

Лечение генерализованного тревожного расстройства у детей и подростков. Treatment of Generalized Anxiety Disorder

<https://www.guilford.com/excerpts/kendall3.pdf?t>

Elizabeth A. Gosch
Rachel Brookland
Megan Wolensky

Теоретические основы

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуется общей постоянной неконтролируемой тревогой и беспокойством по поводу самых разных событий и обстоятельств (Whitmore, Kim-Spoon, & Ollendick, 2014). Беспокойство и тревога, связанные с ГТР, чрезмерны, непропорциональны событию, которым они вызваны, и в подростковом и детском возрасте обычно сопровождаются по крайней мере одной из следующих физиологических реакций: трудности с дыханием, мышечное напряжение, раздражительность и проблемы со сном (Whitmore et al., 2014). ГТР у детей часто выглядит как повторяющиеся мысли об угрожающих событиях, которые произойдут в будущем, негативных последствиях, связанных с этими событиями, вместе с уверенностью в неспособности справиться с ними. Подростки с ГТР обычно беспокоятся о своем здоровье, здоровье близких, школе, своей безопасности и безопасности семьи, смерти, о том, что думают о них другие, а также о социальных проблемах, таких как бездомность (например, Muris, Merckelbach, Meesters, & van den Brand, 2002; Weems, Silverman, & La Greca, 2000). Согласно DSM-5, тревога, связанная со способностью справиться со сложной ситуацией и успеваемостью, является наиболее распространенной среди детей с ГТР (Whitmore et al., 2014). Действительно, в нашей практике мы часто видим детей, беспокоящихся о таких вещах, как сдача экзаменов, попадание в неприятные истории или проникновение злоумышленников в их дом.

Хотя беспокойство и тревога распространены в детском и подростковом возрасте, становясь постоянными они мешают повседневной жизни и причиняют значительный дистресс, затрудняя учебу в школе, ночной сон и общение с друзьями. Чтобы избавиться от беспокойства, эти дети часто стремятся получить заверения от других и стараются делать все идеально. Они испытывают больше соматических симптомов и проблем со сном, чем другие тревожные дети и подростки без ГТР (Ginsburg, Riddle, & Davies, 2006; Alfano, Ginsburg, & Kingery, 2007).

Начало ГТР обычно приходится на ранний возраст. Показатель его распространенности колеблется в пределах 0,4-5,9% (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003). Однако важно отметить, что детское ГТР недостаточно изучено, отчасти из-за внутренней природы симптомов. Как следствие, информация о специфических

этиологических или поддерживающих факторах ограничена (Kertz & Woodruff-Borden, 2011). Появляющиеся данные подтверждают применимость к детскому беспокойству и тревоге метакогнитивной модели ГТР (Wells, 1995; Wells & Carter, 2009) (Ellis & Hudson, 2010). Эта модель подчеркивает роль метакогнитивных убеждений в развитии и поддержании ГТР: убеждения детей о пользе беспокойства, наряду с убеждениями об опасности и неконтролируемости беспокойства, являются факторами, поддерживающими ГТР (Ellis & Hudson, 2010). Например, дети могут изначально верить, что их беспокойство помогает им быть в тонусе и справиться с ситуацией, но по мере усиления беспокойства они могут считать его вредным для себя и чувствовать себя бессильными повлиять на него, что приводит к усилению тревоги и дистресса.

Метакогнитивная модель ГТР подчеркивает важность того, что именно дети думают о своем беспокойстве. Далее в этой работе мы проиллюстрируем, как подходить к "мышлению о мышлении" в работе с детьми, которые могут испытывать трудности в понимании таких абстрактных когнитивных концепций.

Полученные данные свидетельствуют о том, что дети, испытывающие чрезмерное беспокойство, также склонны с трудом переносить неопределенность, имеют негативную ориентацию на проблемы (негативная ориентация на проблему - дисфункциональный набор установок, связанных со способностью решать проблемы, связывают с некоторыми психическими расстройствами, в частности, депрессией и генерализованным тревожным расстройством (ГТР) примечание автора) и пытаются избегать угрожающих когнитивных стимулов (Holmes, Donovan, Farrell, & March, 2014). Считается, что эти факторы играют определенную роль в развитии и поддержании ГТР (Dugas & Robichaud, 2007). Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для детей с ГТР также обращает внимание на эти факторы. В ходе этой терапии дети неоднократно выполняют упражнения по экспозиции, чтобы в присутствии психолога вызвать чувство неопределенности, и выработать новые убеждения о своей способности ее переносить.

Дети с негативной проблемной ориентацией могут на самом деле обладать способностью решать проблемы, однако сомневаются в своей способности это делать, поскольку считают свои проблемы слишком трудными (D'Zurilla & Nezu, 1999). КПТ помогает таким детям обрести навыки решения проблем, научиться более реально оценивать существующие проблемы и свои возможности справиться с ними. Далее в ходе терапии дети также выполняют упражнения на контролируемое воображение, где ребенок представляет пугающие ситуации и постепенно учится решать свои проблемы активными действиями, а не страхами и беспокойствами.

В других теориях тревожность считается результатом нарушенных семейных отношений: события окружающей среды в раннем детстве взаимодействуют с особенностями темперамента ребенка, усиливая или ослабляя дезадаптивные

когнитивные и поведенческие стратегии детей (Chorpita & Barlow, 1998). Некоторые из наиболее известных особенностей темперамента, связанных с тревогой у детей и подростков, включают поведенческое торможение (behavioral inhibition), преобладание негативного аффекта (negative affectivity) и избегание вреда (harm avoidance) (Mian, Wainwright, Briggs-Gowan, & Carter, 2011). Исследования показали, что дети уже в возрасте двух лет, демонстрирующие высокий уровень поведенческого торможения - стиля темперамента, характеризующегося страхом, стыдливостью, замкнутостью в новых социальных ситуациях, - подвержены риску развития тревожных расстройств (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988; Biederman et al., 1990). Было установлено, что у детей и взрослых с ГТР встречается избегание вреда и часто связано с поведенческим торможением (Rettew, Doyle, Kwan, Stanger, & Hudziak, 2006). Преобладание негативного аффекта, черта, характеризующаяся трудностью торможения, раздражительностью, преобладанием негативного фона настроения и интенсивностью негативных эмоциональных реакций, также связана с детской психопатологией, включая тревожность (Sanson, Hemphill, & Smart, 2004). КПТ подход к ГТР обязательно включает психообразование, чтобы помочь детям и их семьям понять роль особенностей нервной системы ребенка и узнать, как можно повлиять на поведение и самочувствие ребенка с помощью более адаптивных когнитивных и поведенческих стратегий, изменений в окружающей ребенка среде и через применение подходящих практик воспитания.

