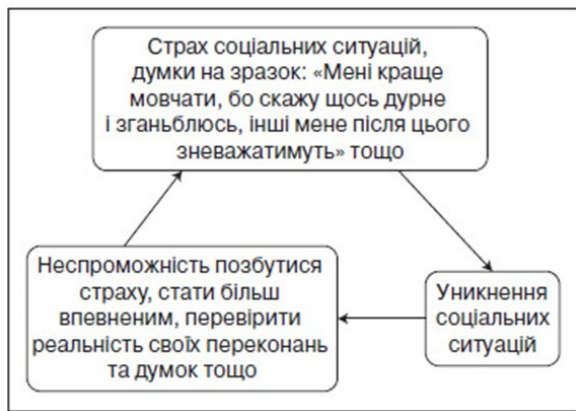


Рисунок 4. Приклад ролі поведінки уникнення в підтримуючому циклі соціальної фобії

Не менш важливою складовою неадекватної поведінки, що веде до формування підтримуючих циклів, є невідповідне фокусування уваги. Наприклад, в особи, яка переживає різні тілесні симптоми тривоги, які вона інтерпретує як ознаки недиагностованої тілесної недуги, постійне фокусування уваги на тілі, прислуховування до того, є симптоми чи нема, веде до більшої реєстрації різних тілесних відчуттів, які знову ж таки отримують відповідні негативні інтерпретації, що спричинює тривогу й генерування нових тілесних симптомів.

Розуміння ролі підтримуючих циклів у сучасній КПТ є центральним щодо тлумачення механізму розвитку тривожних розладів та ефективних підходів до їх терапії. Підтримуючі цикли пояснюють, які механізми підтримують існування тривожного розладу тут і тепер. При тривожних розладах неадекватні когнітивні інтерпретації та дії у відповідь на ситуацію, що сприймається як загрозлива, ведуть до того, що тривога не згасає, а розгорається. З точки зору ефективних втручань ми розуміємо, що робота «тут і тепер» у КПТ є дуже важливою, часто центральною: якщо зупинити підтримуючий цикл, то розлад приречений на згасання.

У розумінні етіопатогенетичного походження тривожних розладів КПТ інтегрує знання сучасної нейробіології, зокрема ролі генетичних факторів та тривожного темпераменту як факторів схильності. До цих факторів можна віднести й негативний травматичний досвід у дитинстві, який міг спричинити відчуття, що світ небезпечний і щось погане рано чи пізно станеться. Це так звана схема очікування на небезпеку, а також інші психосоціальні впливи, які могли вплинути на формування низької самооцінки і невпевненості в собі, моделювали тривожні переживання тощо.

На дію підтримуючих циклів будуть впливати модифікуючі фактори. До таких факторів можуть відноситися наявні на даний момент у житті особи ресурси (соціальні, психологічні, духовні тощо), а також негативні фактори (наприклад, подружній конфлікт, безробіття тощо). Відповідно, у кожному конкретному випадку особи з тривожним розладом ми маємо неповторний процес, який, попри те, що він проявляється типовими симптомами тієї чи іншої форми тривожного розладу, може мати специфічні фактори схильності, критичні події, модифікуючі фактори та підтримуючі цикли. Попри те, що у КПТ є специфічна модель для кожного тривожного розладу, що враховує як специфічну схильність, так і типові підтримуючі цикли для того чи іншого розладу, реальна терапія завжди заснована на ретельному обстеженні та індивідуальному формулюванні випадку.

Когнітивно-поведінкова модель терапії тривожних розладів впливає з моделі розуміння походження та розвитку специфічних розладів. Можна сказати, що з огляду на наголошену вище важливість підтримуючих циклів метою є вироблення адекватного сприйняття та коупінг-реакції, що переведуть тривогу з циклічного процесу в лінійний, що сприятиме поступовому згасанню тривоги та редукції розладу.

Попри те, що існує загальна модель специфічних розладів, пацієнти навіть з однаковими підвидами тривожних розладів становлять дуже гетерогенну групу: із різними формами розладу, різною супутньою патологією тощо. Тому КПТ завжди індивідуалізована, вона виходить із ретельного обстеження випадку, побудови індивідуального формулювання випадку та терапевтичного плану. Обстеження у моделі КПТ виходить за межі класичного психіатричного обстеження, метою якого є встановлення діагнозу. У процесі обстеження відбувається співпраця пацієнта й терапевта з метою встановлення специфічних проявів тривоги, думок, дій та детальної «інвентаризації» наявних підтримуючих процесів тощо. Це дозволяє спільно побудувати діагностичне формулювання, яке є своєрідною картою розладу і планом психотерапевтичних втручань. У процесі цього важливо, щоб пацієнт за допомогою технік КПТ (кероване відкриття, сократівські запитання) зміг відкрити та ідентифікувати специфічні підтримуючі цикли взаємодій між думками, емоціями, поведінкою, тілесними симптомами тривоги. У процесі побудови формулювання терапевт також надає психоедукаційну інформацію пацієнту щодо конкретного розладу, намагається нормалізувати досвід пацієнта та інсталювати надію (надаючи інформацію про дані доказової медицини, щодо можливості ефективного лікування тощо).

II. Впровадження експозиції in vivo

II.1 Опис випадку соціальної фобії

Епідеміологічні дослідження свідчать, що соціальний тривожний розлад — один із найпоширеніших розладів психічного здоров'я, можливість виникнення якого впродовж життя становить приблизно 12–15 %. Дані більшості досліджень вказують на вищу поширеність розладу серед жінок (чоловіки:жінки = 2:3), водночас і вираженість симптомів тривоги серед осіб жіночої статі також є вищою [10]. Опитування, проведені у низці європейських країн, свідчать, що тільки невеликий відсоток людей із згаданим розладом (3–7 %) виявляють під час звернень до лікарів первинної ланки з приводу тривалих соматичних скарг, і лише 15 % людей самостійно звертаються за психотерапевтичною допомогою щодо соціальної фобії. Частіше дебют соціальної фобії стартує у підлітковому та молодому дорослому віці (хоча може бути і з дитинства) - середньо 13 років.

Андрій, 19 років, звернувся до спеціаліста, коли побачив в соціальних мережах та інтернеті позитивні відгуки лікування соціальної фобії. Місяцями виношував цю ідею та згодом, після бесіди з друзями, які розповіли що знайомий успішновилікувався від соціальної фобії, наважився. Хлопець навчається на інженерному факультеті технічного вузу та планує пов'язати своє життя з великим містом та корпораціями по будівництву. В планах переїхати, але страх багатьох соціальних ситуацій буде заважати нормальному життю та влаштуванню на роботу.

Зовнішньо Андрій виглядає тендітно, має миловидні риси обличчя, гарну зачіску з довгим волоссям, тож в умовах карантину під маскою та в зимовому одязі його можна переплутати з дівчиною. Голос слабкий, тихий, але мовлення розвинене, вміє підбирати слова для чіткого опису свого стану. Пацієнт дуже чутливий до любих проявів хоча б незначного недобррозичливого погляду або зауваженню на його адресу.

Неодружений, дітей не має. Були спроби мати стосунки з дівчиною на 2 роки старшою за нього. Але за ініціативою хлопця стосунки були розірвані. Він пояснив це тим, що протягом всього часу спілкування з дівчиною було відчуття, що він знаходиться під пильною увагою: потрібно було погоджувати свої плани з нею, мати постійний телефонний або візуальний зв'язок, тож «на себе» часу не було, не мав можливості зануритися в творчість, як раніше (писати вірші, малювати). Після цього в стосунках не перебував.

Єдине місце, де відчуває себе захищеним та у безпеці це будинок, де проживає вся його родина, там він захищений від поглядів інших високим забором. Додатковим стресом виявилось те, що з початку навчального року потрібно було їздити громадським транспортом до іншого корпусу університету, тож двічі на день Андрію приходилося стояти в черзі на зупинках, де зазвичай багато людей. Карантинні обмеження та дистанційне навчання трохи згладили ситуацію, але на онлайн-заняттях вимагали не вимикати камери, тож хлопцю було завжди не по собі, коли його декілька годин розглядали по той бік екрана однокурсники.

Андрій перед початком терапії спланував, що він буде вирішувати наступні завдання для себе: 1. Стати впевненим в собі, прийняти себе. 2. Позбутися страху перебування в соціальних ситуаціях (спілкування, перебування з людьми в одному просторі). 3. Вміти керувати власним емоційним станом та тілесними проявами тривоги. 4. Стати вільним від оцінювання інших людей, навчитися нейтральному ставленню до недобррозичливих поглядів. 5. Позбавитися пригніченого стану.

