

# КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА терапія соціальної фобії

В.Ю. Паробій,  
Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету,  
м. Львів

## Дані анамнезу

Марта, 26 років, дуже висока, струнка, симпатична дівчина, звернулась до психотерапевта для участі в терапевтичній групі щодо роботи зі страхами. Однак через недостатню кількість учасників група не була сформована, тож пацієнтка вирішила працювати індивідуально.

Серед основних проблем Марти: занижена самооцінка, невпевненість у соціальних ситуаціях, страх спілкування, занадто сильна чутливість («приймає все близько до серця»), страх і уникання багатьох соціальних ситуацій (від походів у магазин до діалогу з керівником). Під час розмови телефоном здається, ніби говорить дівчинка-підліток, хоча при особистій зустрічі стає зрозуміло, що це помилкове враження.

Пацієнтка має вищу технічну освіту, протягом останніх трьох років працює в галузі інформаційних технологій, умовами праці й оплатою задоволена. Останнім часом велика завантаженість на роботі викликає конфлікти з колегами, через що відчуває невеликий стрес. За її словами, вона занадто відповідально ставиться до роботи, нервується, якщо хтось із колег нехтує обов'язками. Не терпить недоліків співробітників. Марта не обіймає керівну посаду, але фактично вирішує питання, які властиві керівникові. Інколи думає змінити місце роботи.

Мешкає із чоловіком, у стосунках підтримують одне одного. З анкети: «Є маленькі конфлікти з мого боку, якщо я переживаю чи втомлена, можу вимістити поганий настрій. Чоловік підтримує мене у всьому. Задоволення від спілкування — абсолютне». Уже під час психотерапії подружжя залишило орендоване помешкання та переїхало до бабусі пацієнтки. Це призвело до виникнення додаткового стресу, оскільки бабуся створює соціальні ситуації, у яких дівчина відчуває себе незатишно (наприклад, сказати «ні», боронити свою територію, підтримувати розмову тощо).

Марта поставила перед собою такі психотерапевтичні цілі (з анкети):

1. Позбутись комплексу через власний зріст. Сприймати себе такою, якою вона є.
2. Стати сміливішою, бути впевненішою під час спілкування з людьми.
3. Уміти себе захистити.
4. Не брати чужі слова близько до серця.

Дівчина уникає контакту очима з іншими людьми, особливо з незнайомими. Намагається бути непомітною, не привертати увагу. Дорогою до станції метро боїться дивитись на інших, їй весь час здається, що погляди оточуючих звернені на неї, а тихі розмови стосуються саме її зовнішності. Вона намагається не дивитись на схожих

високих дівчат, оскільки їй вони здаються огидними. Під час будь-яких робочих зборів не бере активної участі у розмові, не розпочинає діалогу, мовчить і лише посміхається. Відчуває при цьому власну провину, адже думає, що «має отримувати задоволення від спілкування», побоюється, що інші помічають її соціальну некомпетентність.

При вирішенні побутових питань повністю залежить від чоловіка (наприклад, спілкування з власниками квартири, ЖЕК, дзвінки за оголошеннями тощо). Купуючи товари у магазинах, уникає контакту з продавцями.

Не сприймає власного тіла і не любить його. Пацієнтка вважає, якби не її зріст, то все було б добре. Скаржиться, що може купити якийсь одяг, а вдома вирішити, що він їй не пасує і засмутитись через це. Раніше дівчина відвідувала заняття з йоги, але після того як інструктор

Таблиця 1. Ієрархія тривожних ситуацій пацієнтки

Ранг	Ситуація	Чи уникаєте її (так чи ні)	Дискомфорт (0–10)
1	Уникання зустрічі зі сторонніми (коридор, кухня на роботі)	так	3
2	Спілкування з родичами (брат, бабуся)	так	3
3	Похід по магазинах	ні	3
4	Спілкування з керівником на роботі	так	3
5	Страх не справитись із новими завданнями на роботі	так	3
6	Поїздка у метро	ні	4
7	Спілкування з колегами (на неробочі теми)	так	4
8	Казати «Ні» колегам, родичам	так	4
9	Відвертість з чоловіком	так	4
10	Дивитись незнайомим людям в очі	так	5
11	Спілкування з новими людьми	так	6
12	Спілкування з дальніми родичами	так	6
13	Відстоювання своєї точки зору	так	8
14	Страх здатися дурною, такою, що не знає	так	8
15	Бути в центрі уваги, виступати в групі від трьох людей	так	9



Рисунок 1. Схематичне зображення підтримувального циклу старого переконання «Я – гірша за інших»

змінити місце роботи, закинула. Так само вчинила із заняттями з англійської мови.