У детей и подростков с тревожными расстройствами выявлен ряд дезадаптивных поведенческих и когнитивных стратегий. Они ощущают тревогу как крайне неприятное чувство и обычно стараются избегать вызывающих тревогу ситуаций. Избегание приводит к кратковременному облегчению, но это облегчение (негативное подкрепление) увеличивает вероятность будущего избегания и будущих проблем с тревогой (Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006). Такое тревожное поведение, такое как просьба об успокоении или избегание ситуаций, связанных с выполнением чего-то, часто бывает непреднамеренно подкреплено вниманием или вознаграждением со стороны значимых взрослых (например, родителей и учителей). КПТ для лечения ГТР у детей включает в себя обучение релаксации и когнитивным стратегиям, чтобы помочь детям не избегать, а управлять своим физиологическим возбуждением. Психологическое воздействие в ходе сессий на воображаемые ситуации, вызывающие тревогу, дает детям возможность привыкнуть и выработать более адаптивные убеждения относительно самой угрозы и своей способности справиться с ней. Ключевая цель КПТ для лечения детской тревожности - улучшить управление неопределенными обстоятельствами (толерантность к фрустрации) - достигается за счет положительного подкрепления за приближение к избегаемым ранее ситуациям и использование адаптивных стратегий их преодоления. Кроме того, с родителями проводится работа для прекращения подкрепления дезадаптивных форм поведения ребенка, таких как поиск заверений и избегание.

Дети с тревожностью чаще имеют родителей с тревожным расстройством, чем дети без тревожности (Burstein, Ginsburg, & Tein, 2010). Амбивалентные стили воспитания, связанные с тревожностью у детей и подростков, включают высокий уровень родительского контроля, особенно контроля, ограничивающего или угрожающего автономии ребенка (чрезмерная защита, сверхконтроль), а также отсутствие эмоциональной теплоты (отвержение, критика ребенка, слабое участие или эмоциональная поддержка; McLeod, Wood, & Weisz, 2007; Borelli, Margolin, & Rasmussen, 2015). В некоторых обзорах признается, что и родитель, и ребенок играют определенную роль в создании общей динамики родительской и детской тревожности (например, Negreiros & Miller, 2014). Например, замкнутое и стеснительное поведение ребенка может вызвать чрезмерную родительскую заботу, а чрезмерная родительская забота может ограничить развитие в ребенке самостоятельности. Тревожное воспитание часто связано с чрезмерной опекой и тревожностью родителей и может быть описано как поощрение тревожных когнитивных и избегающего поведения у детей (Brakel, Muris, Bogels, & Thomassen, 2006). В исследовании детей с ГТР, сепарационной тревогой и социальной фобией ожидания родителей в отношении угроз ребенку и семейная дисфункция (по оценкам ребенка), значительно предсказывали преувеличенную оценку ребенком угрозы в различных ситуациях (Blossom et al., 2013). Манассис и др. (2014) определили несколько препятствий для успешного лечения ребенка, связанных с родителями, которые мы также встречали в нашей практике, включая родительскую тревожность, тревожный стиль воспитания, родительскую фрустрацию, выражаемую ребенку, и склонность родителей непреднамеренно поощрять избегающее поведение.

В качестве средства для устранения этих препятствий в рамках КПТ для ГТР родителей обучают помогать детям практиковать новые навыки дома (например, позитивную ориентацию на проблемы, релаксацию, самоинструктирование) и воздействовать на ситуации или деятельность ребенка в реальных условиях, что способствует генерализации навыков. Психологи обучают родителей тому, как правильно подсказывать, поощрять и подкреплять адаптивное поведение (например, "смелое" поведение), а также как не подкреплять дезадаптивное поведение (например, просить об утешении). Родителей поощряют самим моделировать позитивную ориентацию на решение проблем, тем самым показывая положительный пример того, как можно испытывать тревогу/ беспокойство и справляться с ним. В нашей работе с семьями мы поощряем предоставление большей автономии детям, поддержку независимости и меньшее участие родителей для того, чтобы у ребенка появилась самоэффективность и его поведение стало более адаптивным.

Оценка

Оценка тревожных расстройств у детей и подростков может быть проблематичной. Она требует использования нескольких методов (например, интервью, опросники) и различных внешних источников информации, таких как, родители и учителя. Важные области, на которые следует обратить особое внимание, включают характер и интенсивность симптомов тревоги, а также текущий социальный контекст (например, дома и в школе). Функциональная оценка поведения в ситуациях, в которых ребенок испытывает трудности, часто дает ценную информацию об условиях, которые вызывают и поддерживают тревогу ребенка. Определенные антицеденты и последствия могут быть связаны с адаптивными и дезадаптивными реакциями ребенка. Также очень важно оценить дефицит навыков (например, социальных навыков, проблем с обучением), который могут лежать в основе детской тревожности, и эта информация может стать частью лечения. При ведении ГТР следует оценить метакогниции ребенка - воспринимаемую ребенком самооффективность, чувство контроля, терпимость к неопределенности и стиль проблемной ориентации. Также важно оценить вероятность угрозы, реальную опасность ситуации и величину негативных последствий для ребенка. Четкая картина ситуации до лечения может послужить основой для эффективного лечения. Структурированные и полуструктурированные диагностические интервью, такие как Опросник тревожных расстройств для DSM-5, родительская и детская версии (ADIS-5; Albano & Silverman), позволяют клиницистам провести тщательную оценку психических расстройств. Если временные ограничения не позволяют использовать ADIS-5 в полном объеме, клиницисты все равно найдут подробные диагностические вопросы полезными для оценки конкретных симптомов, связанных с ГТР.

В дополнение к диагностическим интервью, опросники предоставляют общую информацию, а также информацию, специфичную для тревоги. В настоящем обсуждении мы ограничимся несколькими наиболее известными стандартизированными опросниками, которые обладают хорошими психометрическими свойствами. Эти опросники требуют совсем немного времени для проведения и оценки, что делает их весьма полезными в клинических условиях. Несколько шкал самоотчета могут помочь клиницистам в дифференциации различных тревожных расстройств, депрессии и других расстройств у детей. Два хорошо известных опросника, на которые стоит обратить внимание, включают Многомерную шкалу тревожности для детей (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997) и Скрининг тревожности и связанных с ней эмоциональных расстройств (SCARED; Birmaher et al., 1999). MASC, получивший положительную оценку в различных странах и культурных контекстах, предлагает индекс ГТР, который поможет отличить детей с тревожными расстройствами от детей с депрессией или без расстройств (Villabø, Gere, Torgersen, March, & Kendall, 2012). MASC также предоставляет информацию о специфических факторах тревоги: физических симптомах, социальной тревоге, избегании вреда, сепарационной тревоге и паники. SCARED - это опросник для детей и родителей,

который соответствует классификации тревожных расстройств DSM-IV. Доступный бесплатно в Интернете, этот инструмент измеряет несколько областей, включая ГТР, панику, соматику, сепарационную тревогу и школьную фобию.