Пацієнт мотивований до роботи, бо має цікавість до психології та погляд на власне життя без соціальної фобії. В його житті був період, коли він відчував «крила за спиною», свободу від зовнішньої оцінки, впевненість у собі. Це було кожного разу, коли він змінював навчальний заклад. В інтерпретації Андрія зміна кола оточуючих автоматично означала, що люди будуть сприймати його неупереджено, таким, яким він хотів показати себе, у новому образі, без старих штампів сприйняття. В перший раз він змінив школу з поглибленим вивченням англійської, але декілька однокласників перейшли разом з ним в ту ж саму школу. Вони перенесли туди модель відношення та стосунків з Андрієм, які були раніше, тож продовжили сміятися з нього, зневажати, показувати іншим учням що він нікчема, а іноді й цькували. Вдруге хлопець змінив оточення, коли вступив до вищу. Натхненний новими знайомствами, новим життям, він почувався вільно, міг бути самим собою, почав експериментувати з зовнішністю та стилем. Але до цього університету на той же самий факультет прийшли його бувші знайомі та при зустрічі підсміювалися із сміливості Андрія, при нагоді зачіпали його словами. Тож хлопець знову замкнувся, негативні минулі стани депресивного настрою та соціальна фобія повернулися у його життя.

Постійно відчуває провину що не може отримати задоволення від спілкування, що насторожено ставиться до людей та завчасно очікує від них негативної реакції. Йому здається, що всі помічають його незграбність та

соціальну некомпетентність. Усвідомлення цієї думки посилює почуття провини та сором. До своєї зовнішності Андрій ставиться дуже прискіпливо. Його одяг завжди охайний, взуття начищене, волосся гарно прибране. Рухи обмежені та виважені, хлопець не робить жодного «зайвого» руху, кроки робить невеличкі, руки мовби прикуті до тіла, вираз обличчя беземоційний. Як наслідок заниженої самооцінки, соціальної фобії та самоізоляції, напруження і страху критики розвинулася легка форма депресії, що проявляється у зменшенні радості від життя, пригніченому настрої, почутті провини і нікчемності, небачення свого щасливого майбутнього.

Сімейний анамнез

Батьки пацієнта розлучилися, коли йому було 3 роки. Мама одразу ж вийшла заміж за іншого чоловіка, який прийняв хлопця та усиновив його. Хлопець завжди був з батьками, навіть коли вони були довгий час на заробітках, то брали його з собою. Він ходив у дитячий садок, з цього періоду має гарні яскраві спогади. З мамою завжди були довірливі стосунки, вона активно підтримувала хлопця, намагалася розвивати його творчі таланти. Мама також мала проблеми з однокласниками, її обзивали «товстухою» та «пампушкою», ніхто не хотів з нею дружити, та і вона ні з ким не спілкувалася, щоб зайвий раз не чути в свій бік насмішки. Через це часто сумувала, депресувала. Але коли поступила в технікум, то змогла подолати страх спілкування. Тож можемо вважати, що в Андрія присутній генетичний компонент соціофобії та депресивності. Зараз в сім'ї жінка головує, в прийнятті рішення за нею останнє слово. Андрій відчуває це як постійний тиск, але підкорюється, бо вважає це гарним вихованням. Коли він подорослішав, то все менше розказував мамі про свої проблеми, щоб вона не засмучувалася. З вітчимою стосунки нормальні, але не настільки довірливі.

Соціальний анамнез

Перший негативний досвід спілкування з однолітками зазнав у 5 класі. Булінг відбувався з боку фізично сильніших та активних хлопців. Як такої критичної події не було, тому що йдеться про травму розвитку: постійне насміхання та цькування через маленький зріст та худорлявість. Діти не обмежувалися тільки психологічним насильством. Вони штовхали Андрія на перервах у коридорі, псували йому речі, клеїли образливі слова ззаду на піджаку. Мама декілька разів приходила до школи щоб поговорити з кривдниками, але через те ще більше наражала сина на посмішки з боку однокласників. В результаті негативного досвіду спілкування Андрій ізолювався, замкнувся в собі.

В старшій школі терпів зневажливе ставлення до себе з боку неформальних лідерів класу, не міг протистояти, дати відсіч, тож терпів. Вважався мовчуном, іноді приймав участь у шкільних концертах (це вартувало багатьох зусиль, просто не міг відмовити вчительці). Відвідував декілька разів шкільного психолога з метою покращити соціальні навички та позбутися сором'язливості при спілкуванні з людьми.

Травмаспецифічний анамнез.

Вступ до вищу сприйняв як можливість проявити себе («нове життя – новий стильний образ»), стати зовнішньо цікавим, більш яскравим, позбутися сором'язливості та самотності. На дизайнерських сайтах він дивився сучасні моделі одягу та деякі елементи взяв до уваги. Він дивився у дзеркало у сам собі подобався, здавався собі елегантним та цікавим, знайомі казали йому, що він змінюється на краще. Сам Андрій говорить, що у нього тоді «з'явилися крила». Одного разу біля навчального закладу хлопець стикнувся з компанією однокурників. Один з них, грубий і зухвалий, фізично розвинений, коли проходив повз Андрія, спеціально штовхнув його плечем та голосно сказав «гомосексуаліст», при цьому використав ненормативну лексику. Поруч стояла компанія хлопців та дівчат, вони засміялися. Хлопець тоді відчув сором, ніби насправді був таким.

Після цієї події зникло бажання стильно одягатися, навпаки, хотілося бути непримітним, сховатися від поглядів. Кожного разу, коли Андрій виходив на вулицю, йому здавалося, що всі люди осудливо дивляться на нього, вважають нікчемною. З'явився пригнічений настрій, ангедонія. Мало місце незначне притуплення реагування на зовнішні подразники, виникло відчуття відчуженості від людей, відстороненість. Проявилася надмірна настороженість та необхідність в надмірному контролі, постійному «скануванню» простору, території поза межами власного будинку щодо небезпечності, наявності скупчень людей. Медикаментозного лікування не приймав, до психіатра або соматичних лікарів не звертався. За порадами мами приймав валеріанку, але це не допомогло.

Андрій вміє дружити, протягом декількох років підтримує близькі довірливі стосунки з двома-трьома друзями.

Обстеження Андрія складалося із опитувальників SPIN, SPRS, шкала депресії PHQ-9, первинного інтерв'ю у форматі КПТ.

Для розуміння причин актуального стану разом з пацієнтом складене формулювання (рис. 5).

Рисунок 5. Діагностичне формулювання за Д. Вестбруком



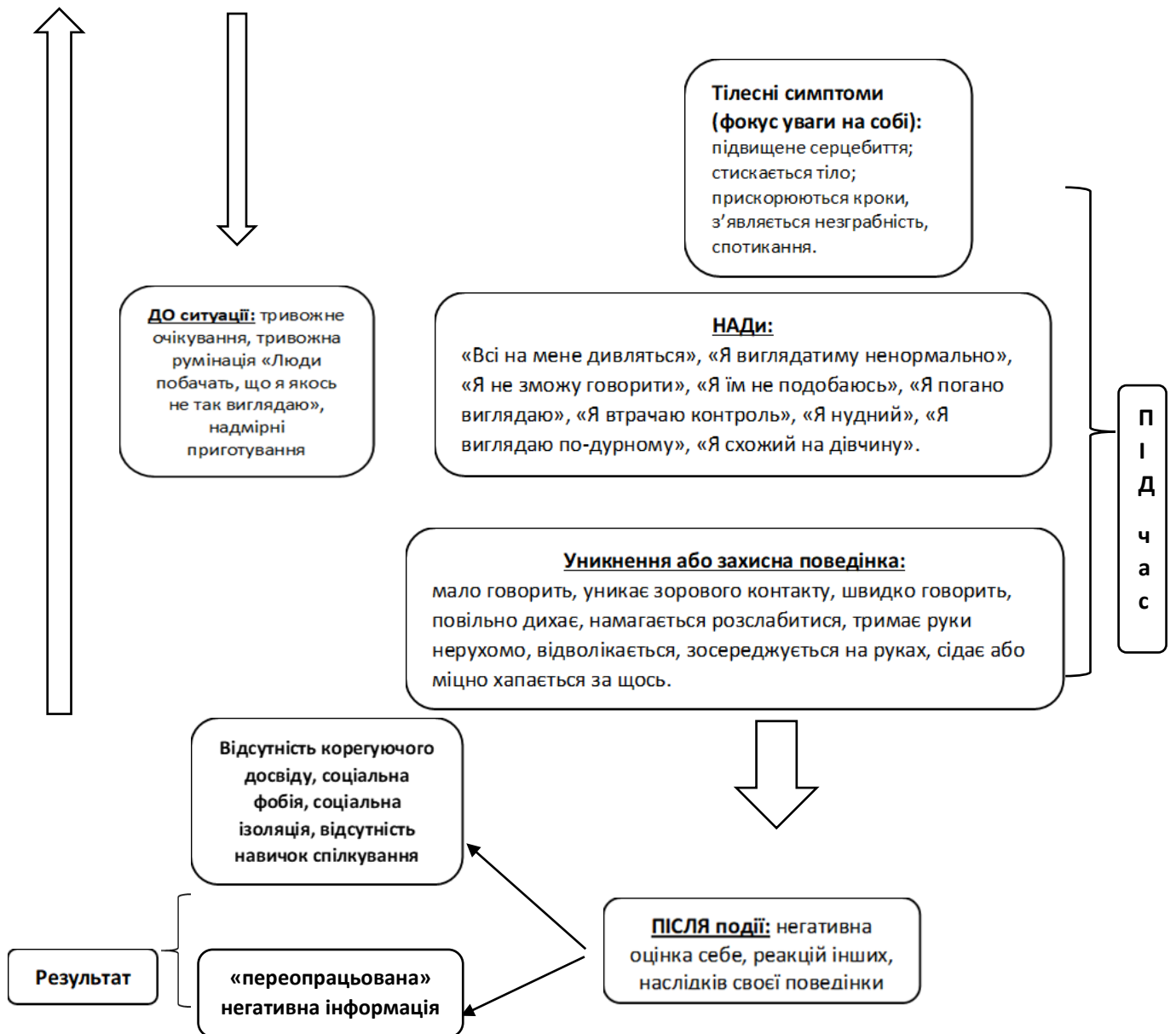
Разом з пацієнтом уточнені цілі терапії:

1. Попри страх бути серед людей без унікаючої та захисної поведінки.
2. Позбавитися депресії, навчитися запобігати їй.
3. Розвинути адаптивну самооцінку: прийняти себе, вільно проявляти власні емоції, думки, знайти людей, яким можна довіряти.

Розуміння підтримуючих циклів соціальної фобії та умовної самооцінки є ключовим у подоланні потреби пацієнта щодо подоланні депресії (яка є наслідком соціофобії) та набуття впевненості у соціальних ситуаціях і толерантності до критики – як зовнішньої так і внутрішньої. Тож на основі отриманої інформації, формулювання та результатів опитувальників, складені цикли (рис. 6)

Рисунок 6. Формулювання пацієнта з соціальною фобією

Негативна оцінка себе, своїх соціальних навичок, оцінки себе іншими в соціальних ситуаціях: «Я виглядатиму ненормально», «Люди презирливо будуть на мене дивитися» (пройти повз людей, стояти на зупинці, увійти/вийти з маршрутки, скупуватися в маленькому магазині та ін.)



Цикл депресії підтримується румінацією, думками «Я схожий на дівчину», «Я буду все життя боятися людей». Цикл умовної самооцінки складається з глибинних переконань «Я не такий, як усі, я гірший», «Люди кривдять, засуджують» та правила життя «Краще себе не показувати, уникати, мовчати, щоб не засудили», яке відноситься до обох ГП. Наслідком такої життєвої стратегії є відсутність корегуючого досвіду, соціальна ізоляція, депресія, недостатність прояву власної аутентичності, умовна самооцінка.

План терапії

При складанні терапевтичного плану враховувалися особливості даного пацієнта.

- Інтровертованість, емоційна чутливість та компетентність, високий рівень рефлексії, здатність аналізувати, готовність експериментувати.
- Можливість отримати підтримку від близьких осіб як модифікуючий позитивний фактор.
- Розгалужена ресурсна мережа, яка включає активності, пов'язані з фізичними навантаженнями, творчістю, соціальною взаємодією.
- Високий рівень резильєнтності: в усіх життєвих ситуаціях намагався втримати почуття власної гідності. Зазвичай хлопець має позитивну орієнтацію до майбутнього, але зараз тривожиться і висловлює занепокоєння щодо втілення планів, бо бачить перешкоди. Сильна мотивація щодо терапії – це не тільки повернутися до нормального життя, але втілити у життя власну мрію – приймати участь у плануванні та будівництві «мегаполісів майбутнього». Тож ризики покинення терапії пацієнтом мінімальні.
- Частково інтегрований негативний досвід, який був у минулому: булінг наразі не є яскравим травматичним матеріалом та сприймається як неприємність, яка вже пережита та забута.

Спосіб мислення Андрія подібний до методів когнітивно-поведінкової терапії. Хлопець навчається на інженерному факультеті, і з одного боку, це структурована робота з алгоритмами, вміння бачити причинно-наслідкові зв'язки. З іншої сторони, він творча особистість, тож спрогнозовано, що експеріментальні техніки, робота з уявою будуть органічні та ефективні в реалізації терапевтичного плану для даного пацієнта. В терапії використовується протокол роботи з соціальною фобією та елементи протоколу роботи з депресією та тривожністю [7].

На першому етапі терапії важливо було встановити добрі терапевтичні стосунки з пацієнтом, робочий альянс, тому що специфіка розладу автоматично включає в коло недовіри і терапевта [1]. Тож важливо було не поспішати, дати можливість поступово розкритися. Ускладнювало просування терапії те, що пацієнт на перших сесіях був мовчазний, відповідав односкладно, не уточнював, не задавав питання. Але невербально завжди надавав зворотній зв'язок, був включений в процес. Паралельно відбувалася соціалізація у моделі КПТ, ознайомлено з можливостями методу і орієнтовне втручання. Проведена психоедукація про соціальну фобію, ідентифікація цінностей та їх зв'язок з

цілями терапії. Ретельний збір прикладів дезадаптованої поведінки став гарною ілюстрацією побудованого формулювання та допоміг Андрію краще зрозуміти та використати набуті знання у зміні поведінки.

На другому етапі передбачалося навчання тестування негативних автоматичних думок: вербально та поведінково (гіпотеза А і В). Цей етап мав за мету збільшити віру в альтернативні припущення, покращити емоційний стан Андрія, підготувати до проведення поведінкових експериментів (ПЕ) in-vivo. Поведінкова терапія орієнтована на стійку редукцію симптомів та передбачає роботу з думками, які викликають тривогу, розвиток соціальних навичок та подолання відчуженості [2].

Третій етап побудований на реалізації градуйованої експозиції, навчання зміні фокусу уваги. Був складений список тривожних ситуацій, проведена інвентаризація поведінки уникнення та захисної поведінки, склалися альтернативні припущення. Обов'язковим елементом цього етапу було обговорення соціальних ризиків та складання до них плану-копінгу. Паралельно проводилась робота по зміні когнітивних установок стосовно себе, людей, світу.

Четвертий етап передбачає розвиток та вдосконалення соціальних навичок: вибір необхідних навичок, моделювання та застосування (розвиток сценаріїв). Андрій усвідомлює, що йому не вистачає навичок спілкування, хоча він потребує розширення контактів, саморозкриття, прояву власної аутентичності.

На наступному етапі планується робота з умовною самооцінкою, дисфункційними схемами та правилами життя, генерування адаптивних переконань та нової поведінки. Одночасно з цим доречним буде запланувати рескрипцію негативного дитячого досвіду (буллінгу), а також ключової події зі студентського життя. Робота з умовною самооцінкою хоча і виведена окремим етапом плану, в залежності від ходу терапії вона може відбуватися паралельно з попередніми етапами терапевтичної роботи.

Заключною частиною буде узагальнення набутого досвіду, навичок, менеджмент переконань стосовно себе та світу. Тестування нереалістичних очікувань, готовність до повторних епізодів та складання плану дій у випадку рецидивів, підготовка до їх подолання. В часі роботи з даним пацієнтом важливо пам'ятати, що для нього важливим є збереження та прояв власної «своєрідності», аутентичності, саморозкриття.

Динаміка проведення експозицій.

З даним пацієнтом продовжується терапевтична робота, наразі проведено 17 сесій. На початку терапії був ризик того, що Андрій передчасно залишить

терапію, бо коли обговорювалися можливі втручання в методі КПТ, хлопець мав емоційну реакцію на те, що будуть проводитися поведінкові експерименти у публічних місцях та на вулицях міста. Тому потрібно було систематично проводити психоедукацію про природу тривоги. Достатня «доза» такого роз'яснення мала позитивний вплив на пацієнта: якщо раніше він уявляв психотерапію як «розмови з психологом», то потім з'явилося усвідомлення, що без поведінкових експериментів ми не обійдемося і це шлях до омріяного стану бути вільним від тривоги серед людей.