Марта боїться «бути поганою», тому намагається всюди встигати вчасно, робити все якнайкраще. Оскільки вимоги до себе є завищені, то вона перебуває у постійному стані напруження, страху щось забути, не зробити. Вважає, що в роботі їй вдалося б досягнути більших успіхів, якби не її страх розмовляти з керівником, братись за нові завдання та проекти, з якими (як їй здається) вона може не справитись. Наявне недовірливо-агресивне ставлення до людей: пацієнтка сприймає оточуючих як ворогів, готових її скривдити, висміяти, звідси виникає злість. Крім того, спостерігається мікросамоушкоджувальна поведінка – обдирання шкіри на пальцях і видавлювання прищів. Якби не скарга пацієнтки на ці симптоми, терапевт ніколи б цього не зауважила, оскільки Марта схильна сильно перебільшувати наслідки такої звички. Так, одна червона плямка на чолі означає, що у неї «жахлива шкіра», а ледь помітна рисочка біля нігтя – «вкрай поганий стан рук». Внаслідок заниженої самооцінки, соціальної фобії та самоізоляції, напруження і страху критики розвинулась легка форма депресії, яка проявляється у зменненні радості від життя, нестачі сил, хронічній

втомі, пригніченому настрої, відчутті провини і нікчемності, дефіциті уваги і здатності приймати рішення. Також це позначається на інтимних стосунках із чоловіком.

Обстеження Марти поєднувало заповнення анкети, шкал Бека депресії та тривоги, первинного інтерв'ю у форматі КПТ. Пацієнтка склала ієрархію тривожних ситуацій, яка стала планом проведення поведінкових експериментів (табл. 1).

### Соціальний анамнез

Пацієнтка почала поступово замикатись у собі, відколи пішла до першого класу і зрозуміла, що дуже відрізняється від однолітків. Діти дражили та кепкували з неї, вигадували образливі прізвиська. Критичного випадку як такого нема, оскільки йдеться про травму розвитку – постійне насміхання і цькування у школі через занадто високий зріст (вона на голову вища за однолітків). У молодших класах Марта мала кілька подруг, однак починаючи із середніх класів, зовсім ізолювалась від однолітків. Школу вона закінчила на відмінно. В університеті оточуючі вже не кепкували з неї, у Марти з'явилась хороша подруга, з якою вона спілкується досі (через Скайп). Пацієнтка не намагалась

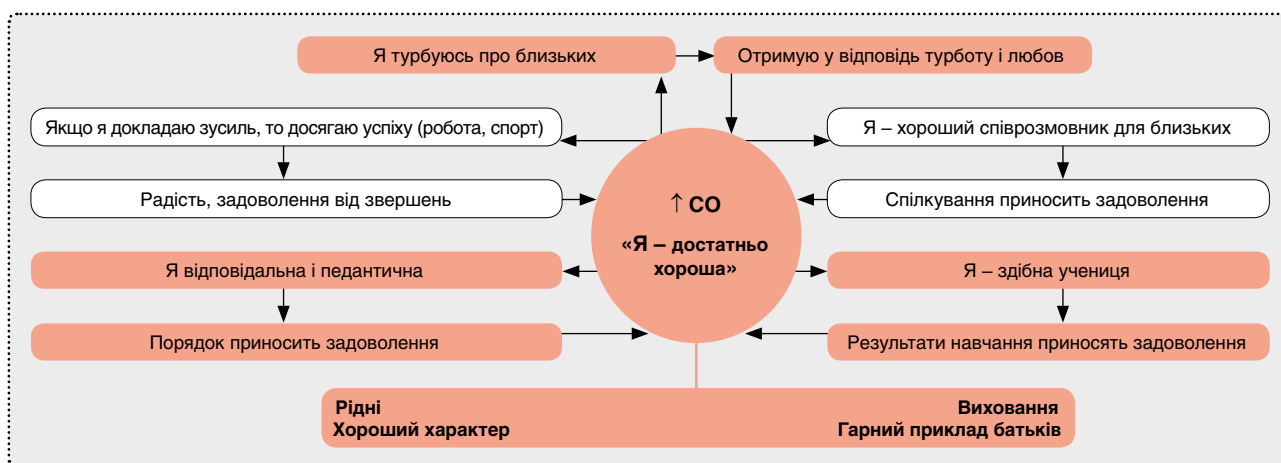


Рисунок 2. Схематичне зображення підтримувального циклу нового переконання «Я – достатньо хороша»

реалізувати себе у жодному спортивному напрямі, що дало змогу б перетворити її зріст на перевагу, наприклад у баскетболі. Навпаки, вона хвилювалась, що від цього може ще більше вирости. Із чоловіком Марта познайомилась через сайт знайомств. Протягом чотирьох місяців вони спілкувались віртуально, а лише потім зустрілись. Спочатку майбутній чоловік зовні їй не сподобався, але потім вона до нього «звикла». А після року сумісного проживання вони одружились (три роки тому). Марта хоче дітей, «але не можна — потрібно їх захищати, а сил нема», тому наразі уникає цієї теми з близькими, оскільки для неї це болісне питання.