Помимо оценки тревожности в целом, может быть полезно оценить специфические аспекты тревожности. Измеритель тяжести генерализованного тревожного расстройства для детей 11-17 лет (10 пунктов; Craske et al., 2013) (Severity Measure for Generalized Anxiety Disorder), Детский опросник беспокойства Пенсильванского университета (Penn State Worry Questionnaire for Children) и Шкала нетерпимости к неопределенности для детей (27 пунктов; Comer et al., 2009; Read, Comer, & Kendall, 2013) (Uncertainty Scale for Children) позволяют легко отслеживать основные симптомы ГТР с течением времени, поскольку они содержат относительно немного пунктов и доступны бесплатно в Интернете (более полный обзор опросников тревожности и нетерпимости к неопределенности см. в Ginsburg & Affrunti, 2013). Еще один показатель, чувствительный к изменениям с течением времени, - Coping Questionnaire (CQ; родительская и детская версии; Kendall, 1994) - оценивает способность ребенка справляться с вызывающими тревогу ситуациями, которые определяются в ходе интервью. Ребенок и родитель оценивают способность ребенка справляться с каждой из них по 7-балльной шкале (от 1 = "совсем не могу помочь себе" до 7 = "полностью могу помочь себе чувствовать себя комфортно"). Пересмотренный опросник страхов для детей - в детской и родительской версии (FSSC-R; Ollendick, 1983) (Revised Fear Survey Schedule for Children) позволяет клиницистам определить специфическую чувствительность ребенка к страхам, предоставляя информацию о том, на что направлены его переживания. Другой важный показатель эффективности основан на разработке иерархии провоцирующих тревогу ситуаций, и он специфичен для каждого ребенка. Стандартизированные оценки тревожности и избегания ребенка по каждому пункту этой иерархии дают возможность отслеживать улучшения в течение курса лечения.

Лечение

Большое количество исследований о лечении ГТР указывают на эффективность когнитивно-поведенческого подхода для лечения тревожных расстройств, включая ГТР у детей и подростков. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) подтвердили эффективность КПТ для лечения детей с тревожными расстройствами, причем 55-65% прошедших лечение детей и подростков после окончания лечения больше не имели тревожной симптоматики (например, Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997; Kendall et al., 1997; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008; Short, Barrett, & Fox, 2001; Walkup et al., 2008; Hudson et al., 2009). Было разработано несколько специфических КПТ-протоколов, специфичных для ГТР, которые делают дополнительный акцент на когнитивных факторах, связанных с беспокойством, проблемами со сном и перфекционизмом (например, Clementi & Alfano, 2013; Payne, Bolton, & Perrin, 2011). РКИ, проведенные в отношении применения протокола "Не

беспокойся! No Worries!", программы групповой терапии для детей с ГТР, также предоставило весомые доказательства в поддержку эффективности этого подхода (Holmes, Donovan, Farrell, & March, 2014; Holmes, Donovan, & Farrell, 2015).

Возможно, один из наиболее исследованных КПТ-протоколов для лечения тревожности у детей, программа Coping Cat, сочетает в себе различные поведенческие стратегии, такие как воздействие (экспозиция) в естественных условиях, с когнитивными стратегиями, такими как поиск решения проблем (Podell, Murchaili- szyn, Edmunds, Puleo, & Kendall, 2010) (словом "воздействие" и "экспозиция" называют противостояние стимулу, вызывающему страх - прим.переводчика). Программа состоит из 16 сеансов, которые описаны в существующем платном руководстве для психолога. Прилагаемая к программе рабочая тетрадь содержит задания для детей, которые они могут выполнять во время сеансов и между ними. Приложение Coping Cat Parent Companion (Kendall, Podell, & Gosch, 2010) предоставляет родителям психообразовательную информацию о тревожности и программе лечения их ребенка. Цель программы Coping Cat - научить детей распознавать признаки тревоги и выработать стратегии, позволяющие справляться с ситуациями, вызывающими тревогу. Программа фокусируется на формировании навыков преодоления тревоги (например, самоинструктирование, навыки решения проблем) и последующей практике использования новых навыков через экспозицию - воздействие ситуаций и мест, вызывающих тревогу.

Мы обнаружили, что при применении протокола Coping Cat к ГТР помогают конкретные стратегии. Учитывая абстрактный характер когнитивных составляющих у детей и подростков, мы считаем полезным экстернализировать когнитивный процесс, помогая детям создать персонажа, который включает в себя их дезадаптивные когниции, например, "Жука беспокойства" или "Монстра "что если?". Мы обнаружили, что в такой форме детям легче распознать "ловушки мышления" и "дать отпор" своим дезадаптивным мыслям.

Экспозиция *in vivo* может быть направлена на перфекционизм (например, сдать в школе наполовину выполненное домашнее задание), преодоление неопределенности (например, изменение семейных планов) и нарушение правил/ попадание в неприятности (например, намеренная беготня по коридорам). Чтобы изменить схемы тревоги можно использовать воображение - дети придумывают историю о событии, которого они боятся (например, кто-то вломился в их дом), а затем добавить нелепый поворот (например, грабитель превратился в единорога, который принес ребенку мармелад). По мере того как ребенок неоднократно "просматривает" эту историю или картинку, эмоциональное состояние меняется, и тревога, как правило, рассеивается. Чтобы справиться с тем, что ребенок тревожится постоянно в течение дня, мы просим детей выделять для переживаний специальное время - 10 минут каждый день. Они могут сделать "ящик для беспокойства", в который помещают список своих тревог, и проводить 10 минут каждый день, просматривая их вместе с кем-то из родителей. Когда в течение дня

у них возникает беспокойство, они замечают его и физически (в форме записки) или мысленно кладут его в "коробку для беспокойства", чтобы просмотреть во время назначенного времени для беспокойства. Часто, когда наступает время беспокойства, дети забывают об этом или находят эти мысли и образы менее тревожным. Таким образом, мы поощряем стратегическое использование модификации внимания и осознанности, но не подавление или избегание страхов, лежащих в основе беспокойства. В дополнение к воздействию в естественных условиях, детям с ГТР часто помогает экспозиция в воображении, которая направлена на переживания и страхи о причинении вреда. Например, дети, страдающие ГТР, могут переживать по поводу смерти в семье или семейных финансовых проблем. В таких ситуациях в ходе экспозиции в воображении ребенка просят подробно описать ситуацию и обсудить страхи (Kendall et al., 2005). Приведенный ниже пример клинического случая иллюстрирует ряд вышеупомянутых стратегий в лечении ГТР у детей.