Акцентуємо увагу лише на тих поведінкових експериментах, які відбулися *in-vivo* (переважно у публічних місцях) та стали ключовими в динаміці терапії з Андрієм до сьогоднішнього моменту.

Поведінкові експерименти та експозиція.

1. Андрій, маючи соціальну фобію, намагався пристосуватися до навколишнього середовища так, щоб відчувати мінімальний дискомфорт від перебування на вулицях. Тому в його уяві була така собі «інтерактивна карта» міста, де він позначив місця скупчення людей. Це могли бути зупинки, лавки, «п'ятачки», місця де зазвичай збираються попиту каву, стоянки автомобілів та таксистів біля них, окремі зони в парку, місця навпроти супермаркетів тощо. Свого роду, це місця «турбулентності», де всі тілесні симптоми пацієнта активуються. Він знав, в яку пору року та в яку добу дня там більше всього людей, тому його маршрути проходили так, щоб оминати такі місця і в певну пору доби.

Андрій ознайомлений з концепцією поведінкових експериментів, поняттям про гіпотези А та Б. Для поведінкового тестування думки «Всі на мене дивляться» (гіпотеза А) був обраний похід до супермаркету з найбільшою кількістю людей як типова життєва ситуація. Альтернативна думка – «Люди дивляться не тільки на мене» (гіпотеза Б). На початку тестування думки рівень тривоги від 0 до 10 (де 10 максимальна відмітка) сягав 6. Таку оцінку пацієнт пояснив тим, що поруч був терапевт, тож автоматично він відтягував на себе частину уваги і самому Андрію діставалося менше уваги відвідувачів магазину. Хлопець проходив біля людей, іноді зупинявся близько нібито розглядаючи товар на полицях. В результаті дійшов висновку, що люди зацікавлені товаром, і якщо і дивляться на нього, то без цікавості, «як на товар, який не входить до їхнього списку», не затримуючи погляд на ньому. Тож гіпотеза Б підтвердилася на 100 %, а рівень тривоги по закінченню експерименту становив 1-2 бали.

Але в цьому експерименті важливим виявилось усвідомлення того, що не всі люди викликають дискомфорт та тривогу, а тільки чоловіки у віці приблизно від

15 років до 45 років. Пацієнт пояснив це тим, що чоловіки у цьому віковому періоді більш енергійні, здатні активно висловлювати негативну оцінку і готові маніфестувати її оточуючим. Результат поведінкового експерименту скорегував фокус подальшої терапевтичної роботи над тривогою в соціальних ситуаціях. Позитивним також виявилось те, що хлопець зробив висновок: виявляється не всі люди викликають тривогу: жінки, діти та більш літні люди не викликають дискомфортного стану.

Мета цієї сесії полягала в тому, щоб пацієнт пройшовся по максимальній кількості «гарячих точок» разом з терапевтом. Крім поведінкового тестування за мету ставили витримувати навантаження від поглядів людей. Тож ми продовжили сесію і пішли до іншого магазину, де простір приміщення був значно менший, але кількість людей велика. Наш маршрут проходив через кавовий вагончик, де зазвичай були люди парами чи групами. Оскільки Андрій звик сканувати простір на безпеку, то метрів за сто в погляді з'явилася напруга, трохи змінилася хода. «Думаєш, вони будуть дивитися лише на тебе?» - «Умом я розумію, що на нас обох, але...» Проходимо повз, Андрій уважно відстежує погляди чоловіків, а потім здивовано та радісно повідомляє, що погляди майже не затрималися на нас, ми були нецікаві людям, які розмовляли та пили каву, так само вони дивилися і на інших. Знову підтвердилася гіпотеза Б, що люди дивляться не тільки на нього. З такою ж самою метою пройшли ще одне людне місце (край паркової зони), але реакція людей була однаковою: погляди лише сковзнули та не затрималися. Перевірка базової негативної думки в іншому супермаркеті мала такий само результат як і в першому. Ніяких когнітивних відкриттів не відбулося, пацієнт тільки ствердився в адаптивній думці.

Хлопець дуже добре справлявся із завданнями, тож терапевтичним рішенням було допомогти Андрію справитися з ще більшим навантаженням та протестувати негативну автоматичну думку «Я виглядаю по-дурному». У терапевта під час сесії був зонт-тростинка, бо погода була перемінлива і наразі світило сонце. Жодної людини з зонтом протягом всього часу ми не зустріли. Тож зонт привертав до себе зайву увагу. Хлопцю було запропоновано пройтися самому з цим зонтом і відстежити, як багато людей буде дивитися на нього та чи багато – осудливо, та перевірити гіпотезу Б «Я нормально виглядаю, як всі інші». Андрій прискорено пройшовся наміченим відрізком дороги, сказав що почувався некомфортно, втім відмітив, що люди дивилися і на зонт, і на нього, осудливих поглядів не помітив, бо погляди людей були швидкі, деякі люди взагалі на нього не дивилися. Позитивно вплинув той факт, що під час експерименту пацієнт

побачив людину зі звичайним зонтом, який вона несла в руці разом з пакетами. Поки він прогулювався, то зустрів хлопця з рожевим волоссям, і на його фоні всі інші люди здавалися «нормальними» зовнішньо. Андрій відмітив, що навіть в того хлопця ніхто не тикав пальцями, не викрикував ганебні слова в його адресу та не сміявся. Але все ж таки осудливі погляди в його бік замітив. Тож по закінченню експерименту рівень віри в адаптивну думку виріс з 50 відсотків до 75. Водночас була підтверджена попередня адаптивна думка «Люди дивляться не тільки на мене».

Першу сесію з ПЕ важливо було провести разом з терапевтом: це придає хоробрості пацієнту, він відчуває підтримку, отримує зворотній зв'язок, помічає нюанси в змінах, на які б сам не звернув уваги. Андрій, ознайомлений з концепцією проведення експериментів, бланком ведення поведінкових експериментів, зміг у подальшому самостійно проводити таку роботу, зрозумів, що це працює, рівень тривоги значно спадає, тож натхненний успіхом, крім домашнього завдання від терапевта, придумував та реалізовував власні.

2. Поведінковий експеримент на домашнє завдання із дослідження теми «чи справлюся я, якщо привертатиму увагу». Попередньо пацієнт ознайомлений з правилом проведення подібних ПЕ, що потрібно давати певну дозу навантаження: завдання не повинні бути легкими, бо тоді не буде проводитися внутрішня робота, та дуже обтяжливими, бо в такому разі є високий ризик невиконання завдання та як наслідок підкріплення негативного досвіду. Одна з негативних автоматичних думок пацієнта «Я схожий на дівчину». Він має тендітну статуру, невеличкий зріст, миловидні риси обличчя та довге красиве волосся нижче плечей, яке він зазвичай збирає в пучок. На сесії протестована ця думка, визначена адаптивна «Я більше схожий на хлопця», домашнім завданням було зробити невеличке анкетування друзів та рідних, чи справді він схожий на дівчину. Одноголосно всі відповіли, що ні. Особливо Андрій відмітив зауваження товаришів, що «чоловічим» його робить ямочка на підборідді.

Щоб більше переконатися в тому, що люди не бачать в ньому дівчину, він вирішив походити по вулицях з розпущеним волоссям. Це був сміливий експеримент, який міг викликати надмірну увагу до нього, тож хлопець наважився ходити так тільки у супроводі друга. Він усвідомлював, що це можна було назвати провокацією, але хотів почути, як часто люди звертатимуться до нього як до дівчини. Кожного разу, коли він виходив на вулицю, то мав симптоми тривоги та відчував дискомфорт. Але переконував себе, що він гарно та охайно виглядає, має естетичний вигляд, тож немає причин його засуджувати.

Найбільшим страхом в уяві був сценарій, де хтось голосно сміється з нього, показує пальцем та викрикує образливі слова. Протягом тижня експерименту цього не сталося, але Андрія все ж таки двічі назвали дівчиною. Перший раз, коли він стояв у черзі, старенький дідусь сказав, що він зайняв чергу за «цією дівчиною». Але оточуючі перепиталися за якою дівчиною, бо бачили в Андрієві хлопця. Він чітко зчитав реакцію оточення, і вона була на користь адаптивної думки, що все ж таки він схожий на хлопця і всі це бачать.

Другий випадок, коли люди не змогли визначитися зі статтю Андрія, стався біля перехрестя. Робочі проводили ремонтні роботи, і один запитався: «Я не розумію: це хлопець чи дівчина?» Андрій помітив, що погляд робочих трохи затримався на ньому із цікавістю, але потім вони продовжили свою роботу і більше в бік хлопця не подивилися. Тож того катастрофічного сценарію, який він малював собі, не сталося. Він зробив висновок, що навіть тоді, коли люди не могли визначитися з його гендерною ідентифікацією, це відбувалося якимось тихо, «буденно», без галасу, тож інтенсифікація переживань щодо цієї думки знизилася з 6 до 1. Не відбулося негативної оцінки зовнішності Андрія під час цього експерименту, а в основі соціальної фобії є страх негативної оцінки з боку інших людей [6].