**Сімейний анамнез**

Мама пацієнтки — учитель за фахом — займалась вихованням дітей удома, тому Марта до садочка не ходила. Вона — ідеал для пацієнтки, яка у всьому завжди слухається її. Як стало відомо, матір пацієнтки схильна до депресії, похмуро дивиться на майбутнє, не любить спілкуватись, «більше страждає, ніж радіє». У родині — негласний лідер. Батько — військовий, «грізний, але хороший», не брав активної участі у вихованні дітей. Батьки пацієнтки не знали про цькування їхньої доньки у школі, оскільки Марті було соромно про це сказати. Вона не ділилась своїми відчуттями з мамою, бо одного разу, поділившись, не отримала належного розуміння. Їй навіть здалося, що мама просто посміялась з її проблем. У сім'ї всі високого зросту, проте ця тема ніколи не обговорювалась. Зараз стосунки з батьками не є близькими. Готуючись до телефонної розмови з мамою, у якої був день народження, дівчина переживала, що скаже «щось не те», не зможе правильно привітати її, і та образиться. Важко стверджувати, чи є у депресивності та соціофобії пацієнтки генетичний компонент, та модель поведінки матері та її емоційна недоступність у критичний для Марти час стали вирішальними для формування травми розвитку. Пацієнтка має брата, який старший за неї на 4 роки, із ним стосунки нормальні, але не відверті. У нього є своя сім'я і син віком 5 років, з яким вона також «не знає, як поводитись».

**Медичний анамнез**

В дитинстві пацієнтці діагностували збільшення щитоподібної залози, яке не потребувало лікування. Терапевт рекомендувала пройти консультацію у ендокринолога, оскільки гормональні зміни щитоподібної залози можуть додавати/ посилювати симптоми депресії та тривоги. Також наявні шуми у серці, які не впливають на активність Марти.

**Діагностичні стратегії**

За отриманою інформацією було побудовано формулювання на кшталт «злаякісна квітка» («ЗК») за Мелані Феннел, а також «позитивна альтернативна квітка» («ПК»), оскільки таке формулювання найприйнятніше до укорінені глибокої думки: «Я — гірша за інших» і зниженої самооцінки (↓СО). Окремо були розшифровані підтримувальні цикли соціальної фобії та перфекціонізму, оскільки їх розуміння є ключовим у подоланні потреби пацієнтки щодо набуття впевненості у соціальних ситуаціях і толерантності як до зовнішньої, так і внутрішньої критики (рис. 1, 2).

Марта створила альтернативну «хорошу квітку», яка підтверджує її цінність і позитивну самооцінку (↑СО).

**Таблиця 2. Діагностичне формулювання проблеми за Девідом Вестбруком**

<b>Чинники схильності до розвитку психологічних проблем</b>
Сенситивний характер
Інтроверсія
Відсутність довірливих стосунків із батьками, зокрема недовіра до матері після відчуття, що «з її проблеми посміялась»
<b>Захисні чинники з минулого</b>
Нормальні стосунки з батьками
Хороші взаємини із чоловіком
<b>Критичний випадок</b>
Критичного випадку як такого немає, оскільки йдеться про травму розвитку – постійне насміхання у школі через зріст
<b>Схеми/переконавання/припущення</b>
«Я – нікчема» (довіра до думки 80 %)
«Я – гірша за інших, бо не така, як вони»
«Оточуючі хочуть мене скривдити», «Усі чужі – вороги»
«Якщо я помилуюся, оточуючі мене осудять»
«Якби я була нижчою, мене б більше любили і я була б комунікабельнішою»
«Я маю бути ідеальною, щоб інші сприймали/не кривдили мене»
<b>Тригери і модифікувальні чинники</b>
<b>Погіршують стан:</b>
потреба у відвідуванні людних місць
необхідність спілкування з незнайомими людьми
відстоювання власної думки
<b>Поліпшують стан:</b>
перебування вдома
спілкування із чоловіком
коли добре підготувалась, справилась з роботою тощо
<b>Думки</b>
Я не вмію спілкуватись, я – гірша за інших, я невпевнена, вони на мене дивляться й обговорюють, я якась не така, я не справлюсь, я можу згانیбитись
<b>Емоції</b>
Тривога, страх, смуток, сором, збентеженість
<b>Фізіологічні ознаки</b>
Почервоніння обличчя (відчуття жару в ділянці обличчя, чи червоніє – не знає), пітливість долонь
<b>Поведінка</b>
Сутулість, швидка вимова, що збивається, скутість, бажання плакати і сховатись