Пример из практики

Роберт - семилетний кавказский мальчик, который поступил на лечение после того, как в результате обследования (ADIS-IV; Silverman & Albano, 1996) были подтверждены диагнозы ГТР, сепарационное тревожное расстройство и большое депрессивное расстройство в полной ремиссии. ГТР было определено как наиболее проблемная область. В то время мальчик проживал в крупном мегаполисе с матерью, отцом и младшей сестрой. Его основные переживания касались причинения ему вреда. Роберт чрезмерно беспокоился о грабителях, убийцах, ночных преступлениях и боялся "центрального" района города, потому что там жили "плохие люди". Он также выражал беспокойство о будущем. Например, всякий раз, когда он видел на стене граффити, он беспокоился, что вырастет и будет делать граффити и "другие плохие вещи". Роберт каждую ночь по несколько раз проверял замки на дверях и систему сигнализации. Кроме того, Роберт чрезмерно беспокоился о событиях, происходящих в мире, и испытывал страх, услышав в новостях криминальный сюжет. Все это вызывало у него трудности с концентрацией внимания, проблемы со сном, а также раздражительность.

На предварительном обследовании общий балл Роберта по шкале MASC был равен 56 и соответствовал высокому уровню среднего диапазона, оценка его матери по шкале MASC, равная 47, входила в средний диапазон. 15 баллов по Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) указывали на средний уровень выраженности симптомов. Ребенок отметил пункты, связанные с проблемами со сном, а также с беспокойством по поводу различных болей. Примечательно, что также Роберт указал, что уверен в том, что с ним произойдут плохие вещи, что он ненавидит себя и что он не уверен, любит ли его кто-нибудь.

Роберт указал в опроснике Coping Questionnaire (Kendall, 1994), что ему было трудно справиться с беспокойством когда его родители уходят куда-то в вечернее время, когда он беспокоится о грабителях или когда он беспокоится о том, что

сделал что-то "плохое". Наконец, по шкале Children's Global Assessment Scal (CGAS; Shaffer et al., 1983), числовой шкале от 1 до 100, используемой клиницистами для оценки общего функционирования (100 баллов - оптимальное функционирование), Роберт получил оценку CGAS 52, что указывало на заметные проблемы во многих областях.

Роберт проходил лечение по протоколу Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006). Обучение включало управление соматическими проявлениями, релаксацию, когнитивную реструктуризацию и навыки решения проблем, после чего в экспозиции отрабатывались приобретенные навыки преодоления тревоги в ситуациях, связанных с вызывающими страх стимулами. В ходе программы Роберт научился распознавать, управлять и эффективно справляться со своей тревогой. Во время первых восьми занятий в протоколе "Coping Cat" используется аббревиатура FEAR для описания плана, которому обучают детей, чтобы они лучше справлялись со своей тревогой. Каждая буква представляет собой шаг в программе. Здесь он описан здесь так, как он разворачивался на этапе формирования навыков у Роберта. Кроме того, задания "Покажи, что я могу" (Show-That-I-Can, STIC) служат в качестве межсессионных заданий, чтобы перенести то, что было изучено на сессии, в естественную среду (и таким образом закрепить результаты лечения). Исследования показали, что психологические домашние задания, часто используемые в КПТ, способствуют значительным улучшениям (Burns & Spangler, 2000; West, Dozois, & Marcus, 2007; Hudson & Kendall, 2005). В начале каждой сессии проводится обзор задания FEAR и подкрепление его выполнения.

Фаза формирования навыков (сессии 1-9)

Сессия 1: Установление контакта и ориентация на лечение

Цели первой сессии - познакомить ребенка и родителей с программой, представить план FEAR и дать первое задание, установить взаимопонимание. На первой сессии Роберт выглядел энергичным, разговорчивым и иногда гиперактивным. Сначала психолог обсудил с Робертом и его матерью цели и структуру терапии и предложил открытый диалог по поводу любых вопросов, комментариев или замечаний. Затем психолог встретился с Робертом наедине и предложил ему поиграть в игру с вопросами, чтобы они могли лучше узнать друг друга. Психолог обсудил с Робертом его общие цели - не испытывать стресса в ночное время и в целом чувствовать себя в большей безопасности. Как отмечает ДиДжузеппе (1989), обсуждение конечных целей ребенка в начале терапии, вместо того чтобы сосредотачиваться на более конкретных целях сессии, является одним из способов установления взаимопонимания и сохранения мотивации. Затем Роберта спросили, не хочет ли он выбрать игру, чтобы поиграть с психологом. Роберт предложил психологу игру-рисовалку, в которую он хотел бы играть в конце каждого сеанса в качестве своего рода традиции на весь оставшийся период лечения. Эта игра представляла собой награду за работу на каждом сеансе.

Помощь ребенку в определении и создании вознаграждений на ранних этапах лечения приносит пользу в дальнейшем при проведении экспозиций.

Сессия 2: Определение тревожных чувств

Детям, страдающим от тревоги, не хватает осознания своей способности управлять своими эмоциями и уверенности в том, что они способны справиться с тревожными переживаниями (Southam- Gerow & Kendall, 2000; Suveg & Zeman, 2004). Вторая сессия программы Coping Cat посвящена тому, чтобы обучить ребенка выявлению и распознаванию тревожных чувств, и при этом нормализовать его переживания. Сначала психолог поговорил с Робертом о том, что разные чувства по-разному проявляются в нашем теле, и это может служить подсказкой, когда мы начинаем чувствовать себя плохо. Состоялся следующий разговор:

Психолог: Хорошо, Роберт, ты упомянул, что твоя сестра чувствовала себя плохо на прошлой неделе. Но если она не сказала тебе, что ей плохо, как ты мог об этом узнать?

Роберт: Ну, она лежала на диване, свернувшись калачиком.

Психолог: Хм. То есть ее тело казалось очень неподвижным и ленивым. Почему, как ты думаешь?

Роберт: Потому что она неважно себя чувствовала и, возможно, устала или что-то в этом роде.

Психолог: Да, это, вероятно, верно! Как выглядело ее лицо, Роберт?

Роберт: Оно выглядело каким-то грустным, я думаю.

Психолог: Значит, то, как выглядело ее лицо и тело, многое говорило тебе о ее самочувствии, даже если она не говорила тебе вслух, что больна?

Роберт: Да.

Психолог: Подумай, могут ли эти вещи быть подсказками о том, как человек себя чувствует?

Роберт: Думаю, да.

Психолог: Отлично! Теперь давайте представим, что мы детективы, Роберт, и воспользуемся этими подсказками. У вас дома есть собака?

Роберт: Да, моя собака Микки!

Психолог: Отлично! Когда Микки виляет хвостом и наострил уши, и он расхаживает по кухне, как ты думаешь, что он чувствует?

Роберт: Счастье!

Психолог: Конечно! А как ты можете определить, когда Микки напуган?

Роберт: Его хвост ходит между ног, а уши иногда опускаются, и если он боится кого-то, то обычно лает, чтобы сказать нам об этом.

Психолог: Совершенно верно, моя собака тоже так делает, когда ей страшно! Это все хорошие подсказки, которые говорят нам о том, что собака чувствует.