Проведення експерименту та отримання позитивного досвіду не тільки вплинуло на формування адаптивних думок. Самооцінка Андрія покращилася, бо він справився із завданням, зміг подолати страх. Треба відмітити, що пацієнт багато часу проводить у пошуках відео в інтернеті на тему соціофобії. І за час терапії відбувся певний зміст акцентів цікавості пацієнта. Якщо спочатку хлопець дивився відео на кшталт пізнавальних «Що таке соціальна фобія», то потім перейшов на перегляд мотивуючих відео «Зроби перший крок», «Іди назустріч своєму страху». Така інтенсивна самостійна робота з перегляду цільового відеоряду та певних спонукальних когніцій зміцнила мотивацію та впевненість у власних силах.

3. Ключовим елементом когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні соціальної фобії є проведення експозицій. На сесіях з Андрієм ми обговорили важливість зміни фокусу уваги з себе, своїх тілесних реакцій, на зовнішні предмети. Р. Ліхі відмічає, що серцем страху реакції інших на тебе є надмірне фокусування на собі [6]. Такий егоцентричний погляд призводить до серйозних спотворень картини світу, деформує сприйняття того, що відбувається з іншими людьми.

Хлопець ніколи не займався медитативними техніками, але коли потерпав від булінгу у середніх класах, самостійно дійшов до техніки зміни фокусу уваги і це допомагало йому зберігати емоційний баланс. Відволікання в ситуаціях тривоги (дистракція) – дієвий спосіб зменшити рівень тривоги [3]. Тож при психоедукації з проведення експозицій in-vivo цей досвід був висвітлений як такий, що працює, та як природний спосіб, доступ до якого є у кожній людині.

На сесії було складено перелік тривожних соціальних ситуацій та визначена їх ієрархія (табл. 1).

Таблиця 1.

№ з/п	Ситуація	SUD	Захисна поведінка		
			«до»	«під час»	«після»
1.	Пройти повз зупинки або стояти на зупинці	3	Оцінка ситуації, враховується кількість чоловіків та підлітків на зупинці.	Не дивитися в бік людей, пришвидшити крок.	Не має.
2.	Стояти в черзі на касі в супермаркеті.	5	Не має	Не дивитися, розглядувати стрічку з продуктами, повернутися на півоберту, щоб менше було видно обличчя.	Аналіз ситуації: чи не виглядав смішно, ненормально, чи не осудливо дивилася людина на нього, аналіз її реакцій.
3.	Транспорт, який проїжджає мимо (маршрутки, тролейбуси)	7	Не має	Трохи нахиляє голову донизу, поправляє волосся рукою, щоб максимально закрити обличчя	Аналіз ситуації: чи не виглядав ненормально, чи не осудливо дивилися люди на нього, аналіз реакцій.
4.	Чоловіки та підлітки, які ідуть назустріч	9-10	Оцінка ситуації, пошук можливих варіантів розминутися. Активуються тілесні симптоми	Пройти мимо, утримуючи максимальну бокову дистанцію, дивитися в землю або вбік.	Внутрішньо дякує Богу, що все минулося.

Треба відмітити, що на початку терапії заявлених тривожних ситуацій було більше, і рівень стресового навантаження деяких ситуацій був значно більше. Наприклад, Андрій на перших сесіях говорив про те, як страшно проходити повз зупинку, його SUD в той момент дорівнював 8. Але коли складався перелік, то ця ситуація мала вже показник 3. Це був результат самостійної роботи: Андрій робив поведінкові експерименти з елементами експозицій за власною ініціативою. Він хотів прискорити одуження, тож поставив собі за мету кожного разу, виходячи на вулицю, проходити мимо зупинок з людьми. Раніше хлопець часто переходив на інший бік вулиці, попередньо оцінивши рівень небезпеки на

зупинці, або проходив поза нею, щоб не потрапити в поле видимості людей. Щоб ситуація була небезпечна, достатньо було двох знайомих між собою чоловіків або підлітків, які б стояли поруч та розмовляли. Захисна поведінка «під час» ситуації: не дивитися ні на кого, пришвидшити крок, дістати телефон та робити вигляд, що шукаєш або роздивляєшся якусь важливу інформацію. Андрій розпочав експеримент з невеличких зупинок, рівень «небезпеки» яких становив 2-3 (там було мало людей, це були жінки та літні люди). Він помітив, що його тілесні симптоми «не включаються», і немає необхідності діставати телефон. Люди тільки спочатку дивилися на нього, але через кілька секунд втрачали інтерес і ніяких реакцій в бік хлопця не виказували. Тоді він спланував проходити біля зупинок з вищим рівнем тривоги, на яких перебували чоловіки-«одиначки», без друзів. Поставив собі за мету не діставати телефон, тобто поступово позбавлятися захисної поведінки. Виходило не відразу: підвищений тиск та серцебиття, прискорювалися кроки. Але хлопець відмічав, що нічого особливого не відбувалося, страхи з його уяви не реалізуються, тож продовжив експерименти, підвищуючи рівень складності для себе. Захисна поведінка «після» – аналіз ситуації, хто дивився, як він виглядав, що подумують люди про нього – на перших спробах ще була. Але коли Андрій доходив висновку, що не бачив осудливих поглядів на собі, ніхто не дивився йому вслід, то необхідність в такому аналізі зникла.

Результатом експозицій in-vivo стала відмова від захисної поведінки «до» (перехід на інший бік дороги), «під час» (діставати телефон), та «після» (аналіз ситуації). Це стало можливим завдяки систематичній самостійній роботі Андрія. На момент складання переліку тривожних соціальних ситуацій «ситуація с зупинками» ще залишалася для хлопця тригеруючою і потребувала доопрацювання, бо була внесена ним до переліку. Ми відмітили її як особливу тому, що вона була обрана пацієнтом на домашнє завдання до початку роботи з градуьованою експозицією. Він зміг понизити рівень тривоги з 8 до 3, керуючись власною інтуїцією, завдяки переглянутим тематичним відео, отримуючи настанови та психологічну підтримку від терапевта по телефону, прописуючи досвід у бланку самоспостереження. Тривога не знизилася до 0, але у пацієнта виникло стійке почуття, що він може справлятися з власними страхами.

4. Кероване відкриття, поведінкові втручання, спільна побудова та розуміння пацієнтом підтримуючого циклу соціофобії – все це позитивно вплинуло на динаміку терапевтичної роботи. Тож до експозиції з найвищим рівнем тривоги

пацієнт підійшов, маючи успішний досвід та впевненість, що він справляється з викликами, вміє долати страх і уникнення.

Завдяки поведінковим експериментам встановлено, що найбільшою небезпекою для пацієнта є підлітки та чоловіки у віці 15 – 45 років. Це зрозуміло в контексті клінічної історії випадку. Ситуація, коли вони ідуть назустріч, має SUD=9-10. Тіло Андрія за декілька десятків метрів до зустрічі мобілізується, підвищується тиск, серцебиття, хлопець швидко сканує простір у пошуку варіантів обійти людину. Якщо такої можливості немає, то намагається зайняти крайнє положення на тротуарі, щоб максимально збільшити бокову дистанцію, та не дивитися на зустрічного. Під час зустрічі Андрій має «ватні ноги», хода сповільнюється, відчуття, що тіло напівпаралізоване. Захисна поведінка після того, як людина опиниться поза зоною видимості пацієнта, промовити про себе вдячність Богу, що все закінчилося добре.