Таблиця 3. Узгоджені цілі психотерапії

Список проблем
Занижена самооцінка і невпевненість у собі
Соціальна самоізоляція і дискомфорт у соціальних ситуаціях
Неможливість професійного зростання і самореалізації
Легка депресія
Брак навичок у відстоюванні власної думки
Самоушкодження
Цілі психотерапії
Позбутись комплексу через зріст. Сприймати себе такою, якою є
Стати сміливішою, бути впевненішою під час спілкування з людьми
Вміти себе обороняти
Не брати чужі слова близько до серця, бути стійкою до критики
Покращити власний настрій
Припинити самоушкодження
Напрями терапії
Зниження ознак депресії
Робота зі зменшення проявів соціальної фобії
Корекція перфекціоністичних стандартів та очікувань
Корекція самооцінки

Для розуміння причин актуального стану було складено діагностичне формулювання проблеми за Девідом Вестбруком (табл. 2).

### План психотерапії

Для терапії пацієнтки використовуються елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) планів роботи з депресією, соціальною фобією і тривожністю (Robert et al., 2000). Спосіб мислення Марти дуже подібний до методів КПТ, адже сфера ІТ ґрунтується на схемах і алгоритмах.

Метою першого етапу терапії було побудувати робочий альянс із Мартою, оскільки їй недовіра до людей загалом могла б завадити встановленню терапевтичних стосунків. Паралельно відбувалась соціалізація у моделі КПТ, огляд можливостей методу і приблизні втручання. Втім, побудова формулювання і підтримуючих циклів не була одномоментною, оскільки для пацієнтки вкрай важливим є вирішення та обговорення нагальних проблем (на кожному новому прикладі дезадаптивної поведінки вдавалося доповнити формулювання проблеми та уточнити завдання терапії). Поступове «насичення» формулювання проблеми дало змогу пацієнтці краще засвоїти і використовувати набуті знання щодо зміни поведінки та реагування.

Другий етап психотерапії передбачав поведінкову активізацію, збільшення можливостей Марти і її віри у себе, поліпшення настрою для того, щоб підготуватись до третього етапу — проведення поведінкових експериментів *in vivo* за присутності терапевта. Для експериментального етапу застосовували почергові кроки з ієрархії тривожних ситуацій, вибудовували альтернативні припущення (гіпотези

А і В), а також прогноз щодо дискомфорту. Паралельно здійснювали роботу щодо зміни когнітивних установок стосовно себе, світу і людей, відстеження неадаптивних автоматичних думок; заплановано рескрипцію негативного дитячого досвіду — «буллінгу». Четвертим етапом стане узагальнення набутих навичок, аудит реалістичних переконань стосовно себе і світу, методи самопомогли і профілактика стресу, гіпотези щодо можливих чинників рецидиву і підготовка до їх подолання. Варто зауважити, що терапевту весь час потрібно бути свідомим того, наскільки важливим є саморозкриття для цієї пацієнтки, а також моделювання соціальної компетентності Марти на кожному занятті.

У таблиці 3 наведено узгоджені цілі терапії Марти.

### Динаміка психотерапії

Оскільки робота з пацієнткою продовжується, кількість сесій невелика, прогрес психотерапії — інтенсивний, я вважаю за доцільне надати короткий опис кожної сесії.

#### Перша сесія

Марта захворіла і не прийшла на першу ознайомчу зустріч групи щодо роботи з тривожністю, на якій відбувались психоедукація стосовно природи тривоги, первинна соціалізація у модель КПТ, АВС-аналіз. Проте пацієнтка отримала аудіозапис, бланки, слайди і виконала перше домашнє завдання, яке включало заповнення щоденника задоволення та АВС-аналіз у ситуаціях, коли псується настрій — ключові переживання тривога чи смутку.

#### Друга сесія

Під час заняття обговорювали, що Марта зрозуміла з аудіозапису, повторювали схему АВС-аналізу, розглядали домашнє завдання. Також зібрали анамнез і сформулювали запит пацієнтки. Дівчина відчувала потребу з'ясувати для себе, «що лікувати?»: страх спілкування чи «комплекс самооцінки», як вона його називала. За допомогою моделі КПТ («пірижок» із подачі Вестбрука) їй вдалося відчути взаємозв'язок між зміною поведінки та її ставленням до себе.

Так, під час сесії застосовували два втручання:

1. Шкала достоїнності (на протизагу глибинному переконанню «Я — нікчема»). На шкалі пацієнтка розмістила себе на позначці 20 %. На запитання: «Чому саме 20 % Ви собі приписали, що Вас відділяє від 0?» — Марта перелічила власні позитивні сторони (заміжня, тобто її любить чоловік; вона працює; у неї хороший колектив; може вважати себе доброю і розумною).