После этого обсуждения психолог помог Роберту составить "словарь чувств". Роберт просматривал журналы и вырезал изображения лиц с различными

эмоциями. Затем он продемонстрировал способность определять различные чувства, наклеивая их на чистый лист бумаги и обозначая под ними эмоцию. Психолог потратил несколько минут на то, чтобы Роберт начал строить свою иерархию страхов - диаграмму, которая определяет и ранжирует ситуации, вызывающие у него страх. Иерархия Роберта включала пункты, связанные со страхом разлуки с родителями и безопасности (например, что мама или папа будут застрелены или зарезаны, когда они на работе или делают свои дела, что серийный убийца придет в дом ночью). Роберт придумал свою собственную субъективную шкалу единиц дистресса (SUDs) (Wolpe, 1969) с числами 1-1000, используя приращения 100 для оценки своего дистресса. Иерархия страхов и их оценка при помощи SUDs применялась на протяжении сессий 1-9 для подготовки к фазе экспозиции страху.

Сессия 3: Выявление соматических реакций на тревогу

На третьем занятии обсуждаются специфические соматические реакции на тревогу, ребенок узнает как распознать эти реакции и вводится шаг "F" (feeling frightened) в плане FEAR. Психолог нормализовал переживание Робертом страха, используя аналогию с ложной пожарной сигнализацией, чтобы помочь ему понять, что физические симптомы тревоги могут быть подсказкой, когда он начинает беспокоиться или бояться.

Психолог: Срабатывала ли раньше в твоей школе пожарная сигнализация?

Роберт: Да.

Психолог: И она была громкой?

Роберт: Она была такой громкой, что я думал, у меня уши отвалятся!

Психолог: Ух ты, как громко! Что ты чувствовал, когда сработала пожарная сигнализация? Чувствовал ли ты что-нибудь в своем теле?

Роберт: Ну, сначала это меня очень удивило, и мое сердце начало биться очень-очень быстро, как будто вырываясь из груди!

Психолог: Еще бы! Знаешь, первый шаг в плане FEAR - это какая буква, как ты думаешь?

Роберт: "Ф"?

Психолог: Именно так! Шаг "F" - первый, и он означает "Чувствовать страх".

Иногда, когда мы чувствуем страх, наше тело реагирует на него, и дает нам сигнал тревоги. Первый сигнал тревоги может заставить ваше сердце забиться "бум-бум-бум", наше тело понимает, что рядом опасность, еще до того, как ты успел об этом подумать! Но ведь в школе пожарная сигнализация срабатывает по разным причинам, верно? Она может сработать, потому что кто-то дернул ее, или потому что она сломалась, или даже просто для тренировки. Но есть ли опасность в таких ситуациях?

Роберт: Скорее всего, нет.

Психолог: Точно! Но сигнализация включилась и твое тело все равно реагирует так, как будто опасность есть, и это заставляет на минуту почувствовать настоящий страх, верно?

Роберт: Верно.

Психолог: Иногда беспокойство или тревога проявляются точно так же. Мы можем испытывать страх даже тогда, когда опасности нет, как при ложной тревоге. Мы с тобой будем практиковаться в том, как определить, когда происходит ложная тревога, чтобы ты не думал, что тебе угрожает опасность, когда на самом деле никакой опасности нет. Один из способов определить ложную тревогу - обратить внимание на эти признаки в теле.

Затем психолог попросил Роберта лечь на большой кусок ватмана на полу, чтобы очертить контуры его тела и вырезать рисунок. Это поможет Роберту определить расположение своих собственных сигналов и таким образом начать распознавать подсказки тела, когда он чувствует тревогу. Например, Роберт рассказал о том, что его сердце иногда колотится, когда он думает об убийцах. Психолог попросил Роберта показать это на бумаге, и он раскрасил сердечко в месте груди и написал рядом: "Сердце стучит - бум бум бум". Затем психолог помог Роберту попрактиковаться в использовании этих соматических реакций в качестве подсказок, используя технику ролевой игры. В частности, психолог использовал процедуру "сопровождения" (Ollendick & Cerny, 1981), сначала разыграв свой собственный пример страха перед большой собакой, жившей в парке. Психолог притворился, что выходит через парадную дверь и идет в сторону парка. Он описал различные подсказки тела (например, "Я чувствую, как учащается сердце, кисти рук сжимаются в кулаки"). Роберт, в свою очередь, рассказал о недавнем опыте поездки на американских горках, перед и во время которой он чувствовал нарастающие телесные ощущения (например, бабочки в животе во время ожидания в очереди, во время поездки сильно колотилось сердце). Психолог попросил Роберта постараться впредь прислушиваться к знакам тела, если он будет испытывать тревогу на следующей неделе.

Сессия 4: Первая встреча с родителями

Четвертая сессия - это встреча с родителями, где предоставляется дополнительная информация о лечении, обсуждаются вопросы и проблемы родителей, собирается дополнительная информация о жизни ребенка и обсуждаются способы вовлечения родителей в лечение. Психолог деликатно обсудил особенности взаимодействия родителей и тревожных детей, и спросил родителей, участвовали ли они когда-либо в подобных взаимодействиях. Психолог предложил родителям проследить за своим поведением в течение недели, чтобы понять, не замечают ли они поведения, которое может играть роль в поддержании у Роберта тревоги, беспокойства и избегания. Их также попросили следить за тем, как они сами моделируют тревогу, избегают вызывающих тревогу ситуаций, а также за другими переменными, связанными с ГТР (например, нетерпимость к неопределенности, беспокойство, чрезмерный контроль, эмоциональное отвержение). Родители Роберта уже применяли множество позитивных и поддерживающих техник, чтобы помочь Роберту справиться с его тревогой. Однако следует отметить, что многие родители тревожных детей сами испытывают

тревогу, и клиницисты должны быть готовы к работе с родителями, которые не осознают, что они показывают ребенку пример плохих стратегий преодоления, негативный стиль взаимодействия между родителями и детьми или просто проявляют чрезмерное беспокойство и приспособленчество к тревоге своего ребенка. Важной функцией родительских сессий может быть обучение родителей тому, как эффективно управлять тревогой ребенка и своей собственной тревогой вместо того, чтобы поддерживать в ребенке поведение избегания. При этом важно нормализовать желание родителей защитить и успокоить своего ребенка. Это может значительно облегчить такой не всегда легкий разговор.