Андрій мав найгірший сценарій до цієї ситуації: чоловік, проходячи повз нього, принизливо обзиває та штовхає хлопця і той опиняється на землі. У цьому сценарії немає побиття, знущань або сміху оточуючих, а сама ситуація «опинитися на землі» є для пацієнта принизливою, він інтерпретує це як втрачання власної гідності. Тож спільно з Андрієм було прийняте рішення зробити експозицію до найгіршого сценарію. Сесію проводили у малолюдному місці, терапевт та пацієнт мали на собі одяг, який не жалко забруднювати, та взяли з собою багато вологих серветок, щоб витирати руки та одяг. Мішень втручання даної експозиції – страх опинитися на землі, тож метою експерименту було позбутися цього страху. Для цього потрібно було лягти на землю та лежати скільки витримаєш, але не більше 10 секунд, щоб не застудитися (сесія проводилася навесні). Попередньо проведена бесіда, яке значення пацієнт надає факту «опинитися лежачим на землі». «Якщо людина опиняється на землі, що це означає?» - «По землі ходять ногами, плюють на землю, справляють нужду, тож коли ти опиняєшся лежачим на землі, то це як втратити гідність, впасти «нижче плінтуса». «А хто може опинитися на землі?» «На ній лежать бомжі, або хворі, які втратили свідомість». «Відпочиваючі?» «Так, теж, але вони на ковдрі». «А якщо випадково впав, перечепився, послизнувся?» «То інша річ, це нещасний випадок, людина підіймається та піде далі». «Чи втрачає власну гідність людина, яка випадково впала?» «Ні». «Тож якщо тебе штовхнули, це більше схоже на те що ти бомж або хворий, чи на випадкове падіння?» «Більше як випадково». «Тож якщо ти впав випадково, то виходить, що ти не втратив гідність?» «Виходить так».

Наступний етап бесіди – надання позитивного значення образу землі. Бо для пацієнта земля асоціювалася в першу чергу з брудом і перебування у тісному контакті з нею означало самому стати таким. Тому потрібно було вивести на перший план корисні «властивості» землі, змінити значення образу на більш позитивне. Андрій склав перелік аргументів на користь позитивного сприйняття землі (в порядку значимості для пацієнта): вона дає життя рослинам, є домом для живих істот, переробляє та трансформує сміття в корисні речовини, сама є опорою для всіх предметів та істот.

Підготовчий етап експозиції був проведений: обговорили, перше, що лежати на землі не рівнозначно втраченій гідності, друге, земля є дружелюбним та корисним творінням. Було обране конкретне місце, де пацієнт мав лягти на землю. Для того щоб зняти напругу Андрія та показати приклад, терапевт зробив це першим. Після експерименту хлопець зауважив, що терапевт не виглядав смішно або з втраченою гідністю. Перед тим, як це зробити, хлопцеві надані рекомендації під час перебування на землі прислухатися до відчуттів у тілі. Нам не важливо було імітувати падіння, важлива була переоцінка самого факту «лежати на землі». Хлопець обережно ліг на землю, пролежав декілька секунд та швидко підвівся. Він добре почувався, навіть був трохи збудженим від такого вчинку. Аналізуючи експеримент, Андрій відмітив тілесні відчуття: лежати було незручно, якийсь камінець давив у бік, відчувалася прохолода та сирість від землі. Візуальний образ, який був найяскравішим – трава, він розглядував одну травинку, її колір, форму, розмір, і якщо б не потрібно було вставати, то міг би ще певний час розглядувати, відмітив про себе, що вона красива. Також відчув запах землі та зелені. «Чи думав ти про те, що втратив власну гідність?» «Ні, та і часу для цього не було». Для закріплення досвіду ми зробили експеримент ще раз у іншому місці. Вологі серветки знадобилися, і Андрій був спокійний, що навіть після того, як полежав на землі, він виглядає чисто та охайно.

Експозиція *in-vivo* до найгіршого сценарію дала змогу Андрієві подолати страх, підвищити самооцінку, віру у власні сили, поєднати практику з теорією КПТ. Щоб винести якнайбільшу користь з експерименту, важливо виділити час для роздумів над тим, що відбулося [4]. Це допомагає знизити ризик знецінення результату експерименту. Тож передбачався обов'язковий аналіз та розмова з приводу проведеної експозиції. Висновком цього експерименту також стало усвідомлення, що зміна фокусу уваги з власних думок на зовнішні об'єкти не тільки зменшує, а взагалі нівелює рівень тривоги. А отримання задоволення від

візуального образу предметів (травинки у нашому випадку) – техніка майднфулнес (Mindfulness) – корисний та ефективний засіб проти тривоги.

4.1 В роботі над ситуацією «Чоловіки та підлітки, які ідуть назустріч» мали наступне терапевтичне втручання. Складання ієрархізованого списку типових ситуацій кластеру «зустріч з чоловіками». Андрій поділяє чоловіків на «безпечних» та «небезпечних». Останні це ті, хто має фізично розвинену статуру та готовий до активних вербальних або невербальних дій (табл. 2).

Таблиця 2.

№ з/п		SUD
1.	Пройти мимо зайнятого чоловіка	3
2.	Думати про те, що може зустріти його	6
3.	Проходити недалеко від небезпечного чоловіка. Зустріти компанію підлітків.	7
4.	Зустріч, дивитися один одному в очі	9
5.	Вступити в контакт, почати розмову.	10

На домашнє завдання Андрій обрав перші дві ситуації, він розраховував на власні сили, набутий досвід проведення експозицій. З терапевтом проведена експозиція зустрічі з компанією підлітків.

Для цього була обрана локація паркової зони, де зазвичай групи молодих людей та підлітків проводять вільний час. Виміряли рівень тривоги перед початком – 9-10. Терапевт запропонувала ускладнити завдання та поєднати зустріч з тим, щоб глянути кому-небудь з підлітків в очі. Коли появилася група підлітків з 4 осіб, хлопець почав нервувати, не знав куди себе діти, що робити. Тож експромтом була організована «фотосесія», зйомка на мобільний телефон. Терапевт показувала, як треба стати, що робити. Створилася ситуація невимушеності, природності, це допомогло хлопцю не розгубитися, він виконував вказівки терапевта. Коли компанія незнайомих підлітків проходила повз Андрія, то хтось з них запитався: «Фотомодель чи хто?», та пройшли мимо. Така думка про нього сторонньої людини підбадьорила Андрія, йому було приємно чути, що він виглядає естетично і це помічають оточуючі.

Умовно ми назвали експозиційну сесію «фотосесією», бо коли зустрічали компанії молодих людей, то робили вигляд ніби робимо гарні фото. Пацієнт помітив, що рівень його тривоги досягав максимуму, коли бачив на собі погляди інших, та потім знижувався, і так було багаторазово. Наприкінці таких експозицій Андрій вже міг дивитися на зустрічних хлопців, ловити їх погляди (чого раніше не робив, бо захисна поведінка – дивитися вбік або в землю), а рівень тривоги

визначив на 5-6 балів. Аналіз тілесних симптомів показав, що вони стають менш яскравими перед подією: знижується серцебиття, дихання більш спокійне, немає панічного відчуття. У половині випадків хлопець не застосовував захисну поведінку після події: не дякував Богу, що все минулося, бо забув сказати.

4.2 Вступити в контакт з чоловіками (найбільший страх пацієнта) – ще одна тема експозиції in-vivo. Тож проведено 2 сесії з терапевтом, де терапевт показував прикладом: як запитувати, можливі варіанти вступу в діалог, як закінчувати розмову. Було прийнято рішення, що перехожим задаватиметься питання «Котра година?» та «Як пройти до автостанції?» Щоб Андрій мав взірць початку діалогу, терапевт тривалий час у різних перехожих запитував час. Пацієнт дуже уважно слідкував за реакціями перехожих, він боявся побачити в їхніх поглядах здивування, осуд, зневажливе ставлення до терапевта. Дуже помічним для хлопця у подоланні страху виявився факт, що перехожі, навіть коли самі не мали змоги відповісти, то перепитувалися у тих, хто був з ними поруч. Тож наступним кроком було самому зробити це – вступити в контакт з перехожими. Для Андрія важко було наважитися: навіть тоді, коли заздалегідь визначалися з перехожим, у якого він би міг запитатися, коли той проходив мимо, хлопець просто мовчав, а потім почувався винним перед терапевтом та досадував на себе, що не зміг цього зробити. Все ж таки зміг подолати свій страх та запитався у літньої жінки котра година. Потім ще раз у іншої, згодом у літнього чоловіка. Кожен раз терапевту надавав зворотній зв'язок та отримував підтримку. Коли пацієнт став більш впевненим, то наважився запитатися у молодого чоловіка, а потім у хлопця, який йшов у компанії друзів. Під час цього експерименту рівень тривоги у хлопця підіймався перед кожним запитанням до 9 – 10, але він долав тривогу. Наприкінці сесії рівень тривоги щодо «вступу в контакт з чоловіками» знизився з 10 до 6. Висновок цього експерименту хлопець робить самостійно: люди готові допомагати іншим, легко відкликаються на питання, сприймають їх природне і не засуджують запитуючого, не намагаються якимось образити. І це усвідомлення ключове для пацієнта, бо в його світогляді люди скоріше не допоможуть та висміють, це відображено в його дезадаптивній схемі «Люди кривдять, засуджують».