Найнікчемнішою особою пацієнтка назвала персонажа з фільму «Володар перстенів» — Горлума, а на максимумі достоїнності — її знайому Ірину. Перелічуючи характеристики Горлума, а потім Ірини, пацієнтка змогла зробити кероване відкриття: «Насправді я не така нікчема, як Горлум!». Її позиція на цій шкалі змістилась на 40 % і вона відчула себе на 60 % достоїнною.

2. Схема формування умовного рефлексу страху спілкування допомогла Марті зрозуміти, що у реальному її житті зараз немає зовсім умисної образи, яка раніше була безумовним стимулом (рис. 5).

Відповідно та образа, на яку вона з острахом чекає, є відголоском сформованого в дитинстві умовного рефлексу.

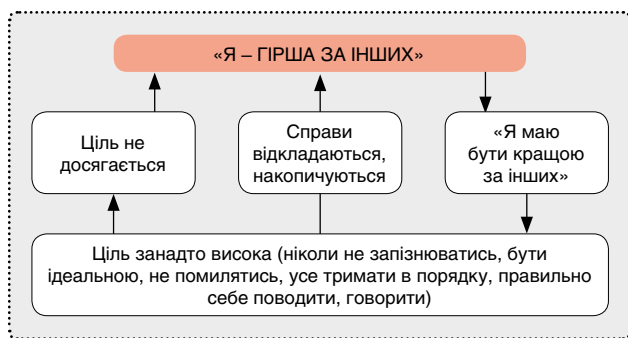


Рисунок 3. Самопідтримувальний цикл перфекціонізму

Домашнє завдання:

1. Вести щоденник задоволення — робити щось приємне для себе щодня.
2. Спланувати і підготуватись до вітання колег на 23 лютого. На сесії були зроблені певні намітки стосовно того, як можна контролювати тривогу.
3. Провести опитування з близькими на тему, що у Марти є позитивного (чоловік і подруга).
4. АВС-аналіз.
5. Скласти ієрархію тривожних ситуацій.

### Третя сесія

Марта прийшла з ідеєю, що «люди у метро насправді не думають про неї погано». Також у ситуаціях, коли вона звикла ображатись чи близько брати до серця, стала ставити собі запитання: «Що дійсно хотіла сказати людина?». Прив'язка до реальності, допомагає їй не дозволити настрою зіпсуватись, а мисленню стати емоційним. З домашнім завданням вона частково не справилась. Працювала лише зі щоденником задоволення, оскільки на 23 лютого «вдало» захворіла, тож уникла обов'язку єдиної жінки у відділі вітати колег. Також побоюлась провести опитування, що допомогло нам вийти на тему браку довірливості у подружніх стосунках. Пацієнтка остерігалась, що чоловік може віджартуватись від її прохання, що може образити її, змусити почуватись осоромленою. Отже, простежується паралель між її страхом бути осміяною мамою через «дитячі проблеми». АВС-аналіз допоміг з'ясувати, що стоїть за цим страхом і як його можна перетворити це на здобуток. Під час зустрічі розглядали ситуації із щоденника самостереження за АВС-аналізом. Типові ситуації стосувались моментів спілкування з оточуючими, які супроводжувались тривогою, провинною і соромом. Було здійснено спробу переоцінити результати цих ситуацій, аналіз ймовірності ключових автоматичних думок. За допомогою щоденника виявляли схильність Марти недооцінювати теперішній момент, наприклад «як зараз добре, шкода, що скоро це закінчиться». Адже такий шаблон нівелював задоволення від цього моменту, підтримував поганий настрій і підвищував тривожність.

Зокрема, під час сесії застосовували два втручання:

1. Проведено психоедукацію щодо роботи префронтальної кори головного мозку і майндфулнес-техніку (Mindfulness) для збільшення задоволення в нинішньому моменті, а також як «протитривожний засіб». Оскільки Марта займалась йогою, то була знайома з принципами медитації, їй вдалося розслабитись і звільнити свідомість від докучливих думок.

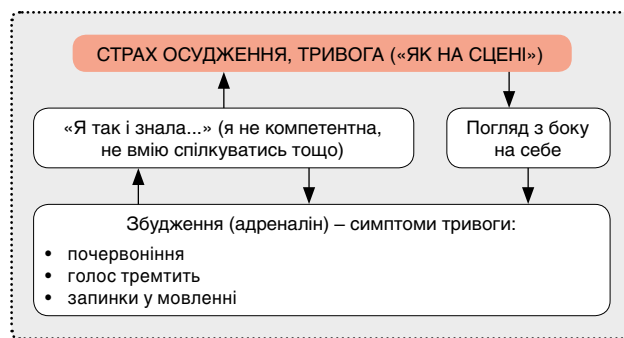


Рисунок 4. Самопідтримувальний цикл соціальної фобії

2. Вправа з тілом і поставою. Пацієнтці запропонували продемонструвати, як саме вона заходить до вагону метро, а потім подивитись на своє відображення у вікні. Далі Марта змінила сутулу поставу на більш пряму з розгорнутими плечима. На запитання: «Як вона себе відчуває в тій та іншій позиції?», — відповіла, що у другому варіанті почувується впевненіше і він подобається їй більше.