Сессия 5: Обучение релаксации

Пятая сессия посвящена анализу мышечного напряжения и обучению релаксации. Для начала психолог попросил Роберта представить момент, когда он чувствовал себя полностью расслабленным, и исследовать ощущения своего тела. Затем психолог попросил Роберта снова представить себе пример с американскими горками, использованный на предыдущей сессии, и использовал имагинативные техники, чтобы помочь вспомнить, что чувствует тело в момент напряжения. Затем было проведено сравнение того, как он чувствует себя расслабленным, а не напряженным. Психолог также помог Роберту экстернализовать эти телесные ощущения страха, помогая ему описать эти чувства словесно, и Роберт придумал метафору "Невероятный Халк берет верх" в качестве описания своих чувств. Экстернализация и обозначение тревоги создает общий язык между психологом и ребенком и, как результат, может помочь детям лучше концептуализировать эти чувства и связанные с ними когниции. Сначала психолог ввел техники релаксации, практикуя с Робертом дыхание животом. У Роберта был ранее успешный опыт в этом и он сказал, что дыхание помогает его телу чувствовать себя спокойнее. Затем психолог попросил Роберта потренироваться напрягать и расслаблять тело, чтобы еще больше преувеличить разницу, используя сценарий Кёппена (1974) для прогрессивной мышечной релаксации для детей. Ниже приводится отрывок из сценария, который был применен на этом сеансе с Робертом:

Психолог: Хорошо, Роберт, мы только что говорили о напряжении и расслаблении. Обычно мы чувствуем напряжение, когда испытываем стресс или чего-то боимся. Ты согласился с тем, что чувство расслабления намного лучше. Теперь, когда мы знаем, как заметить, когда "Невероятный Халк" берет верх, мы можем использовать расслабляющие упражнения, чтобы заставить его уйти, и ты снова почувствуешь себя расслабленным. Трудно бояться, когда мы чувствуем себя по-настоящему расслабленными, верно?

Роберт: Верно. Я бы хотел чувствовать себя расслабленным и счастливым все время. Это было бы легко.

Психолог: Ну, иногда нам просто нужно практиковаться, чтобы нам стало легче, верно? Так что давайте потренируемся расслаблять мышцы. Если достаточно попрактиковаться, расслабление будет происходить естественно, само по себе!

Роберт: Хорошо.

Психолог: Хорошо. Сядь поудобнее в кресло и сделай несколько глубоких вдохов животом. Поставь обе ноги на пол, а руки расслабь. Если хочешь, можно закрыть глаза. Готов начать?

Роберт: Я готов.

Психолог: Хорошо, начинаем. Не забывай дышать и старайся обращать внимание на свое тело. Представь, что у тебя в левой руке целый лимон. Теперь сильно сожми его. Постарайся выдавить весь сок. Почувствуй, как напрягаются кисть и рука, когда ты сжимаешь лимон. Теперь брось лимон. Обрати внимание на то, что чувствуют твои мышцы, когда они расслаблены. Возьми другой лимон и сожми его. Постарайся сжать этот лимон сильнее, чем первый. Именно так. Очень сильно. Теперь брось лимон и расслабься. Посмотри, насколько лучше чувствуют себя твоя рука и кисть, когда они расслаблены.

Тот же процесс нужно повторить с правой рукой и кистью, затем следуют упражнения для рук и плеч, челюсти, лица и носа, живота, ног и ступней. Затем психолог обсудил с Робертом, в какое время он может практиковать и использовать эти новые навыки. Мальчик отметил, что в вечернее время он испытывает наибольший стресс. В конце сеанса Роберту предложили объяснить и показать своей матери новые навыки расслабления. Психолог дал матери Роберта аудиозапись, на которой психолог проговаривает все этапы шаг за шагом, чтобы Роберт мог продолжать практиковать навыки релаксации дома каждый вечер.

Сессия 6: Выявление тревожной внутренней речи и обучение противостоянию мыслям

В начале шестой сессии психолог напомнил Роберту упражнение по релаксации для закрепления результатов, и Роберт сообщил, что ему хорошо удается заниматься вместе с записью каждый вечер и что это стало частью рутины отхода ко сну. Цели занятия 6 - ввести понятие самоинструктирования, отличить тревожную внутреннюю речь от внутренней речи, направленной на преодоление тревоги, и ввести шаг "Е" (expecting) в плане FEAR.

Для начала Роберт рассматривал нарисованных персонажей в определенных ситуациях и пытался угадать, о чем они думают и как себя чувствуют (т.е. что находится в их "мыслепузыре"). Например, одна ситуация в рабочей тетради Coping Cat описывает двоих детей, которые собираются кататься на коньках. Один ребенок никогда раньше не катался на коньках, другой - опытный конькобежец. Роберт и психолог обсудили различия в чувствах и мыслях персонажей, чтобы помочь Роберту понять, что "ожидание того, что произойдет что-то плохое" часто ассоциируется с чувством тревоги, в то время как мысль о том, что можно попробовать, справиться и получить удовольствие, часто ассоциируется с позитивными чувствами. Психолог объяснил, что следующий шаг в плане FEAR, шаг "Е" ("ожидание"), заключается в том, чтобы научиться чувствовать себя лучше, изменив тревожную внутреннюю речь на самоинструктирование, направленное на

преодоление тревоги. Используя технику "сопровождения" психолог провел Роберта через весь процесс.

Психолог: Хорошо, Роберт, давай попробуем использовать один из твоих примеров. Мы много говорили о том, что ты нервничаешь и боишься, когда папа уходит ночью по делам. Может быть, мы можем использовать этот пример?

Роберт: Конечно.

Психолог: Хорошо, отлично. Что происходит, когда папа собирается уходить?

Роберт: Мне становится страшно, и я обычно прошу его не уходить, но это не помогает. Он все равно уходит, и я беспокоюсь.

Психолог: Когда ты начинаешь беспокоиться, это как будто Невероятный Халк берет над тобой верх?

Роберт: О, да.

Психолог: Что бы ты написал в "мыслепузыре" Невероятного Халка, когда папа выходит из дома?

Роберт: Он думает: "Папу подстрелят в продуктовом магазине, и он умрет".

Психолог: Хорошо, ты пытался уговорить папу остаться дома, но он все равно ушел. Чувствуешь ли ты страх? Что происходит в твоём теле?

Роберт: Да. Мое сердце колотится, и я плачу.

Психолог: Хорошо, ты сделал шаг "F" (feeling frightened) - ты понял, что чувствуешь страх, возможно, ты пытаешься сделать вдох животом и расслабиться, но Невероятный Халк становится сильнее, и ты начинаете бояться еще больше, и ты продолжаете думать, что папу могут застрелить. Помнишь, что шаг "E" означает "ожидание плохого"? Давайте пройдемся по вопросам шага "E" и представим, что мы детективы, собирающие улики. Первый вопрос: "Знаю ли я наверняка, на 100% что это произойдет?".

Роберт: Ну, нет, не знаю. Я просто боюсь, что это произойдет.

Психолог: Скажи мне, это случилось раньше с кем-то из твоих знакомых?

Роберт: Ни с кем из моих знакомых, но я часто слышу об этом в новостях, и я знаю, что это один раз произошло недалеко от места, где я живу.

Психолог: Понятно, но не с теми, кого ты знаешь.

Роберт: Нет.

Психолог: Итак, как ты думаешь, насколько вероятно, что это случится с папой?