Домашнім завданням було робити подібні експозиції кожного дня та відмічати у бланку спостереження свій рівень тривоги, робити відмітки. Андрій навчився справлятися з тривогою при зустрічі з іншими чоловіками та підлітками, але компанії підлітків (від 2 осіб) ще викликають почуття небезпеки.

Робота з Андрієм з подолання соціальної фобії триває. І обрані методи психотерапевтичного втручання – поведінкові експерименти з елементами експозиції та експозиції in-vivo – потрапляють в ціль та ведуть до позитивних змін.

II.2 Вибіркові сесії з експозицією in vivo у пацієнта з ОКР

Когнітивно-поведінкова терапія ОКР на сьогодні – єдиний психотерапевтичний метод, який має емпіричні докази ефективності щодо терапії ОКР. Доказова база підтримує як класичний підхід із використанням техніки експозиції з попередженням реакцій, так і більш новітні моделі із застосуванням когнітивних втручань та поведінкових експериментів. Метааналіз контрольованих досліджень ефективності таких втручань показав, що у 83% пацієнтів відмічалася редукція симптомів розладу, а у 76% стан ремісії утримувався і через 2 роки після завершення терапії. Тобто такі показники вказують на високий рівень ефективності КПТ щодо ОКР, а також цінний компонент ефекту КПТ щодо попередження рецидиву розладу [8]. У наступному випадку застосування експозиції значно покращило клінічну картину пацієнта та позитивно вплинуло на динаміку терапії ОКР.

Клінічний анамнез.

Роберт 19 років, студент технічного інституту, навчається на спеціальності, пов'язаною з ІТ-технологіями. Діагноз ОКР встановлений психіатром, пацієнту рекомендована психотерапія.

Виховувався у повній родині, мама авторитарна, батько часто пиячив. Родина жила від зарплати до зарплати, одним з правил родини було економити на речах, не дозволяти «зайвого». Не так давно в родині помітили, що Роберт часто закривається у ванній кімнаті, проводить там багато часу, стоїть під душем, а протягом дня багато разів ходить мити руки. Мило та шампуні, гелі та миючі засоби почали танути на очах, мочалки рвалися, приходили у негідність за тиждень-два. Хлопець не дозволяв домашнім заходити в його кімнату, «щоб не забруднювали». Не можна було торкатися його речей, а білизну, яка висохла, він сам знімав та розкладавав по поличкам. Катастрофою для хлопця було те, коли батьки випадково торкалися або сідали на диван, де він спав. Сам він декілька разів на день перевдягався, а також слідкував, щоб усі мили руки перед тим, як зайти на кухню. Пацієнт мав нав'язливу думку щодо присутності великої кількості бактерій на його тілі та речах, тож щоб не захворіти, треба виконувати

такі дії. У громадському транспорті він уникав торкатися поручнів, заходив тільки у ті магазини, в яких автоматично відчинялися двері. Один з його страхів – торкнутися жінки. До цього додалося те, що Роберт почав уникати зустрічей з друзями, прогулянок, знаходив привід пропускати заняття в інституті. Обсесії, компульсії, уникаюча поведінка – все це обмежувало життєвий простір хлопця, впливало на якість життя всієї родини.

Симптоми ОКР у хлопця з'явилися півроку назад після розлучення. Хлопець важко переніс це, страждав, задавався питання за що це йому. Дівчина, яку він полюбив, була його однолітка. Вони познайомилися в інституті і зустрічалися декілька місяців, після чого дівчина сказала що вагітна, тож вони вирішили одружитися. Батьки з обох сторін були проти, бо хлопець та дівчина ще вчилися і матеріально повністю залежали від батьків. Все ж таки справили весілля, а коли прийшов час пологів, хлопець настояв на тому, щоб бути присутнім на них. По словам мами Роберта, це негативно вплинуло на сина, лікарі казали, що він майже втратив свідомість, а про свої відчуття тоді він нікому не розказував. У немовляті хлопець душі не чаяв, він турбувався про малюка, гуляв з ним, був люблячим батьком. Але з дружиною стосунки почали псуватися. Дівчина бігала гуляти з подругами, на чоловіка не звертала уваги, зневажливо ставилася до нього. А після двох місяців після пологів подала на розлучення та сплату аліментів. Вся ця історія співпала з початком пандемії COVID-19, тому надмірне миття рук та підтримку чистоти хлопець виправдовував обережністю та відповідальністю.

Опис

При плануванні сесії була врахована інформація, яку терапевт отримав від мами пацієнта. Вона була залучена до терапії (зі згоди хлопця), і за завданням терапевта мала відмічати скільки разів син мие руки за день та скільки часу витрачає на це. Цифри, які надала мама, значно відрізнялися від цифр Роберта. Тож першим пунктом плану було методом прорахунку змінити ставлення пацієнта до миття рук та витратити на це менше часу. Нова інформація, за повинна була не пристосуватися до існуючих ментальних схем, а за рахунок процесу акомодатії змінити ці схеми. Акомодатія модифікує схеми, приводить їх у відповідність до реальності [5]. Другим пунктом намічено провести експозицію in-vivo з доторканням до брудних поверхонь.

1. Мама сказала, що Роберт мие руки приблизно 10-15 хвилин до 17-20 разів на день та 40 хвилин приймає душ. Пацієнту намальована таблиця (табл. 3)

розподілу часу на миття рук протягом життя (Роберт вважає, що в середньому людина живе 80 років).

<i>Рахуємо 15 хвилин 17 разів на день + 40 хвилин на прийняття душі</i>	Хвилини	Години	Дні	Роки
Час, який тратиться на миття рук та прийняття душі протягом доби	295			
Час, який тратиться на миття рук та прийняття душі протягом року (365 днів)	107675			
Час, який тратиться на миття рук та прийняття душі протягом життя – 61 рік (припустимо, що людина живе 80 років, пацієнту на даний момент 19 років)	6568175	109469	4561	12

Цифра в 12 років вразила пацієнта та запустила процес переосмислення ритуалів очищення. Пацієнту запропоновано скоротити миття рук до 30 секунд. Для того, щоб він не засікав час, а орієнтувався на внутрішнє відчуття, можна використати такий прийом: проспівати 2 рази приспів «Happy Birthday to You» (один приспів займає приблизно 15 секунд).

Після цієї сесії зателефонувала мама та сказала, що Роберт скоротив миття рук до 5-7 хвилин і миє десь 10 разів на день.

2. Пацієнту запропоновано зробити експозицію до фобії «торкатися забруднених поверхонь». Попередньо складена ієрархія тривожних ситуацій, в якій зазначено декілька позицій, які пов'язані із доторканням до поверхні предметів. Зазвичай після торкання пацієнт мив руки або витирив їх спиртовою серветкою. Тож завданням для Роберта було торкатися різних ручок дверей, братися за них, тримати руку довше ніж зазвичай. Важливо, щоб пацієнт знаходився в даній ситуації достатньо довго, відчув, що тривога підіймається, досягає свого піку та потім знижується. По мірі зниження тривоги зв'язок між obsesією та компульсією зменшується. Перед початком експозиції оцінка рівня тривоги за шкалою SUD становила 7. Експеримент проводився у великому будинку, де було багато офісних кімнат. Треба зазначити, що можливості відразу протерти руки у пацієнта не було. Хлопець сам обирав дверні ручки, намагався кінчиками пальців доторкнутися до поверхні. Проміжним успіхом стало тримання повною долонею ручки від вхідних дверей протягом декілька секунд. Роберт емоційно переживав цей експеримент, тривога підвищувалась, але потім пацієнт відчував її спад. Наприкінці сесії мали рівень тривоги 4.

Проведення експозиції з попередженням реакції допомагає розірвати зв'язок та усвідомити, що компульсії тільки тимчасово допомагають знизити тривогу, але з часом тільки збільшують кількість obsesій. Для пацієнта важливим висновком було те, що після проведення експозиції, коли не завжди є можливість протерти руки, через декілька днів нічого не трапляється: пацієнт не захворів, ніяких шлункових розладів не мав за цей час. Тобто, без компульсій нічого катастрофічного не трапляється, людина не заражається хворобою, а компульсія має характер тимчасової допомоги та має негативні наслідки у довгостроковій перспективі.

На домашнє завдання було торкатися обідка унітазу. Під час аналізу виконання цього завдання було відмічено, що Роберт міг спокійно торкатися обідка у своїй власній квартирі, але важко було зробити це у батьківській. Хлопцю було огидно те, що цього ж обідка торкався і його батько, якого пацієнт недолюбливав, вважав нікчемним, бо батько пив та часто негативно висловлювався в бік сина та дружини.