Домашнє завдання:

1. Вести щоденник задоволення.
2. Практикувати майндфулнес-техніки.
3. Провести опитування з близькими на тему, що у Марти є позитивного (чоловік і подруга).
4. Вести щоденник самостереження і протидії некорисним думкам.
5. Стежити за своєю поставою і настроєм.

### Четверта сесія

Під час цієї зустрічі вдалося приділити час для побудови формулювання проблеми, у якому активну участь брала Марта. Найзначущим для пацієнтки був чіткий опис варіантів терапевтичних втручань (наприклад, «Що ми будемо з цим робити?»), які відповідають кожній пелюстці «ЗК», тобто кожному підтримувальному циклу. Також проаналізували домашнє завдання: особливо корисним був щоденник протидії некорисним думкам — пацієнтка ділилась успіхами і шукала нові аргументи та протидію («на святі всі мають веселитись і спілкуватись, якщо я цього не роблю, отже, я — гірша», «не можна, щоб свекруха про мене погано думала»).

Домашнє завдання:

1. Намалювати «хорошу квітку» на противагу «зложаксній».
2. Відшукати в інтернеті поради стиліста і моделі одягу, які пасують жінкам високого зросту.
3. Практикувати майндфулнес-техніки.
4. Вести щоденник самостереження і протидії.

### П'ята сесія

Марта намалювала «хорошу квітку», що допомогло їй змінити «чорно-білу» точку зору на власну достойність. Моніторинг інтернет-ресурсів допоміг їй отримати велике задоволення. Вона наважилась переіряти свій зріст (він виявився на 3 см нижчим за її очікування, 183 см), вона «змирилась» із ним, визначила, що у неї гармонійні пропорції тіла, перебрала одяг і позбулась зайвого.

Під час сесії застосовували такі втручання:

1. Було проаналізовано і проранжовано ієрархію тривожних ситуацій.

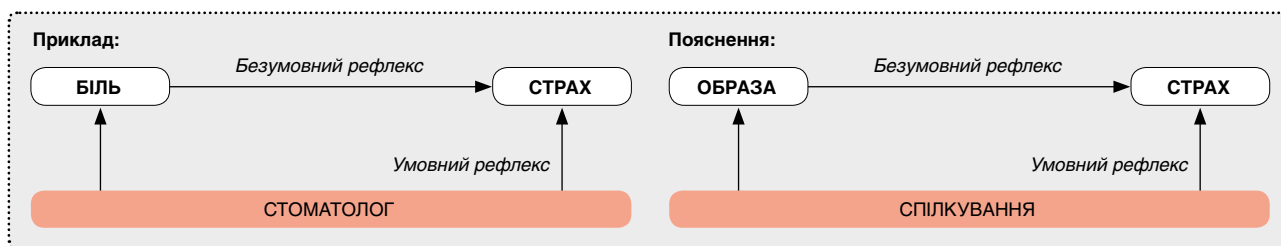


Рисунок 5. Схема формування умовного рефлексу страху спілкування

2. Пацієнтці було представлено концепцію десенсибілізації, поведінкових експериментів, поняття гіпотез А і В. На прикладах проведено роботу з бланком поведінкових експериментів.

Домашнім завданням стало проведення поведінкових експериментів:

- зустрічі з незнайомими (у коридорі і в кухні на роботі);
- спілкування з родичами (брат і бабуся).

### Шоста сесія

Пацієнтка прийшла дуже натхненна успіхами у поведінкових експериментах. Під час заняття обговорювали ситуації, зафіксовані у бланках самоспостереження і протидії. Одна, особливо критична, потребувала спільного пошуку альтернативних пояснень, що допомогло істотно знизити тривогу.

Так, під час сесії застосовували такі втручання:

1. Спільна побудова підтримуваного циклу соціальної фобії, кероване відкриття, що призвело до планування альтернативної поведінки — під час спілкування чи поїздки у метро із цікавістю ставитись до інших.
2. Правила подачі зворотного зв'язку і «Я-висловлювань», кероване відкриття з приводу ефективності. Рольові ігри.
3. Метафора «фашизм». Міркуючи над значенням цього слова, що це таке і чому його засудила світова громадськість, ми дійшли висновку, що пацієнтка використовує стосовно себе «фашистські» критерії — за зовнішньою ознакою (за зростом) вважає себе гіршою людиною.