Роберт: Наверное, не очень, но есть много плохих людей и убийц, которые гуляют по ночам.

Психолог: Как ты думаешь, мы могли бы попробовать использовать некоторые мысли, помогающие справиться с ситуацией, и посмотреть, поможет ли это успокоиться Невероятному Халку? Кто знает, может, это поможет.

Роберт: Наверное.

На этом этапе психолог помог Роберту провести мозговой штурм различных альтернативных мыслей, в которые он мог бы поверить. Он придумал: "С папой, наверное, все будет хорошо, и он скоро вернется домой". Психолог помог Роберту сделать копинг-карточку с этой мыслью, чтобы напоминать ему о ней. Хотя Роберт,

смог придумать альтернативные мысли, но он не чувствовал уверенности в своей способности использовать их в стрессовых ситуациях. Психолог помог Роберту попрактиковаться в ситуациях, которые могут возникнуть, и призвал его попробовать применить копинг-карточку в течение следующей недели.

Сессия 7: Пересмотр негативной внутренней речи и развитие навыков решения проблем

Цели седьмой сессии включают в себя введение шага "А" (action planning) и обучение навыкам решения проблем. В начале седьмой сессии Роберт сказал, что в течение недели он продолжал работать над навыками релаксации дома и пытался использовать копинг-мысли, хотя все еще испытывал значительный дистресс по вечерам. Психолог еще раз попробовал применить с Робертом шаги "F" и "E" на сессии, прежде чем двигаться дальше, и Роберту было рекомендовано продолжать практиковать эти навыки. Решению проблем обучали с помощью игры "красный-желтый-зеленый свет", которую придумал психолог. Далее следует иллюстрация сессии:

Психолог: Ты помнишь, какую букву мы сегодня изучаем в плане FEAR?

Роберт: Шаг "А"?

Психолог: Правильно. Шаг "А" означает "планирование действий". Иногда, когда мы испытываем страх, расслабление может немного помочь, и сбор доказательств тоже может помочь, но мы все равно можем бояться после того, как попробуем все это. Именно это произошло с тобой на этой неделе, верно?

Роберт: Да, я сделал все, что мы практиковали, но это не помогло.

Психолог: Ничего страшного! Нам еще нужно научиться нескольким вещам. До сих пор мы учились тому, как делать что-то с нашими чувствами и мыслями. Сегодня мы поиграем в игру, чтобы попрактиковаться в решении проблем, чтобы, когда ты почувствуешь, что застрял, попробовав эти вещи, ты знал, как составить план действий и что-то предпринять. Звучит неплохо?

Роберт: Звучит неплохо.

Психолог: Отлично, но давай сначала мы придумаем какую-нибудь ситуацию для этой игры. Представь, что ты проснулся утром в школу и не можешь найти свою сменку. Автобус скоро приедет по расписанию, и мама кричит, чтобы ты поторопился. Первый шаг в решении проблемы - это мозговой штурм, то есть подумать обо всех возможных вещах, которые ты мог бы сделать, даже если они кажутся глупыми или совсем плохой идеей. Давай посмотрим, сколько всего мы сможем придумать вместе за следующие 3 минуты. Готов? Начинаем.

Психолог и Роберт составили список, в который вошли такие пункты, как "взять другую обувь", "пойти в школу без сменки", "опоздать в школу" и "попросить маму помочь мне искать". Затем психолог просмотрел список вместе с Робертом и спросил по каждому пункту: "Что произойдет, если ты сделаешь это?" и "Что ты будешь чувствовать, если это произойдет?". После этого Роберт раскрасил каждый пункт в красный, желтый или зеленый цвет в зависимости от того, считал ли он это плохой, нормальной или отличной идеей. Зеленые варианты были

объединены в план действий, а желтые - в резервный план. После этого Роберт создал план действий, используя те же шаги, для реальной ситуации, когда его отец ушел поздно вечером из дома. Как только план действий был создан, он был добавлен в его копинг-карту преодоления стресса для использования в течение следующей недели.

Сессия 8: Введение самооценки и поощрения самого себя и обзор имеющихся навыков

Восьмая сессия посвящена обзору уже освоенных навыков и объяснению шага "R" ("ratings and rewards"), а также подготовке к переходу к фазе воздействия.

Психолог кратко описал Роберту первые три шага плана FEAR:

-распознавание своих **чувств** страха,

-распознавание и замена тревожных **мыслей** на самоинструкции, направленные на преодоление страха,

-и принятие действенных мер для изменения ситуации и возвращения контроля над тревогой.

Затем он представил мальчику новую идею - оценку его работы и поощрения за усилия и за то, что он не избегал, а остался в ситуации, даже когда ему было страшно. Психолог использовал пример обучения собаки переворачиваться по команде, и вознаграждение ее за каждый маленький шаг. Собака получает вознаграждение за то, что сидит, потом ложится, потом ложится на бок, а затем переворачивается. Как и мы, собаки учатся по частям, делая что-то новое снова и снова. Когда мы прилагаем достаточные усилия, награда может мотивировать нас в следующий раз стараться еще больше. Психолог подчеркнул, что вознаграждение дается за любые старания, а не за то, что мы делаем все идеально. Затем психолог использовал различные примеры из жизни Роберта, чтобы помочь ему решать - в каких ситуациях следует получать вознаграждение и какие вознаграждения он может получать. Психолог и Роберт сделали "копинг-карту плана FEAR", в которой кратко описали все шаги, чтобы Роберт мог носить ее с собой во время экспозиции. Они отработали план на нескольких примерах: катание на американских горках, вечерняя прогулка отца Роберта и сон Роберта в собственной кровати. Психолог обсудил процесс экспозиции. Он объяснил, что Роберт, скорее всего, будет испытывать страх или тревогу, как раньше, но с практикой его тревога постепенно уменьшится, и он начнет чувствовать себя лучше. Перед окончанием сеанса Роберт выразил беспокойство по поводу того, что не хочет, чтобы терапия заканчивалась. Подтвердив чувства Роберта, психолог помог Роберту обозначить эту "тревожную мысль", определить ловушки мышления (например, негативное предсказание будущего) и решить, как справиться с ситуацией. В это время Роберт также продолжал выражать опасения по поводу вреда себе и вреда другим, но, похоже, он был мотивирован попробовать экспозиционные задачи, чтобы уменьшить эти страхи.

Сессия 9: Вторая встреча с родителями

Девятая сессия - это сессия для родителей, посвященная подготовке к следующему этапу лечения - экспозиции страху. Психолог дал теоретическое обоснование и описал процесс экспозиции, а затем совместно с родителями Роберта разработал иерархию вызывающих тревогу ситуаций для экспозиций. Они обсудили, что может ожидать родителей в ближайшие недели, что они могут сделать дома, чтобы наилучшим образом поддержать экспозицию (например, обеспечить соответствующие подсказки, поощрения и награды).