Важливим висновком щодо виконання цього завдання у даному випадку стало те, що експозиція не тільки приводить до подолання страху в конкретній ситуації, але й те, що вона може розширити простір терапевтичної роботи, показати додаткові проблеми, які пацієнт замовчував або не усвідомлював. Так в даному випадку завдяки проведенню експозиції *in-vivo* ми включили в план роботи пропрацювання стосунків з батьками, особливу увагу приділено відношенням з батьком.

Головним досягненням цих експозицій стало те, що змінилися проміжні переконання, стійкі когнітивно-поведінкові моделі, які утворилися внаслідок дисфункційних схем. Правило життя «Якщо відразу не помити руки після дотику до брудних поверхонь, то я забруднюсь і захворію» хлопець змінив на адаптивне «Можна торкатися до брудних поверхонь, а руки мити трохи пізніше, це не приведе до хвороби». Кожен успіх в експозиції повинен бути наголошений, обговорений, мати увагу і місце – в часі терапії. В обговоренні після експозиції важливо, щоб пацієнт підсумував те чого навчився з цього нового досвіду і що можна використати пізніше.

II.3 Вибіркові сесії з експозицією *in vivo* у пацієнтки з іпохондричним розладом

Розлад тривоги за здоров'я або іпохондрія – ірраціональний нав'язливий страх та стійка стурбованість особи з приводу того, що вона має або може мати

серйозне захворювання. Вважається, що 4-6% населення мають симптоми іпохондрії. Крім того, останні дослідження демонструють, що до 10% первинних звернень до лікарів можуть бути пов'язані з іпохондрією, страхом захворіти. Нещодавні дослідження Harvard University и Mayo Clinic [11] показали, що когнітивно-поведінкова психотерапія є одним з найбільш ефективних інструментом лікування іпохондрії, а експозицій – дієві техніки в подоланні фобій.

Клінічний анамнез.

Наталя, 53 роки, розлучена, має двох дорослих синів 28 та 22 років. За фахом вчитель, але за спеціальністю не працює вже 5 років. 7 років назад розлучилася з чоловіком за його ініціативою, отримала великий стрес через його зраду та агресивну поведінку під час процесу розлучення. Особливо болючим для Наталі стало те, що вона завжди намагалася дотримуватися образу ідеальної родини, ідеальної дружини та мами. Всі знайомі ставили їхню сім'ю у приклад та, як вважає сама жінка, заздрили їй щастю. Тож тепер всі сусіди та знайомі обговорювали її горе, та по словам пацієнтки, пліткували та злораділи їй.

Вона важко переживала цю подію, а згодом почала ходити по лікарях. В результаті попала на прийом до психіатра, за 2 роки втратила 20 кг та при рості 155 см мала вагу 39 кг. Одним з коморбідних діагнозів мала іпохондричний розлад, тож за порадою лікаря почала шукати психотерапевта.

Одним з блоків нашої роботи було опрацювання фобії «вихід з дому». Це було життєво необхідним, бо проживала наразі сама, сини працювали, іноді виїжджали у відрядження, тож не завжди мали можливість навіщати. Наталя мала великий страх впасти на вулиці через знесилення, а в уяві розгорталися катастрофічні сценарії.

Опис.

Тривога при іпохондрії у пацієнтки мала підтримуючий цикл та складалася з компонентів: когнітивний (думки та надані значення «Я не зможу подолати дорогу» «Обов'язково упаду бо дуже слабка, я втрачу контроль над своїми ногами», «Мені стане погано»), емоційний (тривога, страх), поведінковий (екстремальний захист безпеки – сидіти вдома, повна ізоляція), тілесний (постійний фокус на тілі, очікування на підвищене серцебиття, головокружіння). Пацієнтка мала багато ситуацій, яких уникала через надмірну тривогу. Перебування самої на вулиці було для жінки нестерпним, вона потребувала завжди поруч когось.

В КПТ при роботі з фобіями важливо розірвати підтримуючий цикл. Ми можемо це робити як за допомогою зміни думок, так і через зміну поведінки. На сесії ми склали ієрархізацію сходинок поступової експозиції *in vivo* ситуації «вийти з дому» (табл. 4):

Табл. 4.

1.	Постояти біля свого двора	1
2.	Пройтися до сусіднього дому	3
3.	Пройтися до кінця вулиці	5
4.	Перейти дорогу	5
5.	Дійти до найближчого магазину	7
6.	Пройтися ввечері до кінця вулиці	8
7.	Самостійно сходити в ЖКГ, пошту, банк, поліклініку, у центр міста.	10

На сесії ми робили покрокову експозицію. Протягом всього часу пацієнтка трималася за руку терапевта. Тож висновком для самої жінки стало усвідомлення того, що їй потрібно за щось триматися, так вона почувається більш впевненою і може самостійно пересуватися. Коли хтось є поруч – то так безпечніше, але для самостійної ходи їй потрібна опора: «бо ноги можуть відмовити», «можливо, у мене серце хворе і я впаду». Наталя висловила ідею, що гарно було б, якщо би їй сини подарували тростину, на яку можна спиратися при ходьбі. Але виконуючи домашні завдання з виходу із дому, зрозуміла, що для більшої впевненості їй потрібно мати дві тростини.

Результатом чотирьох сесій з експозиціями було те, що пацієнтка могла самостійно переміщатися за допомогою двох палиць до магазину. Це була її особиста перемога, бо таким чином вона не залежала від того, чи зможуть приїхати її сини та купити їй продуктів. На жаль, вона відмовилася від подальшої роботи: експозицій до виходу із дома ввечері (пояснила, що погано бачить та може впасти навіть з тростинами) та самостійне переміщення по інфраструктурним об'єктах.

III. Підсумок

Безумовно, експозиції *in vivo* – ефективний метод у лікуванні пацієнтів з фобічними розладами. В описаних ситуаціях пацієнти стикалися з ситуаціями,

які викликають тривогу у повсякденному житті. В описаних сесіях були експозиції як під керівництвом терапевта, так і самостійно виконувалися пацієнтами, що сприяло поступовій зміні власній оцінці травмуючої ситуації.

В залежності від індивідуального випадку такі експозиції можуть бути як градуйованими, «за планом», так і інтенсивними та комбінованими. Все залежить від внутрішньої готовності пацієнта долати виклики та наявності внутрішніх ресурсів.

Для мене як терапевта у представлених випадках були відкриття щодо використання технік експозицій *in vivo*. Так зрозуміло, що при експозиції може не тільки відбуватися звикання до напруженої ситуації та згодом її переосмислення, але й «раптові» особисті відкриття, інсайти, усвідомлення. Іноді експозиції непередбачувані, і є моменти експромтів життя, «творче втручання», яке посилює очікувані результати від експозиції. Наприклад, з пацієнтом із соціофобією під час експозиції люди подумали, що він фотомодель, чим підвищили самооцінку і впевненість хлопця. Або ж реалізація експозиції, яка вирішує певну задачу по зниженню тривоги від забруднення мікробами, веде до розкриття інших проблем пацієнта, які мали глибший рівень і не усвідомлювалися пацієнтом як ключові. Наприклад, хлопець з ОКР, який під час виконання вправи з подолання тривоги зараження мікробами зрозумів, що переживає почуття відрази до свого батька. Цікаво також, що експозиція, яка передбачає прибирання захисної поведінки, може давати інші інструменти «опори у реальності». Наприклад, пацієнтка з іпохондричним розладом не виходила із дому самостійно, мала поведінку уникнення, але при експозиціях зрозуміла, що може переміщатися самостійно, але за допомогою тростин. І для неї це було важливим, бо давало незалежність і самостійне забезпечення себе продуктами харчування.

IV. Бібліографія

1. Бек Д. «Когнитивная терапия. Полное руководство. – М.: ООО «И. Д. Вильямс», 2006.-400 с.
2. Дж. Биик «Тренинг преодоления социофобии. Руководство по самопомощи». – Москва, 2003.
3. Вестбрук Д., Рауф К. «Что такое паника?»
4. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів: Свічадо, 2014. – 420.
5. Котро Ж., Моллар Е. Когнитивная терапия фобий // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. - №3. – С. 93 – 111.
6. Лихи Н. Свобода от тревоги. – Санкт-Петербург, 2017. – 199.
7. Паробій В. Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії // НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2016. – №5. – С. 43 – 49.
8. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія соціальної фобії, 2015. - Методичні матеріали. – 98 с.
9. Романчук О. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів: модель розуміння, терапії та емпіричні докази ефективності // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. – №4. (<http://www.mif-ua.com/archive/article/36915>)
10. Статистичні дані Національного інституту психічного здоров'я уряду США (NIMH). — <http://www.nimh.nih.gov/statistics/index.shtml>
11. <https://okr.kiev.ua/ipohondriya/>