Домашнім завданням стали поведінкові експерименти:

- похід по магазинах та контакт із продавцями і консультантами (ранг 3-й);
- на зустрічі з друзями перевірити чи отримає від спілкування задоволення або дискомфорт (ранг 7-й);
- перевірити свої очікування щодо рівня переживання й упевненості на іспиті з англійської (ранг 5-й);
- відмовитись від пропозиції рекрутера (ранг 13-й).

### Сьома сесія

Марта зазначила, що розуміння циклу соціальної фобії їй дуже зарадило, вона стала переключати увагу із себе і власних переживань на співрозмовника, що зменшило рівень тривоги і збільшило задоволення від спілкування. Пацієнтка наголосила на тому, що перестала ставитись до людей у метро з агресією, тобто більше не підозрювала їх в осудливому ставленні до неї. Успішно використовує метафори «бути собі другом» і «не бути собі фашистом» — ловить і зупиняє себе на критичних думках як стосовно себе, так й інших осіб (усвідомила, що часто судить про інших людей за зовнішністю і перестала так робити). Втім, Марта звернула увагу на нову проблему — самоушкодження шкіри і нігтів.

Втручання і застосовані техніки:

1. На підставі аналізу хвилювань через 5-хвилинне запізнання, а також інші приклади вдалося намалювати цикл перфекціонізму, обговорити його вплив на самооцінку і цілі людини.

2. Марті запропоновано попрацювати з думкою: «Запізнюватись — це жахливо», використовуючи бланк «Робота з некорисними думками». У результаті вдалося значно знизити інтенсивність переживань, а також позбутися довіри до цієї думки.

Домашнє завдання:

1. Використати бланк для роботи з думкою «Я — гірша за інших».
2. Поведінковий експеримент (поновити заняття з йоги, говорити «ні» у розмові з колегами і бабусяю, спілкуватись із начальником не лише в разі критичної потреби, телефонувати за оголошеннями і вільно контактувати при цьому).

### Восьма сесія

Над домашнім завданням пацієнтка працювала з думкою «Я — гірша за інших» у ситуації підготовки до іспиту з історії іншої країни. Згодом Марті вдалося вдвічі знизити інтенсивність негативних емоцій і довіри до думки. Під час сеансу керовані відкриття дали змогу пацієнтці зовсім позбутись як емоцій, так і віри у власні думки.

Отримані результати поведінкових експериментів, мотивували пацієнтку до нових звершень. Заплановано працювати з рангом № 11 «Спілкування з новими людьми».

Розглядали випадок панічної атаки, який викликаний страхом осуду і вербальної агресії з боку сторонніх (у ситуації, коли їх автомобіль застряг на дорозі під час снігопаду, що перешкоджало руху). Проаналізувавши власні думки і поведінку, Марта дійшла висновків:

- думка інших не може на неї прямо впливати;
- у «страшних» ситуаціях потрібно діяти і перевіряти свої думки, інакше катастрофічний прогноз закріпиться на майбутнє;
- якщо людина агресивно поводить, це не означає, що вона — погана, це більше говорить про саму людину.

До того ж під час терапії вдалося виявити думку пацієнтки, що «терапевт засмучується, коли її поведінкові експерименти не вдаються» (аналогічні установки стосуються інших — інструктора з йоги, викладача англійської).

Отже, було зроблено такі висновки:

- інші люди не очікують від неї того, що вона буде все робити ідеально;
- помиляться — це нормально;
- для гарних стосунків потрібно взаємодіяти, а не уникати людину зі страху розчарувати її.

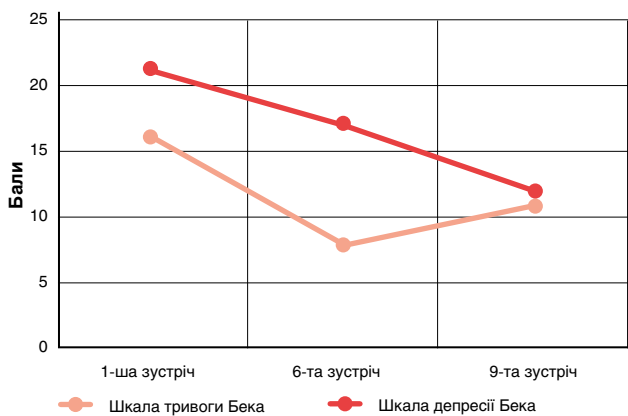


Рисунок 6. Результат психотерапії

Під час зустрічі приділяли увагу характеру, частоті й ситуаціям, у яких відбувається самоушкоджувальна поведінка. Марта ознайомилась з етапами втручання з приводу цього питання.

Домашні завдання:

1. Проведення поведінкових експериментів (спілкування з новими людьми у магазинах, консультація в аптекарів, проведення медичного дослідження щитоподібної залози, а також виконання «нового завдання на роботі»).
2. Використання алгоритму роботи з негативними автоматичними думками — за потреби.
3. Самоспостереження для підвищення самосвідомості моментів самоушкодження.
4. Відновити заняття з йоги.