Фаза экспозиции (сессии 10-16)

Экспозиция лежи в фокусе сессионной и межсессионной работы на сессиях 10-16. Одним из потенциальных психологических механизмов, лежащих в основе экспозиции является привыкание к стимулам, вызывающим страх, в сочетании с предотвращением реакции, что, в свою очередь, приводит к долгосрочному корректирующему обучению (Barlow, 2014; Foa & McNally, 1996). Предполагается, что если клиент неоднократно остается в ситуации страха, не имея возможности использовать привычные ему безопасные модели поведения, возникает корректирующий опыт, который помогает клиенту осознать, что он способен успешно справиться со стимулами, вызывающими страх, и что маловероятно, что ожидаемая катастрофа произойдет. Другой теоретический подход фокусируется на новом обучении, которое происходит после воздействия: ребенок учится, что катастрофа, которой он боялся, не произойдет.

Протокол Coping Cat является гибким, поскольку в зависимости от усмотрения психолога можно одновременно воздействовать на несколько областей стресса. В начале фазы воздействия на Роберта психолог, Роберт и его мать совместно решили сначала воздействовать на страх Роберта перед оружием, а также на его страх спать в собственной кровати. До начала экспозиции Роберт каждую ночь спал на полу в своей спальне возле двери, через которую он мог видеть комнату своей сестры. Он боялся спать в своей кровати, которая находилась рядом с окном, потому что думал, что кто-то может направить пистолет в окно и выстрелить в него. Во время первого воздействия *in vivo* Роберт смотрел на изображение пистолета в течение 10 секунд, а затем снова в течение 15 секунд. Во время воздействия он оценивал свой страх по шкале оценки SUDs, которую он создал ранее (100-1000). В первую неделю экспозиционной фазы Роберт продолжал дома смотреть на эту картинку все большее количество времени, а также лежал в своей кровати в течение 1 минуты в первую ночь, добавляя по минуте каждую ночь. Психолог объяснил Роберту и его родителям, что экспозиции должны быть гибкими, но подчеркнув важность по крайней мере попытки завершить экспозиции и поощрения этих попыток.

В начале этапа экспозиции полезно назначать более легкие по страху воздействия, чтобы ребенок не испытывал чрезмерного страха и не был подавлен этим процессом. В течение нескольких сеансов психолог и ребенок продвигаются вверх

по иерархии страхов, постепенно усложняя экспозиции. Поощрение семьи проявлять инициативу и творческий подход дома во время этого процесса может обеспечить более быстрое достижение успеха. Семья Роберта сообщила, что первоначальный план воздействия показался Роберту легким, поэтому они изменили продолжительность каждого испытания, чтобы усложнить его. На самом деле, Роберт добился большого успеха, когда спал в своей кровати и рассматривал различные изображения оружия (психолог отправил фотографии маме Роберта по электронной почте). На следующем сеансе его оценки SUDs до, во время и после каждого воздействия составлялись в виде графика, чтобы Роберт мог определить для себя модель страха: максимальный уровень перед испытанием и постепенный спад до его окончания. Воздействие в естественных условиях включало просмотр видеороликов на YouTube о стрельбе из оружия на стрельбище и прослушивание звука. Психолог выразил удовлетворение усилиями Роберта и призвал его продолжать в том же духе. Кроме того, психолог последовательно проверял маму Роберта, чтобы убедиться, что Роберт получает вознаграждение за выполнение заданий в соответствии с планом.

Следующее задание Роберта было создано совместно на компьютере. Они решили продолжить работу над предыдущими заданиями, добавив к ним задачу, связанную с уходом отца за покупками в вечернее время. Например, в первый вечер Роберт играл с мамой, пока отец выходил на 5 минут, затем 10 минут в следующий вечер, затем 20 минут в следующий, затем играл с сестрой (не мешая маме), пока отец выходил на 10, затем на 15, затем на 20 минут.

Во время фазы воздействия мы продолжали исследовать мысли Роберта и то, как они связаны с его тревогой. Роберт все больше и больше развивал адаптивные мысли вместе с новыми навыками релаксации, которые помогали ему успешно справляться с тревогой. Роберт быстро перестал проверять замки на дверях и сигнализацию. Роберт был успешен в работе с экспозициями и получал вознаграждение за свои усилия. Он менее остро реагировал на оружие, граффити и людей, живущих в городе, и поэтому не расстраивался из-за них и перестал считать их вредными. Его избегание и связанные с ним защитные модели поведения, такие как прижимание к маме и вспышки гнева и плача, уменьшились. К моменту окончания терапии Роберт спал в своей кровати каждую ночь. Он сообщил, что больше не считает мир опасным местом, а чувствует уверенность в том, что он и члены его семьи будут в безопасности, если они будут осторожны и присматривать друг за другом.

По окончании лечения общий балл Роберта по шкале MASC 39, и оценка его матери 28 находились в низком диапазоне. Оценка по CDI, равная 8, свидетельствовала о том, что он испытывал минимальные депрессивные симптомы. Данные опросника преодоления трудностей после лечения показали, что и Роберт, и его мать считают, что Роберт в большей степени контролирует свои способности преодоления стресса. Они отметили, что он стал лучше справляться с о своим беспокойством о

том, что его родители уходят вечером, о грабителях и о том, что он сделал что-то "плохое". В ходе оценки после лечения Роберту был присвоен CGAS 80, что означает, что он испытывал не более чем незначительные нарушения в функционировании в школе, дома и со сверстниками. Это значение отражает нормальный эмоциональный дистресс в ответ на жизненные стрессы. Иногда в поведении Роберта появлялись вспышки агрессии, но они были кратковременными и скоротечными, и в целом Роберт функционировал хорошо.

Факторы-посредники результата

В связи с тем, что КПТ оказалась эффективным подходом в лечении детей с тревогой, исследователи начали изучение факторов-посредников, потенциально влияющих на результат терапии. Исследования на сегодняшний день показывают, что расовая, этническая и половая принадлежность не оказывают дифференцированного влияния на результат (Treadwell, Flannery-Schroeder, & Kendall, 1995). Несколько исследований показывают, что дети, которые более активными и вовлеченными в лечение, как правило, имеют лучшие результаты (Chu & Kendall, 2009). В нашем эксперименте вовлеченность ребенка в терапию можно увеличить, помогая ему учиться с помощью активных действий и игрового обучения через небольшие открытия в противовес дидактическому обучению. Есть данные, что специалисты, которые больше сотрудничают и проявляют эмпатию, следуют руководству Coping Cat и проводят лечение с учетом особенностей развития, имеют лучшие результаты лечения (Podell et al., 2013). Такие результаты говорят, что при проведении терапии детского ГТР необходимо соблюдать приверженность процедурам лечения, учитывать эмоциональные потребности и особенности развития ребенка.

Перевод: Змихновская О.Б.