### Проміжний результат терапії

Від 15 лютого до 25 березня з Мартою проведено вісім занять. Її суб'єктивний рівень самооцінки зріс від 2 до 7 балів (де 10 — оптимальний рівень для завершення терапії). Зокрема, знизилась показники шкал депресії та тривоги Бека (рис. 6). Вона перестала звично уникати тривожних ситуацій, контакт із ними і подальший аналіз зумовив зміну когніцій. До того ж стосунки із чоловіком стали довірливішими та взаємопідтримувальними. Так, за планом поведінкових експериментів (відповідно до ієрархії тривожних ситуацій) Марта подолала десять ситуацій із п'ятнадцяти.

Серед подальших терапевтичних інтервенцій було заплановано такі:

- опанувати навички асертивності та рольової гри;
- практика переживання умисних помилок і власної недосконалості;
- моделювання публічного виступу;
- рескрипція дитячого травматичного досвіду;
- програма щодо зменшення самоушкоджувальних ознак (підсилення самосвідомості, щоденник, релаксація, когнітивна трансформація пускових думок, навички протидії та імпульс-контроль);
- підсумки отриманих знань і навичок, профілактика рецидиву.

### Коментарі фахівця

Робота з Мартою уможливила актуалізувати свої знання і техніки КПТ, оскільки вони є дієвими і приводять до позитивних змін, а це мотивує мене як терапевта.

Марта — одна з перших пацієнток, з якою ми стали працювати за методом КПТ не в режимі он-лайн, а особисто. З одного боку, це мене надихнуло, адже такий контакт надає набагато більше можливостей щодо втручання, а з іншого — засмутило, бо ми переконані, що віртуальна психотерапія теж має право на життя (через брак інших можливостей, наприклад, у пацієнтів із невеликих населених пунктів). Тепер я буду міркувати над тим, як адаптувати отриманий позитивний досвід, щоб підвищити ефективність КПТ, використовуючи сучасні технології.

Мені дуже сподобалось працювати із формулюванням на кшталт «Квітка», хоча це була моя перша спроба. Тепер я використовую її під час роботи з іншими пацієнтами. Із цим суто КПТ-формулюванням вдало поєднуються образні техніки і навіть вправи танцювально-рухової терапії, адже «хороша квітка» росте, і це відчувається як на рівні уяви, так і тіла. Серед недоліків формулювання — невідповідність проблем і цілей психотерапії. Проблеми було визначено під час зустрічі, цілі ж пацієнтка сформулювала заочно в анкеті перед початком роботи. Необхідно уточнити очікування Марти і внести до переліку завдань. Можливо, через те, що обстеження було не достатньо структурованим, тема самоушкодження виникла лише при терапії за ініціативи самої пацієнтки.

Під час роботи з Мартою я наразилась на особливе її сприйняття — полярні крайнощі: з одного боку, високо-організована особистістю, якій «нічого не бракує», а з іншого — жінка, яка абсолютно безпідставно принижує себе. Можна припустити, що таке роздвоєння пов'язане із наявними в неї дорослими і «скривдженими» дитячими частками (якщо користуватись мовою теорії схем за Джефрі Янгом, 2004). Розуміння її почуттів, знання цього підходу дає змогу будувати інтервенції на усвідомлення минулого травматичного досвіду як важливого, але неактуального компонента, а також зміцнення та підтримка нинішньої, зрілої й успішної складової «Я» пацієнтки.

Слід додати, що з Мартою дуже приємно і легко працювати, вона надихає до творчості та зосередженості одночасно. Цікаво, що під час роботи із цією пацієнткою у мене виникала рекордна кількість прикладів і метафор у вигляді анекдотів, що уможлиблює проведення терапевтичного сеансу в позитивний і яскравий спосіб.

Робота над представленим клінічним випадком дійсно була корисною для мене. Я працювала над своїм перфекціонізмом, оскільки випадок не має достатньої, як на мене, кількості сесій і тривалості терапії, ба більше — без катанезу! Крім того, я переконалася у хибності власної установки щодо своєї творчості: «Я можу написати подібну роботу «одним махом», за кілька днів, інакше мені буде важко зосередитись і зібратись». Хоча насправді я працювала над цим матеріалом протягом десяти днів, щодня потроху. Це є певним досягненням для мене, яке надихає на написання інших робіт.

На завершення статті хочу подякувати Олегу Ігоровичеві Романчуку, дитячому та підлітковому психіатру, лікареві-психотерапевту (КПТ, ТРТ, EMDR, схема-терапія), акредитованому викладачеві та супервізоріві методу КПТ, співзасновникові та голові правління Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії, який був супервізором цього клінічного випадку.